

NOTICE (VALANT CONDITIONS GENERALES)

Assurance de Prêt Extenso GENERALI



Produit conçu et assuré par GENERALI Vie

NOTICE D'INFORMATION RELATIVE AU CONTRAT N°7345
REF.7345AN0920
MISE À JOUR : SEPTEMBRE 2022



L'assurance en plus facile.

Sommaire

Préambule	p.3
1. OBJET DU CONTRAT	p.3
2. PERSONNES ASSURABLES	p.3
3. MODALITÉS D'ADHÉSION	p.3
4. PRISE D'EFFET DES GARANTIES	p.4
5. DURÉE DE L'ADHÉSION – RÉILIATION	p.4
6. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN COURS D'ASSURANCE	p.5
7. DÉFINITION DES GARANTIES	p.5
8. OPÉRATIONS DE PRÊT COUVERTES ET GARANTIES PROPOSÉES	p.5
9. COTISATIONS	p.6
10. ÉTENDUE TERRITORIALE	p.6
11. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS	p.7
12. PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE	p.7
13. EXCLUSIONS	p.9
14. FIN DES GARANTIES ET/OU DES PRESTATIONS	p.10
15. DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE	p.10
16. PRESCRIPTION	p.11
17. ARBITRAGE MÉDICAL	p.11
18. RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	p.11
19. INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)	p.12
20. AUTORITÉ DE CONTRÔLE	p.15
21. OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	p.15
22. RENONCIATION À L'ASSURANCE	p.15

Préambule

Relative au contrat d'assurance collectif Assurance de Prêt Extenso GENERALI n°7345 souscrit par **LE GROUPEMENT DE PRÉVOYANCE MALADIE ACCIDENT « la Contractante »** 7 Boulevard Haussmann, 75447 Paris), auprès de **GENERALI VIE** (Entreprise régie par le Code des Assurances – S.A. au capital de 336 872 976 euros – RCS Paris n° 602 062 481 – 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS) – Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026).

L'organisme gestionnaire du contrat d'assurance est par délégation de l'Assureur, APRIL Santé Prévoyance S.A.S.U. au capital social de 540 640 euros dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03 – RCS Lyon 428 702 419 – N° ORIAS 07 002 609, entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre de l'opération de prêt couverte, en cas de :

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- Incapacité Temporaire Totale (ITT),
- Invalidité Permanente Totale (IPT)
- Invalidité Permanente Partielle (IPP),

selon les garanties mises en place sur la tête de l'assuré.

2. Personnes assurables

Toutes les personnes physiques sont assurables dans le cadre du présent contrat, dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance du prêt, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes à la date de leur demande d'adhésion :

- **être bénéficiaires en qualité d'emprunteur, co-emprunteur ou caution^(*) d'un prêt libellé en euros consenti par un organisme financier^(**)** pour le compte d'une personne morale ou d'une personne physique,

(*) *Caution : elle doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire et avoir rempli ses obligations de caution depuis plus de 6 mois à la date de survenance de l'ITT, IPT ou IPP.*

(**) *Etablissements de crédits français ou succursales françaises d'établissements de crédits étrangers.*

- **être résidentes** de la France métropolitaine, des DROM/COM, du Royaume-Uni ou d'un pays membre de l'Union Européenne (pour les personnes résidentes du Royaume-Uni seules les garanties Décès et P.T.I.A. pourront être mises en place),
- **être âgées** au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties et selon les garanties/options souscrites (cf. paragraphe OPÉRATIONS DE PRÊTS COUVERTES – GARANTIES PROPOSÉES), de :

Option 1 : Décès/PTIA Option 2 : Décès/PTIA/ITT/IPT Option 3 : Décès/PTIA/ITT/IPT/IPP	18 à 67 ans inclus
Option 4 : Décès	68 à 80 ans inclus

3. Modalités d'adhésion

La personne à assurer devra :

- reconnaître adhérer à l'association contractante,
- reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- compléter la demande d'adhésion et le(s) questionnaire(s) de santé,
- se soumettre aux formalités d'adhésion et médicales complémentaires éventuellement demandées par l'assureur en raison notamment de son âge, du montant déjà assuré et à assurer ou encore de son état de santé.

