

CACI SOLUTION EMPRUNTEUR

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat d'assurance emprunteur individuel L-2063-01-42-268-1 pour CACI VIE et N-2064-01-42-269-1 pour CACI NON VIE

EN VIGUEUR À SEPTEMBRE 2025

Les Conditions générales d'assurance, ci-après les « CGA », du Contrat d'assurance emprunteur individuelle, ci-après dénommé le « Contrat », régi par le Code des assurances, qui peut être souscrit auprès de l'Assureur CACI VIE (la garantie décès) et CACI NON-VIE (pour les autres garanties), ci-après dénommés, individuellement ou collectivement, l'« Assureur » délègue la gestion du Contrat à Digital Insure (siège social : 14 rue de Richelieu - 75001 PARIS), courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n° 23006538 (www.orias.fr).

SOMMAIRE

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	1	ARTICLE 11 - MODIFICATION EN COURS DE SOUSCRIPTION	12
ARTICLE 2 - DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS UTILISÉES	1	ARTICLE 12 - EXCLUSIONS	12
ARTICLE 3 - PERSONNES ADMISSIBLES	3	ARTICLE 13 - ÉTENDUE TERRITORIALE	13
ARTICLE 4 - NATURE DES OPÉRATIONS DE CRÉDIT CONCERNÉES	3	ARTICLE 14 - ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR	13
ARTICLE 5 - GARANTIES PROPOSÉES	3	ARTICLE 15 - CONTRÔLE MÉDICAL - ARBITRAGE	14
ARTICLE 6 - FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION	4	ARTICLE 16 - DÉMARCHES À SUIVRE EN CAS DE SINISTRE	14
6.1. Formalités médicales et administratives	4	16.1. Délai de déclaration	15
6.2. Émission du certificat d'assurance	4	16.2. Particularités des sinistres survenus à l'étranger	15
ARTICLE 7 - DATE D'EFFET DE LA SOUSCRIPTION ET DES GARANTIES	4	16.3. Exactitude des déclarations	15
7.1. Prise d'effet et durée de la souscription	4	ARTICLE 17 - COTISATIONS	15
7.2. Début des garanties	4	17.1. Détermination du montant des cotisations	15
7.3. Maintien des conditions d'acceptation	4	17.2. Paiement des cotisations	15
ARTICLE 8 - QUOTITÉ	5	17.3. Défaut de paiement des cotisations	16
ARTICLE 9 - GARANTIES ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE	5	17.4. Exonération des cotisations	16
9.1. Garantie décès accidentel durant l'accomplissement des formalités de souscription	5	ARTICLE 18 - BASES LÉGALES	16
9.2. Garantie décès	5	18.1. Faculté de renonciation	16
9.3. Garantie perte totale et irréversible d'autonomie	5	18.2. Incontestabilité	16
9.4. Garantie invalidité spécifique	5	18.3. Prescription	16
9.5. Garantie incapacité temporaire totale	6	18.4. Protection des données	17
9.6. Garantie aide à la famille	7	18.5. Réclamations - médiation	18
9.7. Les garanties invalidité permanente	7	18.6. Législation	19
9.7.1. Garantie invalidité permanente totale	8	18.7. Droit applicable - gestion des différends - autorité de contrôle	19
9.7.2. Garantie invalidité permanente partielle	9	18.8. Démarchage	19
9.8. Garantie Perte d'Emploi	10	18.9. Convention sur la preuve	19
9.9. Franchise	11	18.10. Sanctions internationales	19
9.10 Option DORSO-PSY	11		
ARTICLE 10 - FIN DE SOUSCRIPTION ET DES GARANTIES	11		

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet le paiement, en cas de Sinistre sur la personne assurée, de tout ou partie des sommes dues par l'Emprunteur, le Co-Emprunteur ou la Caution à l'Organisme Prêteur au titre de l'opération de crédit concernée par l'assurance.

Il permet aux Emprunteurs, aux Co-Emprunteurs et à leurs Cautions de s'assurer en fonction de leurs choix, contre les risques de Décès, de

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) et d'Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), ou de Perte d'Emploi (PE).

Les présentes CGA ont pour objet de décrire le fonctionnement général du Contrat, notamment toutes les garanties proposées et les prestations correspondantes.

ARTICLE 2 - DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS UTILISÉES

Le lexique ci-dessous est à votre disposition pour une compréhension des termes techniques utilisés.

La première lettre de chacun de ces termes ou expressions sera toujours écrite avec une majuscule dans le texte des CGA.

Accident

Toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré. Les malaises cardiaques, les infarctus du

myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombosciatalgies, les accidents vasculaires et les hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des Accidents.

Actif

Toute personne qui exerce une activité professionnelle, ou qui est en recherche d'emploi.

Âge de l'Assuré

L'âge de chaque Assuré correspond à l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire de l'Assuré).

Assuré

Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance.

Assureur

Désigne CACI Vie, assureur de la garantie décès, et CACI Non-Vie, assureur des autres garanties.

Affection

Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).

Bénéficiaire

Le bénéfice de l'assurance est attribué à l'Organisme Prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues.

Pour les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale (option en capital), les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur.

Pour les risques Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Spécifique, Invalidité Permanente Totale (option en arrérage) ou Partielle, Perte d'Emploi, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur.

Bulletin de souscription

Support permettant à une personne physique ou morale de formaliser sa demande de souscription au présent Contrat.

Capital Restant dû

Capital emprunté non amorti à date du Décès ou de la reconnaissance de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des échéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

Caution

Personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

Les garanties souscrites ne jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution qu'à la condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins trois échéances par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné et qu'elle ne soit pas, à cette date, en situation de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Certificat d'Assurance

Document contractuel confirmant la Souscription au présent contrat qui précise notamment les caractéristiques des garanties accordées par l'Assureur à l'Assuré, les conditions d'acceptation ainsi que le montant des cotisations prévisionnelles.

Congé légal de maternité

Période pendant laquelle l'Assurée perçoit des indemnités journalières payées par l'organisme social auquel elle est rattachée ou par son employeur au titre du congé maternité accordé par son régime social obligatoire ou par la convention collective ou l'accord de branche dont elle bénéficie.

Conjoint

Époux, épouse, personne liée à l'Assurée par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin.

Le concubin est la personne vivant avec l'Assuré et remplissant les trois conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré à l'Assureur,
- qu'il soit apporté la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente jusqu'à la date de l'événement mettant en jeu la garantie.