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'assureur.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

DÉCISION DE L'ASSUREUR :

A l'issue des formalités d'adhésion, l'assureur fait connaître sa décision dans les plus brefs délais. Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ou encore ajourner sa décision ou refuser l'adhésion. En cas d'acceptation à des conditions particulières, l'assureur fait connaître sa décision par lettre à la personne à assurer. **Cette décision ne sera alors définitive qu'à réception par l'assureur de l'accord écrit de la personne à assurer sur ces conditions particulières.**

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ) :

L'assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2^{ème} niveau » et le cas échéant de « 3^{ème} niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être couverte pour raison de santé par le présent contrat.

4. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à compter de la date de signature de l'offre de prêt, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe MODALITES D'ADHESION et de l'encaissement de la cotisation et au plus tôt :

- au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance, en cas d'adhésion par papier,
- au lendemain de la date d'envoi du courriel de confirmation par APRIL Santé Prévoyance, en cas d'adhésion par internet.

CAS PARTICULIER DES PRÊTS DÉJÀ EN COURS :

L'assurance peut être mise en place dans le cadre de prêts déjà en cours au moment de l'adhésion au contrat, sous réserve que le prêt concerné ne soit pas déjà assuré par GENERALI.

Dans ce cas, les garanties prennent effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion sous réserve des dispositions prévues au paragraphe MODALITES D'ADHESION et de l'encaissement de la cotisation.

COUVERTURE PROVISOIRE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT :

En cas d'adhésion papier, une garantie provisoire en cas de décès par accident (*) est acquise dès la date de signature de la demande d'adhésion, **pendant une durée maximale de 60 jours et pour un montant maximal de 150 000 euros**, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés ou à assurer sur sa tête.

Cette garantie cesse automatiquement :

- à la date d'acceptation du risque par l'assureur,
- à la date à laquelle l'assureur notifie à la personne à assurer son refus ou son ajournement,
- si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours, aux demandes de renseignements complémentaires de l'assureur.

(*) Par accident il faut entendre : tout dommage corporel provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure.

IRREVOCABILITÉ DES GARANTIES :

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues au paragraphe FIN DES GARANTIES ET/OU DES PRESTATIONS, selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement.

5. Durée de l'adhésion – Résiliation

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

Toutefois l'assuré est en droit de résilier son adhésion au présent contrat :

1°) Pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel mentionnés au 1^o de l'article L 313-1 du Code de la consommation, à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 113-12-2 du Code des assurances :

Pour ce faire, l'assuré devra adresser à APRIL Santé Prévoyance sa demande de résiliation, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par APRIL Santé Prévoyance pour le compte de l'assureur de la décision d'acceptation de substitution de l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté, si cette date est postérieure.

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

- 2°) Pour les autres prêts, l'assuré devra adresser à APRIL Santé Prévoyance sa demande de résiliation au moins deux mois avant la date de renouvellement de son adhésion.
La résiliation prend alors effet à l'expiration de la période annuelle en cours.

La résiliation doit être notifiée à APRIL selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante :
APRIL Santé Prévoyance – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03,
- Par lettre recommandée électronique ou courrier électronique adressé à l'adresse suivante :
relationclient@april.com.

Dans tous les cas, l'organisme prêteur sera tenu informé de la résiliation.

6. Obligations de l'assuré en cours d'assurance

En cours d'assurance, l'assuré devra obligatoirement informer l'assureur par écrit, dans les meilleurs délais, de toute modification des caractéristiques de l'opération de prêt couverte (avec les justificatifs correspondants).

7. Définition des garanties

Les risques susceptibles d'être garantis sont :

- **Le Décès.**
- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :** invalidité physique ou intellectuelle rendant l'assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.
- **L'Incapacité Temporaire Totale (ITT) :** état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice, par l'assuré de son activité professionnelle lui procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre).
- **L'Invalidité Permanente Totale (IPT) :** persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.
- **L'Invalidité Permanente Partielle (IPP) :** persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'IPP correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 %, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.

8. Opérations de prêt couvertes et garanties proposées

L'assurance concerne les opérations de prêts suivantes, réalisées en euros et consenties par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers :

- 1/ **Les prêts AMORTISSABLES immobiliers ou mobiliers (donc y compris les prêts : personnels, consommation), destinés aux particuliers ou aux professionnels**, d'une durée maximale de 420 mois (y compris éventuelle période de différé total ou partiel) d'un montant maximal de **2 000 000 euros**, amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec débloqués totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.
- 2/ **Les prêts IN FINE immobiliers ou mobiliers, destinés aux particuliers ou aux professionnels**, d'une durée maximale de **240 mois** et d'un montant maximal de **2 000 000 euros**.
- 3/ **Les prêts RELAIS**, d'une durée maximale de **36 mois** et d'un montant maximal de **2 000 000 euros**.

GARANTIES PROPOSÉES :

- Option 1 : Décès/PTIA
- Option 2 : Décès/PTIA/ITT/IPT
- Option 3 : Décès/PTIA/ITT/IPT/IPP
- Option 4 : Décès

Lors de son adhésion au contrat, l'assuré choisit le mode de versement des prestations IPT qui peut être soit en capital (IPT en Capital) soit en rente (IPT en Rente). Le mode de versement des prestations choisi est valable pendant toute la durée de l'adhésion.

REMARQUES :

- **Montant minimal des prêts assurables :** Ce montant minimal est de 18 000 € pour les assurés jusqu'à 54 ans et de 7 500 € pour les assurés âgés de 55 ans et plus.
- **Montant maximal des capitaux assurables :** Le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour un même assuré, ne pourra en aucun cas excéder **2 000 000 euros** et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.
- **Augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance :** il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :
 - la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
 - la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 420 mois dans le cas d'un prêt amortissable, 240 mois dans le cas d'un prêt In fine et 36 mois dans le cas d'un prêt relais.

9. Cotisations

Les garanties définies sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en pourcentage du capital restant dû et de l'âge atteint chaque année par l'assuré.

Les cotisations sont prélevées par APRIL Santé Prévoyance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance sur le compte de l'assuré (ce compte devant obligatoirement être domicilié dans un pays membre de la zone SEPA).

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties, telle qu'elle est définie au paragraphe PRISE D'EFFET DES GARANTIES ci-avant et ce, même si le déblocage des fonds n'est pas encore intervenu à cette date.

Le cas échéant, un complément de cotisation sur la totalité du capital assuré sera dû entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de première échéance.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'assureur ou son délégataire adresse à l'assuré – et informe en parallèle l'organisme prêteur – une lettre recommandée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances.

Cotisation association contractante : outre la cotisation d'assurance, l'adhérent devra payer chaque année sa cotisation à l'association contractante.

IRREVOCABILITÉ DES COTISATIONS :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, la cotisation communiquée lors de l'adhésion au contrat est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion sauf :

- en cas de mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement de taux de taxe, applicables au présent contrat,
- en cas de modification du prêt nécessitant l'émission d'un avenant.

10. Étendue territoriale

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement.

Cependant :

- l'assureur pourra convoquer l'assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DROM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'assuré.
- En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DROM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

11. Bénéficiaires des prestations

En cas de DÉCÈS :

- L'organisme prêteur est bénéficiaire de la prestation jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

Le Bénéficiaire du capital est l'organisme prêteur désigné sur la demande d'adhésion mais ce peut être également la(les) personne(s) physique(s) de votre choix désignée(s) après accord de l'organisme prêteur en cas d'avenant de cession.

En cas de PTIA et IPT en Capital :

- L'organisme prêteur est bénéficiaire de la prestation jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

En cas d'ITT, IPT en Rente et IPP :

- L'organisme prêteur (ou après accord de ce dernier, l'assuré lui-même) est bénéficiaire de la prestation jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

12. Prestations en cas de sinistre

I - DÉCÈS – PTIA – IPT EN CAPITAL

En cas de Décès, de PTIA ou d'IPT, l'assureur garantit le paiement des prestations telles que définies dans le tableau ci-après :

Type de prêt	Prestation dans la limite de la quotité assurée
PRÊT AMORTISSABLE	<p>Pendant la phase de différé (le cas échéant) : le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la PTIA ou de l'IPT</p> <p>Pendant la phase d'amortissement : le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA, ou de l'IPT, conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date</p>
PRÊT IN FINE / PRÊT RELAIS	<p>Le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la PTIA ou de l'IPT</p>