Conjoint collaborateur

Conjoint (ou partenaire de PACS) d'un chef d'une entreprise commerciale, artisanale ou libérale, qui :

- exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise,
- ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité,
- n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du code civil,
- et est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

Consolidation

Lorsque l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme ne pouvant plus évoluer compte tenu des connaissances scientifiques et médicales au moment de la constatation.

Déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur

Désigne la sanction prononcée par l'Organisme Prêteur, suite à un ou plusieurs incidents de paiement, et qui se traduit par une exigibilité immédiate du capital restant dû majoré des intérêts échus mais non payés.

Délai de carence pour la Perte d'Emploi

Période qui court à partir de la prise d'effet du contrat, et au cours de laquelle toute notification de licenciement ne pourra donner lieu à prise en charge.

Emprunteur

Désigne la personne physique ou morale souscriptrice de l'opération de crédit auprès de l'Organisme Prêteur.

Franchise

Nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, de Perte d'Emploi au-delà duquel une indemnisation est possible.

Si une Invalidité Permanente Totale ou Partielle succède à une Incapacité Temporaire Totale au titre d'une même Affection, les jours d'Incapacité Temporaire Totale sont pris en compte pour déterminer le point de départ du paiement des prestations dues au titre de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Aucune prestation n'est due au cours de la période de Franchise.

Fumeur

Personne ayant consommé du tabac ou utilisé des cigarettes électroniques ou tout produit contenant de la nicotine (par exemple patches, gommes), même à titre occasionnel au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date indiquée sur le Bulletin de souscription et/ou non contrainte, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

Gestionnaire

Gestionnaire délégué de l'Assureur désigne Digital Insure - 14 rue de Richelieu 75001 Paris.

Hospitalisation

Tout séjour continu prescrit par une autorité médicale compétente dans un établissement public ou privé agréé (clinique ou hôpital à l'exclusion des maisons de repos et de convalescence, des centres de thermalisme et des hospitalisations de jour), pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical.

Inactif

Toute personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle. Néanmoins, une personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée et qui est soit au chômage indemnisé par France Travail ou un organisme assimilé, soit Conjoint collaborateur, ne relève pas de cette catégorie.

Maladie

Toute altération de l'état de santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Occupations de la Vie Quotidienne

Pour l'Assuré INACTIF, tous les travaux domestiques et la gestion des affaires personnelles et familiales qu'il effectue de manière habituelle.

Organisme Prêteur

Désigne la banque ou l'organisme financier ayant consenti la ou les opérations de crédit qui font l'objet des garanties accordées par l'Assureur.

Proposant

Personne physique qui formule une demande de Souscription en tant qu'Assuré au contrat.

Quotité

Niveau de la garantie couverte pour l'Assuré exprimé en pourcentage du Capital Restant Dû pour les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale (option en capital), et GIS ; en pourcentage de l'échéance du prêt pour les risques Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale (option en arrérage) ou Partielle.

Sinistre

Réalisation de l'événement couvert par la Souscription et susceptible d'entraîner la garantie de l'Assureur.

Souscripteur

Personne physique ou morale, ayant souscrit la ou les opérations de crédit garantie, qui accepte les termes du présent contrat et paye les cotisations.

Le Souscripteur, pour autant qu'il soit une personne physique, a aussi la qualité d'Assuré.

Souscription

Il s'agit de la souscription au contrat d'assurance emprunteur individuel n° L-2063-01-42-268-1 auprès de CACI VIE et N-2064-01-42-269-1 auprès de CACI NON VIE.

Elle est conclue sur la base des déclarations faites par le Souscripteur et l'Assuré sur le Bulletin de souscription et dans le cadre des formalités médicales. Son fonctionnement est régi par les présentes conditions générales et le Certificat d'Assurance.

Vente à distance

Système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de la Souscription.

ARTICLE 3 - PERSONNES ADMISSIBLES

En qualité d'Assuré ou de Souscripteur, sont admissibles, les personnes physiques qui sont à la date indiquée sur le Bulletin de souscription âgées de plus de 18 ans et de :

- **moins de 80 ans** pour la garantie décès ;
- **moins de 65 ans** pour les garanties PTIA, ITT, IPT, IPP ;
- **moins de 55 ans** sur la garantie PE.

En qualité d'Assuré ou de Souscripteur, sont admissibles les personnes résidant en France, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte).

Lorsque le Souscripteur est une personne morale, l'Assuré doit avoir la qualité d'associé ou de dirigeant de droit de la société souscriptrice.

De plus, lorsque le Souscripteur est une société civile immobilière, l'Assuré doit avoir la qualité d'associé, de dirigeant de droit ou de Caution solidaire de la personne morale.

ARTICLE 4 - NATURE DES OPÉRATIONS DE CRÉDIT CONCERNÉES

Les opérations de crédit doivent être :

- réalisées en euros et rédigées en français ;
- pour un prêt, consenti par un organisme prêteur situé en France ;
- d'un montant minimal assuré de 18 000 € ;
- d'un montant maximum assuré de 15 000 000 € par Assuré toutes souscriptions confondues ;
- d'une durée minimale d'un an.

Sont éligibles, les opérations de crédit suivantes ayant pour objet un prêt immobilier.

LES PRÊTS AMORTISSABLES :

- à taux fixe ;
- avec ou sans différé d'amortissement total ou partiel ;
- d'une durée maximale de 420 mois, différé d'amortissement inclus, le différé d'amortissement maximum étant de 36 mois.

LES PRÊTS À TAUX ZÉRO

D'une durée maximale de 360 mois, le différé maximal étant de 180 mois.

LES PRÊTS RELAIS :

D'une durée maximale de 36 mois.

LES PRÊTS REMBOURSABLES IN FINE :

D'une durée maximale de 180 mois.

Les prêts de restructuration ou à la consommation ne sont pas éligibles au présent contrat.

ARTICLE 5 - GARANTIES PROPOSÉES

Les formules de garanties proposées à la souscription sont les suivantes :

	DC / PTIA	IPT	ITT	IPP	PE
Formule 1	•				
Formule 2	•	•			
Formule 3	•	•	•		
Formule 4	•	•	•	•	
Formule 5	•	•	•		•
Formule 6	•	•	•	•	•

Décès seul si l'Assuré est âgé de 66 à 80 ans à la Souscription

Garanties obligatoires :

DC/PTIA : DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ou DECES seul si l'Assuré est âgé de 66 à 80 ans.