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIÉS AUX GARANTIES DÉCÈS/PTIA – IPT EN CAPITAL

- 1/ En cas de sinistre avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que l'assurance ait pris effet :** la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.
- 2/ En cas de sinistre sur un prêt avec déblocage échelonné :** la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.
- 3/ L'échéance échue le jour même du Décès ou de la reconnaissance de la PTIA ou de l'IPT** est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.
- 4/ En cas de Décès ou PTIA ou d'IPT simultanément de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt :** le montant total réglé par l'assureur, en fonction des quotités assurées, n'excédera en aucun cas le montant total du prêt.
- 5/ Le paiement du capital IPT met fin au contrat si la quotité assurée en IPT est égale à celle assurée en Décès/PTIA.** Si la quotité assurée en IPT est inférieure à celle assurée en Décès/PTIA, l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès/PTIA pour un montant égal au capital restant dû multiplié par la quotité assurée en Décès/PTIA, après déduction du capital versé au titre de l'IPT.

II - GARANTIES OPTIONNELLES : ITT – IPT – IPP

Il est rappelé que ces garanties sont optionnelles et ne peuvent être souscrites qu'en complément de l'assurance Décès/PTIA.

La prestation est calculée à partir du 31ème, 61ème ou du 91ème jour continu d'ITT, d'IPT (pour l'IPT en Rente) ou d'IPP selon la franchise souscrite. La prestation est calculée au prorata du nombre de jours exact d'ITT, d'IPT (pour l'IPT en Rente) ou d'IPP (déduction faite de la franchise).

ITT :

En cas d'ITT, l'Assureur règle selon la franchise souscrite **à compter du 31^{ème}, 61^{ème} ou du 91^{ème} jour continu d'incapacité**, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

En cas de mi-temps thérapeutique intervenant dans la continuité d'une ITT indemnisée par l'assureur, celui-ci verse une prestation telle que définie dans le tableau ci-après pendant une **durée maximale de 180 jours continus**.

Rechutes : Toute reprise de travail (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du service des prestations, sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de 30, 60 ou 90 jours (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), avant prise en charge des échéances dans la limite de la quotité assurée.

A tout moment, l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

IPT - IPP :

En cas d'IPT ou d'IPP, l'assureur détermine les taux d'incapacité par voie d'expertise à l'aide du tableau ci-après, en fonction :

Pour les assurés exerçant une activité professionnelle rémunérée au moment du sinistre :

- du taux d'incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise),
- du taux d'incapacité Permanente Professionnelle : apprécié en fonction de la profession de l'assuré.

Pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée au moment du sinistre :

- du taux d'incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE									
TAUX I.P.	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,5	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,4	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Si le taux est égal ou supérieur à 66 %, l'assuré est considéré en IPT. L'assureur règle une prestation telle que définie dans le tableau ci-après (pour l'IPT en Rente) ou au titre I DECES - PTIA - IPT EN CAPITAL (pour l'IPT en Capital).

Si le taux est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, l'assuré est considéré en IPP. L'assureur règle une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due par l'assureur.

Type de prêt	Prestation Dans la limite de la quotité assurée
PRÊT AMORTISSABLE	<p>ITT - IPT en Rente : les échéances dues.</p> <p>Mi-temps thérapeutique / IPP : 50% des échéances dues.</p>
PRÊT IN FINE / PRÊT RELAIS (avec différé partiel)	<p>ITT - IPT en Rente : les échéances d'intérêt dues.</p> <p>Mi-temps thérapeutique / IPP : 50% des échéances d'intérêt dues.</p>

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIÉS AUX GARANTIES ITT, IPT ET IPP :

1/ Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

2/ Pour le règlement des prestations, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

3/ Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte par l'assureur.

4/ En cas d'ITT, IPT (pour l'IPT en Rente) ou IPP affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant des indemnités versées par l'assureur ne pourra excéder 100 % des échéances du remboursement du prêt.

5/ Prêt avec différé :

- s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : **aucune prestation n'est due,**
- s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : **seules les échéances d'intérêts sont prises en charge dans la limite de la quotité assurée.**

6/ Prêt in fine / prêt relais : le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement n'est jamais pris en charge par l'assureur.