Garanties complémentaires

ITT : INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE
IPT : INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE
IPP : INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE
PE : PERTE D'EMPLOI

Pour les prêts relais, la garantie IPT ne peut être servie que sous forme de rente.

ARTICLE 6 - FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION**6.1. FORMALITÉS MÉDICALES ET ADMINISTRATIVES**

Chaque Proposant doit remplir et signer un Bulletin de souscription et satisfaire aux formalités médicales (sauf si ce dernier est éligible à la Souscription sans formalité médicale) et financières demandées en fonction du capital à garantir, de son âge et de son état de santé.

L'Assureur rembourse, selon le barème prévu au tableau des formalités en vigueur et sur présentation des factures originales, les frais et honoraires résultant des formalités médicales qu'il a demandées dans les cas suivants :

- si la Souscription est effective ;
- si la Souscription est refusée par l'Assureur ;
- si la Souscription est proposée sous conditions particulières (surprime, exclusion, restriction sur les garanties).

Déclaration non-Fumeur

Des tarifs différents sont appliqués pour les Fumeurs et les non-Fumeurs. Dans l'hypothèse où l'Assuré admissible souhaite bénéficier des tarifs non-Fumeurs, il est tenu de satisfaire aux formalités de souscription. Conformément à la grille des formalités médicales, un test de cotinine peut également être demandé.

CONVENTION AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

L'objectif de la Convention est de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème de santé. Elle prévoit notamment un « Droit à l'oubli » dont les conditions d'application sont rappelées à l'occasion des formalités médicales prévues par le contrat.

Dispositions d'admission à l'assurance

Lorsque le Proposant est soumis à des formalités médicales, la Convention prévoit, dans le respect des règles de confidentialité édictées, un dispositif d'examen approfondi de la demande d'assurance comportant trois niveaux. Si la demande d'assurance est refusée dans le cadre des formalités médicales prévues par le contrat, elle donne automatiquement lieu à un réexamen individualisé qualifié de deuxième niveau. Si aucune proposition d'assurance ne peut être établie à l'issue de ce deuxième niveau, le dossier est d'office étudié à un troisième niveau dans les conditions fixées par la Convention Aeras.

Toutefois, ce dispositif bien que très complet, n'aboutit pas forcément à une proposition d'assurance.

Décision de l'Assureur

Au terme de l'examen des pièces médicales et financières, l'Assureur peut :

- accorder l'assurance aux conditions standards ;
- accorder l'assurance moyennant une cotisation majorée et/ou des restrictions de garanties ;
- refuser ou ajourner l'admission de la personne à assurer.

En cas d'accord moyennant une cotisation majorée et/ou des restrictions de garanties, l'Assureur adresse au Proposant une lettre de notification qui précise les conditions particulières d'acceptation. Le Proposant, s'il accepte la décision, doit donner son consentement par écrit sur les conditions proposées, en retournant la lettre de notification datée et signée. A défaut, la proposition est considérée comme refusée par le Proposant.

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est fixée à 4 mois à compter de l'envoi à l'Assuré de la lettre de notification, ou à défaut à 6 mois à compter de la date de signature du Bulletin de souscription. Si, au terme de ce délai, la prise d'effet de la Souscription n'est pas intervenue, les formalités de Souscription devront être renouvelées.

6.2. ÉMISSION DU CERTIFICAT D'ASSURANCE

Les conditions d'acceptation de l'Assureur sont mentionnées au Certificat d'Assurance.

Sous réserve de la réception des pièces nécessaires à son édition, le Certificat d'Assurance est émis :

- sans délai, lorsque la Souscription est acceptée aux conditions standards ;
- à la réception par l'Assureur de la lettre de notification datée et signée par l'Assuré, lorsque la Souscription fait l'objet de conditions particulières d'acceptation.

La prise d'effet des garanties doit intervenir au plus tard dans les 6 mois suivant l'émission du Certificat d'Assurance.

L'Assureur se réserve le droit de renouveler les formalités de souscription si la prise d'effet des garanties n'intervient pas dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de la Souscription.

Tout changement en cours de Souscription doit être déclaré auprès de l'Assureur dans les conditions décrites au chapitre 11. « Modification en cours de Souscription ».

ARTICLE 7 - DATE D'EFFET DE LA SOUSCRIPTION ET DES GARANTIES**7.1. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE LA SOUSCRIPTION**

La souscription au contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'Assurance.

La Souscription est conclue pour toute la durée du prêt couvert par l'assurance, sous réserve des cas de cessation de la Souscription prévus à l'article 10. **« FIN DE LA SOUSCRIPTION ET DES GARANTIES ».**

7.2. DÉBUT DES GARANTIES

Dès lors que la Souscription a pris effet et sous réserve du paiement par le Souscripteur de la première cotisation, les garanties prennent effet :

- pour une première assurance, à la date de la signature de l'offre de prêt ;
- pour une souscription conclue en substitution d'une précédente assurance conformément à l'article L. 313-30 du Code de la consommation, à la date d'effet retenue par l'Organisme prêteur qui a accepté la substitution d'assurance ;
- et, dans tous les cas, au plus tôt à la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat d'Assurance.

Particularité de la vente à distance

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu au paragraphe 17.1 « Faculté de Renonciation » qui court à compter de la date d'effet de la Souscription.

Les garanties peuvent toutefois prendre effet à l'une des dates prévues au paragraphe précédent lorsque celles-ci sont antérieures à l'expiration du délai de renonciation à condition que le Souscripteur le demande expressément à la Souscription.

En cas de refus d'un prêt par l'Organisme Prêteur, les cotisations d'assurance afférentes à ce prêt et éventuellement perçues lors de la Souscription, sont intégralement remboursées. La Souscription au contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet pour ce prêt.

7.3. MAINTIEN DES CONDITIONS D'ACCEPTATION

Les changements qui pourraient intervenir en cours de Souscription 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 de la Souscription dans les limites prévues à l'article 10. **« FIN DE LA SOUSCRIPTION ET DES GARANTIES »** selon les conditions indiquées dans le Certificat d'Assurance ou le dernier avenant en vigueur.

ARTICLE 8 - QUOTITÉ

La Quotité est choisie au moment de la Souscription au contrat. Elle doit être inférieure ou égale à 100 % par personne assurée. Il est possible de choisir une quotité différente pour les garanties obligatoires Décès/PTIA et les autres garanties complémentaires.

ARTICLE 9 - GARANTIES ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Les garanties définies ci-dessous couvrent les Sinistres survenus après la date d'effet des garanties.

La quotité garantie reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée aux indemnités prévues ci-après pour l'ensemble des garanties.

Les prestations seront également limitées en fonction des conditions d'admissibilité notifiées au Certificat d'Assurance et des limites prévues à l'article 14. « **ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR** ».

9.1. GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL DURANT L'ACCOMPLISSEMENT DES FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION

À réception du Bulletin de souscription par l'Assureur, la personne à assurer bénéficiera d'une couverture contre le risque de décès consécutif à un Accident. Cette couverture prendra fin à la date d'envoi par le gestionnaire du Certificat d'Assurance ou de la lettre de notification de refus de souscription (au titre de toutes les formules de garanties précisées à l'article 4 « **GARANTIES PROPOSÉES** ») ; et au plus tard 60 jours après la date de réception du Bulletin de souscription par l'Assureur.

Cette garantie est accordée, selon la quotité indiquée sur le Bulletin de souscription, pour le montant du capital assuré, dans la limite de 300 000 € et sous réserve des exclusions énoncées à l'article 12 « **EXCLUSIONS** ».

9.2. GARANTIE DÉCÈS

L'assurance s'applique en cas de Décès de l'Assuré jusqu'au jour du 86^e anniversaire et sous réserve des exclusions prévues à l'article 12. « **EXCLUSIONS** ».

Prestation garantie

Les prestations garanties par l'Assureur, s'expriment sous forme d'un capital versé à l'Organisme Prêteur déterminé ci-dessous, multiplié par la quotité garantie :

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRÊT AMORTISSABLE	Pendant le différé d'amortissement : CAPITAL INITIAL* Pendant la phase d'amortissement : Capital restant dû, au jour du décès conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date*
PRÊT IN FINE	CAPITAL INITIAL *

*majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès. Le capital versé est limité au montant garanti conformément au Certificat d'Assurance ou le dernier avenant entériné par l'Assureur.

Les éventuelles échéances de prêt impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

La garantie Décès joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins trois échéances par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

La quotité assurée définie pour les garanties complémentaires doit être inférieure ou égale à la quotité assurée définie pour les garanties obligatoires.

Remarques :

Décès intervenant avant tout déblocage des fonds, mais postérieurement à la signature de l'offre de prêt : *En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt et à la prise d'effet des garanties mais avant que les fonds ne soient débloqués (totalement ou partiellement), la Souscription au contrat produira tous ses effets s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.*

Le versement du capital met fin à la Souscription et ses garanties.

9.3. GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Définition

La prestation au titre de la garantie PTIA est acquise lorsque les conditions ci-dessous sont cumulativement réunies (sous réserve des exclusions figurant à l'article 11 de la Notice) :

- est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état de santé, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant totalement et définitivement incapable de se livrer à une occupation ou un travail lui procurant gain ou profit. En outre, son état doit nécessiter l'assistance complète et constante d'une tierce personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer) ;
- cet état survient avant le jour de son 71^e anniversaire et postérieurement à la date de prise d'effet des garanties définie à l'article 6 de la présente notice.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins trois échéances par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

Prestation garantie

En cas de reconnaissance en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur effectue, par anticipation, le versement de l'indemnité prévue en cas de Décès, ce qui met fin à la Souscription et ses garanties. Son montant est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur.

Le versement du capital met fin à la Souscription et ses garanties.

9.4. GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE

La possibilité d'accorder cette garantie doit être systématiquement étudiée par l'Assureur si la garantie Invalidité Permanente Totale du contrat a été refusée ou a fait l'objet d'une restriction de garantie pour raison médicale. Il ne s'agit pas d'une option. Les Proposants ne peuvent pas solliciter directement cette garantie.

Définition

L'Assuré bénéficie de la garantie visée ci-dessus dans les conditions prévues à la Convention AERAS.

La garantie sera mise en jeu, sous réserve des exclusions figurant à l'article 12 de la Notice, si :

- l'état de santé de l'Assuré est consolidé ;
- l'Assuré est en situation de « Cessation de travail » au sens du présent article si son incapacité fonctionnelle (au taux requis par la Convention AERAS) et son incapacité professionnelle sont attestées dans les conditions prévues à la Convention AERAS. S'agissant de l'incapacité fonctionnelle, il est retenu un barème de référence commun à tous les Assureurs tenus de respecter la Convention. Il s'agit du barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Le taux d'incapacité fonctionnelle, à partir duquel la prestation d'assurance intervient, est fixé à 70 % et est apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur suivant le barème susvisé. L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Prestation garantie

Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'invalidité spécifique, l'Assureur prend en charge les échéances de prêt au jour de la reconnaissance de cet état.

La date de début de versement des prestations est la date de la reconnaissance par le médecin désigné par l'Assureur de l'état d'invalidité tel que défini plus haut.

Ne sont pas pris en charge :

- les augmentations d'échéances intervenues après la date du Sinistre ou dans les 6 mois précédant le Sinistre ;
- pour les prêts in fine, l'échéance correspondant au remboursement du capital ;
- les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ;
- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

Fin de la prestation

La prestation cesse :

- à la date de cessation de la Souscription ou de la garantie Invalidité Spécifique AERAS, conformément à l'article 6 de la Notice ;
- dès que l'Assuré est déclaré apte à reprendre son activité professionnelle par le médecin-conseil de l'Assureur ;
- avant son 71^e anniversaire ;
- lorsque l'Assuré reprend une activité professionnelle, même à temps partiel ;
- dès que le taux d'incapacité fonctionnelle de l'Assuré, apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur, passe en dessous de 70 % ;
- dès que l'incapacité professionnelle de l'Assuré ne peut plus être attestée dans les conditions indiquées à la Convention AERAS.

9.5. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Si la garantie a été souscrite et qu'elle est indiquée dans le Bulletin de souscription, le Certificat d'assurance ou dans le dernier avenant le cas échéant.

La garantie ITT s'exerce à condition que l'état de santé de l'Assuré n'ait pas déjà entraîné sa reconnaissance en PTIA.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou le cas échéant du médecin qui a établi le certificat médical.