7/ En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt :En cas de variation à la hausse :

Toute augmentation des échéances (en nombre ou en montant) devra être communiquée à l'assureur et pourra donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion.

Il est toutefois précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'assureur si elle intervient pendant une période d'ITT, IPT ou IPP de l'assuré sauf si elle :

- résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt,
- est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur,
- intervient au plus une fois par an.

En cas de variation à la baisse :

Toute baisse des échéances (en nombre ou en montant) sera prise en compte par l'Assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'ITT, IPT (pour l'IPT en Rente) ou IPP.

13. Exclusions

1/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PRÉVUE EN CAS DE DÉCÈS

- Le suicide, lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Cette franchise s'applique à chaque adhésion nouvelle, suite à l'obtention d'un nouveau prêt ou à l'augmentation d'un prêt existant. Toutefois le suicide est garanti dès la prise d'effet de l'adhésion, dans la limite de 120 000 euros, lorsque l'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré.
- Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne, sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même (lorsque l'assuré emprunte une ligne commerciale régulière, les conditions ci-dessus sont réputées être réalisées).
- Les risques consécutifs à des acrobaties aériennes, exhibitions, tentatives de record, paris, participations à des défis, essais préparatoires qui les précèdent, les démonstrations, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, records ou tentatives de records, à des sauts effectués avec des parachutes non homologués, à la pratique du saut à l'élastique, du parapente, du deltaplane, de l'ULM, ou de tout autre appareil comparable (sauf en cas de pratique à titre occasionnel (baptême ou initiation), encadrée par un professionnel habilité) (*).

(*) pour les personnes à assurer qui exercent une activité dangereuse ou pratiquant un sport dangereux, les exclusions ci-dessus, marquées d'un astérisque, peuvent, après étude de l'assureur, être supprimées ou adaptées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.

- Les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion (sauf si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou exclusion de garantie).

2/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PRÉVUE EN CAS DE PTIA

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès.
- Les conséquences d'une tentative de suicide, de mutilation volontaire et de tout acte intentionnel de la part de l'assuré.
- Les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de drogue, l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement et leurs suites et conséquences avérées.

3/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PRÉVUE EN CAS D'ITT, IPT. ET IPP

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès ou de PTIA.
- Les conséquences de rixes, sauf cas de légitime défense, de devoir professionnel ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère.

LES EXCLUSIONS DE CET ENCADRÉ POURRONT, APRÈS ÉTUDE DE L'ASSUREUR, ÊTRE SUPPRIMÉES OU ADAPTÉES MOYENNANT LE PAIEMENT D'UNE COTISATION COMPLÉMENTAIRE.

- La pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération (il est précisé que ne sont pas considérés comme des sportifs professionnels ou sous contrat avec rémunération : les professeurs de sport de l'éducation nationale ainsi que les professeurs/coach de sports non exclus ci-dessous).
- La pratique des sports suivants à titre amateur (sauf si elle est effectuée dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation encadré(e) par un professionnel habilité) :
 - parapente
 - ultra léger motorisé (ULM),
 - planeur
 - deltaplane
 - parachutisme
 - bobsleigh
 - skysurf
 - wingsuit
 - saut à l'élastique
 - kitesurf
 - rafting
 - canyoning
 - plongée
 - ski hors-piste sans moniteur diplômé
 - ski acrobatique
 - alpinisme sans guide breveté
 - escalade
 - rugby
 - spéléologie
 - sports de combat (toutes formes de boxe, catch, free fight, full contact, pancrace, karaté)
 - sports ou activités nécessitant l'usage d'engins à moteur.

MATERNITÉ : la période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées. Toutefois :

- si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé,
- si avant le début de ce congé l'assurée était indemnisée par l'assureur dans le cadre du présent contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites fixées pour les garanties ITT, IPT et IPP.