Définition

La prestation au titre de la garantie ITT est acquise lorsque les conditions ci-dessous sont cumulativement réunies (sous réserve des exclusions figurant à l'article 11 de la Notice) :

- est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident survenu postérieurement à la prise d'effet des garanties, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue, médicalement justifiée, d'exercer son activité professionnelle, lui procurant gain ou profit, sa recherche d'emploi ou toutes ses occupations habituelles ;
- est également considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, s'il est temporairement contraint, sur prescription médicale, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la Vie Quotidienne en raison d'un Accident ou d'une Maladie ;
- cette incapacité survient avant la date de liquidation de tout ou partie des droits à la retraite quel qu'en soit le motif, et au jour du 71^e anniversaire et postérieurement à la date de prise d'effet des garanties définie à l'article 6 de la présente notice.

L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'Assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

Prestation garantie

L'Assureur verse au Bénéficiaire, à compter de l'expiration du délai de Franchise mentionné au Certificat d'assurance, et dans les limites prévues au paragraphe « Fin de prestation » du présent article, des prestations égales aux montants définis ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie, conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre.

Les prestations versées sont calculées à compter de l'expiration du délai de Franchise, au prorata du nombre de jours à indemniser et sont réglées au plus tôt à l'échéance de l'opération de crédit concernée suivant la Franchise.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé tels que prévus au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué au Certificat d'assurance en vigueur à cette date.

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS selon la quotité assurée
PRÊT AMORTISSABLE	Pendant le différé partiel d'amortissement : 100% des échéances d'intérêts dues Pendant la phase d'amortissement : 100% des échéances de prêt
PRÊT IN FINE / PRÊT RELAIS	100% des échéances d'intérêts dues

Cas particuliers :

- ne seront prises en compte les modifications à la hausse des échéances résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidées avant la date du sinistre. Ainsi la prise en charge se poursuivra sur la base des nouvelles échéances résultant de la fin de l'exercice d'une telle option, sans toutefois que le montant de l'échéance puisse être supérieur à celui qui était défini avant exercice de l'option du contrat de prêt ;
- en cas de modification des échéances à la baisse pendant une prise en charge : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

Ne sont pas pris en charge :

- les augmentations d'échéances intervenues après la date du Sinistre
- pour les prêts in fine, l'échéance correspondant au remboursement du capital ;
- les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ;
- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

En cas de rechutes

Lorsque l'Assuré reprend son activité après une Incapacité Temporaire Totale lui ayant ouvert droit à indemnisation et qu'il est à nouveau en Incapacité Temporaire Totale au titre du présent contrat du fait de la même Affection dans les 60 jours suivant la fin de cette indemnisation, la période indemnisée et celle consécutive à ladite rechute sont considérées comme une seule et même période. Aucun délai de Franchise n'est de nouveau appliqué. Si la rechute intervient au-delà de 60 jours suivant sa reprise d'activité par l'Assuré, elle est considérée comme une nouvelle Incapacité Temporaire Totale. Dans ce cas, et sous réserve que le contrat et la Souscription soient toujours en cours, un nouveau délai de Franchise s'applique.

Reprise du travail à temps partiel sur prescription médicale

L'Assuré qui, à la suite d'une Incapacité Temporaire Totale indemnisée au titre du présent contrat, est médicalement autorisé à reprendre une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique dans le cadre des articles L.323-3 et L.433-1 du Code de la Sécurité sociale, continuera de bénéficier du versement des prestations à hauteur de 50 % du montant garanti en cas d'Incapacité Temporaire Totale.

La durée d'indemnisation pour un même Accident ou Maladie ne pourra excéder 6 mois à compter de la reprise partielle du travail pour motif thérapeutique.

Fin de la prestation

La prestation de la garantie ITT cesse :

- en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique indemnisée au titre du présent contrat, dans la limite de 6 mois) ;
- pour l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, en cas de reprise totale ou partielle de ses Occupations de la Vie Quotidienne ;
- en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale par le médecin-expert de l'Assureur ;
- à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite ou pré-retraite ;
- avant le jour du 71^e anniversaire de l'Assuré ;
- en cas de versement des prestations Décès PTIA, IPT et IPP ;
- au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Délai de déclaration

L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de 90 jours au-delà de la Franchise indiquée au Certificat d'Assurance pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur.

Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'Incapacité Temporaire Totale, dans un délai de 30 jours. Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L.113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

9.6. GARANTIE AIDE À LA FAMILLE

Si la garantie ITT a été souscrite et qu'elle est indiquée dans le Bulletin de souscription, le Certificat d'Assurance ou dans le dernier avenant le cas échéant.

Définition

Lorsque l'Assuré est contraint de cesser partiellement ou totalement son activité professionnelle pour assister son enfant mineur atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants à ses côtés, l'Assureur intervient au titre de la présente garantie dans les conditions suivantes :

- l'enfant doit être à la charge permanente de l'Assuré ou rattaché au foyer fiscal de l'Assuré et être âgé de moins de 18 ans ;

- la maladie, le handicap ou l'accident a été diagnostiqué(e) ou est survenu(e) postérieurement à la date de prise d'effet du présent contrat ;
- l'Assuré doit bénéficier de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale ;
- lorsque les deux parents de l'enfant sont couverts au titre du présent contrat et pour le même prêt, seul l'un des deux parents peut bénéficier de la présente garantie.

Prestation garantie

L'Assureur prend en charge le paiement des échéances assurées du prêt conformément au tableau d'amortissement au jour du sinistre et au Certificat d'assurance, dans la limite de 100% de la quotité assurée et de deux mille cinq cents (2 500) euros par mois. Ce plafond s'applique sur l'ensemble des prêts assurés auprès de CACI.

Le versement de la prestation sera proratisé sur une base AJPP de 22 jours par mois.

La durée de versement de la prestation est de quatorze (14) mois, renouvelable une fois, sans pouvoir excéder vingt-huit (28) mois durant toute la durée du présent contrat. La prestation peut être continue ou discontinue.

La prestation au titre de la garantie Aide à la Famille ne se cumule pas avec une autre garantie du présent contrat. En cas de décès ou de PTIA de l'Assuré en cours d'indemnisation au titre de la garantie Aide à la Famille, le capital restant dû au titre du Décès ou de la PTIA, versé par l'Assureur, sera alors diminué des sommes réglées au titre de la Garantie Aide à la Famille qui se rapporteraient à des périodes postérieures à la date du Décès ou de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur.

Fin de prestation

Le versement des prestations cesse :

- au jour du 71^e anniversaire de l'Assuré ;
- à la veille du 18^e anniversaire de l'enfant fiscalement rattaché au foyer ;
- en cas de versement du capital au titre des garanties Décès, PTIA, IPT (option capital) et de la rente en cas d'IPT, IPP ou d'ITT ;
- en cas de reprise totale d'une activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non ;
- lorsque l'Assuré ne bénéficie plus de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

9.7. LES GARANTIES INVALIDITÉ PERMANENTE

Ces garanties peuvent couvrir, en dehors des risques exclus, l'invalidité fonctionnelle et professionnelle consécutive à un Accident ou une Maladie.

L'assurance s'applique sous réserve des exclusions prévues au chapitre 12. « **EXCLUSIONS** », sauf rachat d'une exclusion indiqué au Certificat d'Assurance.

Remarques importantes :

L'invalidité est déterminée par le médecin-conseil de l'Assureur sur la base des documents médicaux transmis et/ou d'une expertise médicale et en fonction du **TAUX CONTRACTUEL D'INVALIDITÉ**.

Les garanties IPT et IPP s'exercent à condition que l'état de santé de l'Assuré n'ait pas déjà entraîné sa reconnaissance en PTIA.

Les pièces émanant de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), de la Sécurité sociale, ou de tout autre organisme social ou professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou le cas échéant du médecin qui a établi le certificat médical.

Appréciation du taux contractuel d'invalidité

Le **TAUX CONTRACTUEL D'INVALIDITÉ** est apprécié par le médecin conseil de l'Assureur en fonction de l'incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et de l'incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, d'après le guide-barème dit « du Concours Médical », en vigueur au jour du Sinistre.

L'incapacité professionnelle est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à l'activité professionnelle de l'Assuré exercée au jour du Sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Pour l'Assuré Inactif au jour du sinistre, le **TAUX CONTRACTUEL D'INVALIDITÉ** est apprécié en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette incapacité telle que définie à cet article sur l'exercice des Occupations Non-Professionnelles de la Vie Quotidienne de l'Assuré.

Le tableau ci-après présente les taux d'incapacité (en pourcentage) tant fonctionnelle que professionnelle, et le **TAUX CONTRACTUEL D'INVALIDITÉ** correspondant après croisement de ces taux. Ce **TAUX CONTRACTUEL D'INVALIDITÉ** se calcule par application de la formule suivante : $(\text{Taux contractuel d'invalidité} - 33\%) / 33\% \times \text{Montant des échéances dues ou d'intérêts dues}$

%	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE									
TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10					29,2	33	36,6	40	43,3	46,4
20				31,8	36,9	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30			30	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40		25,2	33	40	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50		27,1	35,6	43,1	50	56,5	62,6	68,4	74	79,4
60		28,9	37,8	45,8	53,1	60	66,5	72,7	78,6	84,3
70		30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70	76,5	82,8	88,8
80		31,8	41,6	50,4	58,5	66	73,2	80	86,5	92,8
90		33	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90	96,6
100		34,2	44,8	54,3	63	71,1	78,8	86,2	92,2	100

Par exemple, pour un taux d'incapacité fonctionnelle de 70 % et un taux d'incapacité professionnelle de 80 %, d'après le tableau, le taux contractuel d'invalidité qui détermine le droit aux prestations et leur montant, est de 73 %, supérieur au taux de reconnaissance contractuel d'une IPT, il sera donc bien déclaré en IPT.

9.7.1. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Si la garantie a été souscrite et qu'elle est indiquée dans la proposition d'Assurance, le Certificat d'Assurance ou dans le dernier avenant le cas échéant.

Définition

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard au jour du 71^e anniversaire de l'Assuré.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, survenue postérieurement à la prise d'effet des garanties et après Consolidation de son état, est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, comme étant atteint d'un **TAUX CONTRACTUEL D'INVALIDITÉ** au moins égal à 66 %, calculé conformément au paragraphe « Appréciation du taux contractuel d'invalidité » et si :

- L'Assuré actif qui se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, sa recherche d'emploi, lui procurant gain ou profit ou toutes ses occupations habituelles non-professionnelles.
- L'Assuré inactif est privé de manière totale et définitive de tout

ou partie de ses capacités physiques ou mentales, médicalement constatée.

Prestation garantie

Si l'Assuré est atteint d'une IPT, l'Assureur verse au Bénéficiaire, et dans les limites prévues au paragraphe « Fin de prestation » du présent article, des prestations égales aux montants définis ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie, conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre.

Les prestations sont calculées au prorata du nombre de jours à indemniser.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé tels que prévus au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué au Certificat d'Assurance en vigueur à cette date.

En cas d'IPT, l'Assuré a le choix, au moment de sa demande de Souscription, du mode de versement de la prestation entre un versement sous forme de capital ou sous forme de rente.

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS selon la quotité assurée
PRÊT AMORTISSABLE	Versements sous forme de rente Pendant le différé partiel d'amortissement : 100 % des échéances d'intérêts dues Pendant la phase d'amortissement : 100 % des échéances dues Versement sous forme de capital Se reporter au paragraphe Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT
PRÊT IN FINE / PRÊT RELAIS	Versements sous forme de rente 100 % des échéances d'intérêts dues Versement sous forme de capital Se reporter au paragraphe Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT

La prise en charge des échéances est limitée au dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur avant le sinistre.

Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT

Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'IPT, **si le Souscripteur a choisi ce mode de versement selon les dispositions indiquées au Certificat d'Assurance** l'Assureur prend en charge :

Pour les prêts amortissables et les prêts à paliers : 100 % du Capital Restant Dû selon la quotité assurée au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT par l'Assureur, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur. Concernant les prêts à paliers intégrant les prêts achat-revente, si l'Assuré est reconnu en état d'IPT avant le remboursement anticipé partiel et programmé du capital provenant de la vente de l'ancien bien de l'Emprunteur, le versement est effectué sur la base du Capital Restant Dû déduction faite de ce remboursement programmé.

Le versement sous forme de capital en cas d'IPT, met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que le capital versé au titre de l'IPT soit égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/PTIA.

Si le capital versé au titre de l'IPT est inférieur au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/PTIA, l'Assuré reste couvert au titre des garanties décès et PTIA, pour un montant égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée Décès/PTIA, déduction faite du capital déjà versé au titre de l'IPT.