14. Fin des garanties et/ou des prestations

Les garanties et les prestations cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion,
- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- en cas d'exigibilité anticipée du prêt et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- au jour du règlement par l'assureur du capital en cas de Décès ou de PTIA, ou d'IPT (pour l'IPT en Capital),
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 180 jours par sinistre est atteinte en cas de mi-temps thérapeutique.
- au 31 décembre du 85^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès,
- au 31 décembre 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties PTIA, ITT, IPT et IPP,
- dès la prise d'effet de la retraite à l'âge légal de départ à la retraite ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'incapacité au travail en ce qui concerne les garanties ITT, IPT et IPP.

15. Démarches à accomplir en cas de sinistre

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :

APRIL Santé Prévoyance, Service indemnisation, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03

A réception de la demande d'indemnisation il sera adressé à l'assuré ou ses ayants-droit un GUIDE SINISTRE précisant la liste des justificatifs à fournir ainsi que les différents formulaires à compléter.

Il est toutefois précisé que l'assureur pourra demander toutes autres pièces jugées nécessaires à l'instruction et au règlement du sinistre.

16. Prescription

Pour l'application du présent paragraphe, il faut entendre par le terme « souscripteur », le terme « adhérent ». Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ; La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ; L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Elle est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

17. Arbitrage médical

A toute époque, les médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'assuré en état de PTIA, ITT, IPT ou IPP, afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continuera à s'exercer même après la dénonciation du contrat par l'association contractante.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

18. Réclamations – médiation

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'assuré (ou ses ayants-droit) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis son Espace Assuré.

Si l'assuré (ou ses ayants-droit) ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa demande au Service Réclamations (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03).

Ce service apportera une réponse sous dix (10) jours ouvrables ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à communiquer, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'assuré (ou ses ayants-droit) ou par l'assureur.

Si le désaccord persiste, l'assuré (ou ses ayants-droit) peut faire appel au Médiateur compétent :

- Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite après de nos services. Si la réponse apportée ne le satisfait pas ou s'il n'a pas obtenu de réponse depuis plus de deux (2) mois, il peut saisir la Médiation de l'Assurance.
- Aucune action judiciaire de doit avoir été engagée.
- Cette démarche n'empêche pas l'assuré (ou ses ayants-droit) d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours s'il le souhaite.
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement en toute indépendance.

L'assuré (ou ses ayants-droit) peut contacter la Médiation de l'Assurance :

- Par courrier : la Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris Cedex 09
- Ou par courrier électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org/> Rubrique : Je saisis le Médiateur.

Si l'assuré a adhéré à la convention à distance par Internet, il peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Nous conseillons à l'assuré (ou à ses ayants-droit) de toujours s'adresser au préalable à notre Service Réclamations qui l'orientera au mieux et pourra lui fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

19. Information sur la protection des données (RGPD)

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles il définit la finalité.

APRIL Santé Prévoyance, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels, nécessaires à la gestion des adhésions au contrat d'assurance pour les opérations suivantes :

- souscription
- émission des avenants en cours d'assurance
- encaissement et recouvrement des cotisations
- instruction et règlement des sinistres
- réclamations
- archivage

Les finalités et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, règlementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
<p>Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles</p> <p>Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la fraude <p>Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat</p>

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par le courtier. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou du courtier. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires, organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne. S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes dont nos délégataires de gestion, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- d'un droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.
Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.
- D'un droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité, aux adresses mentionnées au paragraphe « Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles ».

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de Fontenay- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles :

- Pour le délégataire de gestion : APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03 ou par mail à dpo.asp@april.com ou depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>
- Pour l'assureur : Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droiddaces@generalif.fr

20. Autorité de contrôle

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

21. Opposition au démarchage téléphonique

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de Société WORLDLINE – Service Bloctel – 80 quai Voltaire – 95870 BEZONS.

22. Renonciation à l'assurance

L'assuré/adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet des garanties. Pour ce faire, il doit adresser sa demande de renonciation dénuée d'ambiguïté à l'adresse suivante :

- Par courrier : APRIL Santé Prévoyance – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03,
- Par courrier électronique : relationclient@april.com.

L'assuré/adhérent peut utiliser le modèle de rédaction suivant :

« Je soussigné_____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe emprunteurs Assurance de Prêt Extenso GENERALI n°7345 effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion). Signature ».

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03
www.april.fr

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit conçu et assuré par GENERALI VIE, SA au capital de 336 872 976 euros
RCS Paris 602 062 481 - Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.



L'assurance en plus facile.