Cas particuliers :

Ne seront prises en compte les modifications à la hausse des échéances résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidées avant la date du sinistre. Ainsi la prise en charge se poursuivra sur la base des nouvelles échéances résultant de la fin de l'exercice d'une telle option, sans toutefois que le montant de l'échéance puisse être supérieur à celui qui était défini avant exercice de l'option du contrat de prêt.

En cas de modification des échéances à la baisse pendant une prise en charge : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

Ne sont pas pris en charge :

- les augmentations d'échéances intervenues après la date du Sinistre ;
- pour les prêts in fine, l'échéance (option rente) correspondant au remboursement du capital ;
- les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ;
- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

Fin de prestation

La garantie IPT, le service des prestations cesse :

- si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré, son taux contractuel d'incapacité devient inférieur à 66 % ;
- en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle rémunérée ou de ses Occupations de la Vie Quotidienne ;
- En cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Invalidité Permanente Totale par le médecin-expert de l'Assureur :
 - au jour du 71^e anniversaire de l'Assuré ;
 - au jour où l'assuré fait valoir ses droits à la retraite ou pré-retraite ;
 - en cas de versement des prestations Décès, PTIA, ou IPT en capital.

9.7.2. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Si la garantie a été souscrite et qu'elle est indiquée dans le Bulletin de souscription, le Certificat d'Assurance ou dans le dernier avenant le cas échéant.

Définition

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPP doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard au jour du 71^e anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée. Est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, comme étant atteint d'un **TAUX CONTRACTUEL D'INVALIDITÉ** supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, calculé conformément au paragraphe « Appréciation du taux contractuel d'Invalidité » et qui se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer sa profession au jour du Sinistre.

Prestation garantie

Si l'Assuré est atteint d'une IPP, l'Assureur verse au Bénéficiaire et dans les limites prévues au paragraphe « Fin de prestation » du présent article, des prestations égales aux montants définis ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie, conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé tels que prévus au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué au Certificat d'Assurance en vigueur à cette date.

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS selon la quotité assurée
PRÊT AMORTISSABLE	Pendant le différé partiel d'amortissement : (Taux Contractuel d'Invalidité - 33%) 33% * Montant des échéances d'intérêts dues Pendant la phase d'amortissement : (Taux Contractuel d'Invalidité - 33%) 33% * Montant des échéances dues
PRÊT IN FINE / PRÊT RELAIS	(Taux Contractuel d'Invalidité - 33%) 33% * Montant des échéances d'intérêts dues

Cas particuliers :

- ne seront prises en compte les modifications à la hausse des échéances résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidées avant la date du sinistre. Ainsi la prise en charge se poursuivra sur la base des nouvelles échéances résultant de la fin de l'exercice d'une telle option, sans toutefois que le montant de l'échéance puisse être supérieur à celui qui était défini avant exercice de l'option du contrat de prêt.

En cas de modification des échéances à la baisse pendant une prise en charge : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

Ne sont pas pris en charge :

- les augmentations d'échéances intervenues après la date du Sinistre ou dans les 6 mois précédant le Sinistre ;
- pour les prêts in fine, l'échéance (option rente) correspondant au remboursement du capital ;
- les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ;
- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

Fin de prestation

La garantie IPP, la prestation cesse :

- si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré son taux contractuel d'invalidité devient inférieur à 33 % ;
- en cas de reprise totale par l'Assuré d'une quelconque activité professionnelle rémunérée ou de ses Occupations de la Vie Quotidienne ;
- en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle par le médecin-expert de l'Assureur ;
- en cas de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'IPP donnant lieu à indemnisation :
 - au jour du 71^e anniversaire de l'Assuré ;
 - au jour où l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite ou pré-retraite ;
 - en cas de versement des prestations Décès, PTIA, ou IPT en capital.

9.8. GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Si la garantie a été souscrite et qu'elle est indiquée dans la proposition d'Assurance, le Certificat d'Assurance ou dans le dernier avenant le cas échéant.

Définition

Pour bénéficier de la garantie Perte d'Emploi au moment de la Souscription, l'Assuré doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- avoir moins de 55 ans (date anniversaire) à la date de signature du Bulletin de souscription ;
- être salarié d'un seul employeur et titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée, ouvrant droit, en cas de licenciement, au versement des allocations d'assurance chômage versées par France Travail ou autres organismes prévus aux articles L.5421, L.5427-1 et suivants du Code du travail ;
- ne pas être au moment de la signature du Bulletin de souscription, en préavis de licenciement ;
- avoir demandé simultanément à adhérer aux garanties Décès et PTIA dans le cadre de la Souscription, et avoir été accepté par l'Assureur au minimum pour la garantie Décès.

La garantie Perte d'Emploi ne s'applique ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les prêts en comportant, ni aux prêts non amortissables (remboursement du capital et des intérêts en une seule fois au terme).

L'Assuré est considéré en situation de Perte d'Emploi lorsque les trois (3) conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- l'Assuré est en situation de chômage total résultant d'un licenciement
- le licenciement de l'Assuré a mis fin à une période d'activité salariée d'au moins une année entière sous contrat de travail à durée indéterminée chez un employeur unique ;
- le licenciement de l'Assuré, ouvre droit au versement des allocations de chômage de la part de France Travail ou d'organismes assimilés prévus aux articles L.5421, L.5427-1 et suivants du Code du travail.

Un licenciement prononcé pour faute grave ou faute lourde ne donne jamais lieu à prise en charge au titre de la présente garantie.

La garantie Perte d'Emploi est soumise à une période de carence, d'une durée de 180 jours qui débute à la date de prise d'effet de la Souscription et à l'expiration d'une période de franchise de 90 jours consécutifs (la période de franchise débute au premier jour d'indemnisation par France Travail).

Un licenciement notifié au salarié durant la période de carence ne donnera jamais lieu à prise en charge même si la situation de chômage se prolonge au-delà de ces 180 jours.

Prestation garantie

Si l'Assuré est en situation de Perte d'Emploi, l'Assureur verse au Bénéficiaire, à compter de l'expiration du délai de Franchise mentionné au Certificat d'Assurance, et dans les limites prévues au paragraphe « Fin de prestation » du présent article, des prestations égales aux montants définis ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie, conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre.

Les prestations versées sont calculées à compter de l'expiration du délai de Franchise, au prorata du nombre de jours à indemniser et sont réglées au plus tôt à l'échéance de l'opération de crédit concernée suivant la Franchise.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé tels que prévus au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué au Certificat d'Assurance en vigueur à cette date.

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS selon la quotité assurée
PRÊT AMORTISSABLE	Pendant le différé partiel d'amortissement : 100% des échéances d'intérêts dues Pendant la phase d'amortissement : 100% des échéances dues
PRÊT IN FINE / PRÊT RELAIS	100% des échéances d'intérêts dues

Cas particuliers :

- **ne seront prises en compte les modifications à la hausse des échéances résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidées avant la date du sinistre. Ainsi la prise en charge se poursuivra sur la base des nouvelles échéances résultant de la fin de l'exercice d'une telle option, sans toutefois que le montant de l'échéance puisse être supérieur à celui qui était défini avant exercice de l'option du contrat de prêt.**

En cas de modification des échéances à la baisse pendant une prise en charge : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

Ne sont pas pris en charge :

- les augmentations d'échéances intervenues après la date du Sinistre ou dans les 6 mois précédant le Sinistre ;
- pour les prêts in fine, l'échéance correspondant au remboursement du capital ;
- les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ;
- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

Reprise temporaire d'activité en cours d'indemnisation

Une reprise d'activité professionnelle d'une durée inférieure ou égale à 180 jours, ou bien une prise en charge par des organismes sociaux (caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) au titre de l'assurance maladie ou maternité n'ont qu'un effet suspensif sur le versement des prestations. L'Assureur reprend ses versements sur production des bordereaux ou relevés de situation attestant de la reprise du versement des allocations d'assurance de France Travail.

Une reprise d'activité professionnelle d'une durée supérieure à 180 jours entraîne la fin de la prise en charge au titre du sinistre précédemment indemnisé.

Durée de prestation

Au titre d'un même sinistre, la prise en charge ne peut excéder 365 jours d'indemnisation (continus ou non), même si l'Assuré est encore sans activité professionnelle rémunérée.

Pour bénéficier d'une nouvelle période de prise en charge, l'Assuré doit réunir les conditions cumulatives suivantes :

- être en situation de chômage total résultant d'un nouveau licenciement indemnisable au titre de la garantie Perte d'Emploi ;
- ce nouveau licenciement doit avoir mis fin à une période d'activité salariée d'au moins une année entière sous contrat de travail à durée indéterminée chez un employeur unique ;
- percevoir des allocations chômage de France Travail ou d'un organisme assimilé prévu par le Code du Travail.

Fin de prestation

La garantie Perte d'Emploi, le service des prestations :

- lorsque la durée maximale d'indemnisation au titre du sinistre est atteinte ;
- en cas de prise en charge par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie, maternité ;
- à la date de cessation du versement des allocations du régime de

l'assurance chômage ;

- en cas de reprise d'activité à temps partiel ou à temps complet, en contrat à durée déterminée ou indéterminée ;
- à la date de mise en jeu des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP, ou des extensions de couverture avec l'option DORSO-PSY ;
- au jour où l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite ou pré retraite ;
- au jour du 68^e anniversaire de l'Assuré ;
- au plus tard au 365^e jour d'indemnisation.

9.9. FRANCHISE

9.9.1. FRANCHISE POUR LA GARANTIE ITT

Le Souscripteur qui souscrit la garantie ITT, a le choix au moment de sa Demande Souscription entre une Franchise de 30, 60, 90 ou 180 jours continus.

9.9.2. FRANCHISE POUR LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Au titre de la garantie PE est appliquée une franchise unique de 90 jours.

9.10. OPTION DORSO-PSY

Cette option ne peut être souscrite qu'au moment de la Souscription en complément des garanties Décès/PTIA/IPT/ITT (avec ou sans IPP), L'invalidité ou l'incapacité de l'Assuré sont prises en charge en cas de sinistre résultant des deux types d'affections suivantes :

- 1 / les affections du dos (**voir article 12.3**) ;
- 2 / les affections psychiatriques (**voir article 12.3**).

	Sans option DORSO-PSY	Option DORSO-PSY
Affections du dos	A la suite d'une fracture, d'un processus tumoral, d'une intervention chirurgicale ou d'une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours continus	Couverture sans condition d'hospitalisation
Affections psychiatriques	Condition d'hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours continus	Couverture sans condition d'hospitalisation

La période de franchise définie à l'article 9.9.1 s'applique à l'option DORSO-PSY

ARTICLE 10 - FIN DE SOUSCRIPTION ET DES GARANTIES

La Souscription cesse :

- lorsque l'offre de prêt n'est pas signée dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de la Souscription ou lorsqu'aucun fonds n'a été débloqué dans les 24 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt. Les cotisations afférentes à la couverture du prêt éventuellement perçues sont intégralement remboursées à l'exception des frais de souscription (dont le montant est indiqué sur le Bulletin de Souscription). La Souscription au contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet ;
- à l'échéance finale prévue à l'origine de l'opération de crédit concernée mentionnée au Certificat d'Assurance, sauf accord de l'Assureur sur la modification de la durée ;
- à la date à laquelle le paiement du solde du prêt devient exigible au profit de l'Organisme Prêteur en application du contrat de prêt ;
- en cas de Déchéance du terme de l'opération de crédit prononcée par l'Organisme Prêteur ;
- si l'Assuré est Caution, à la date de cessation de l'acte de cautionnement ;
- lorsque le Souscripteur est une Société Civile Immobilière, le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé, dirigeant de droit ou Caution solidaire ;
- au décès de l'Assuré ;
- à la date à laquelle cessent les engagements de l'Emprunteur envers l'Organisme Prêteur c'est-à-dire :
 - au remboursement total et définitif de l'opération de crédit concernée, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale prévue à l'origine ou par anticipation ;
 - à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par l'Assureur ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- au terme prévu de la garantie Décès comme défini au paragraphe « Fin des garanties » ci-dessous ;
- lorsque le Souscripteur demande la résiliation de sa Souscription ;
- en cas de versement des prestations prévues aux garanties DC/PTIA et IPT sous forme de capital.

Résiliation

Le Souscripteur peut résilier sa Souscription 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.

En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, la Souscription est résiliée à la plus tardive des deux (2) dates suivantes :

- soit dix (10) jours après réception de la décision du prêteur ;

- soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

L'Assuré devra notifier également au Gestionnaire par courrier recommandé ou lettre recommandée électronique, la décision de l'Organisme prêteur (article L.313-31 du Code de la consommation) ainsi que la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution.

La résiliation de la Souscription prendra alors effet 10 jours après la réception par le Gestionnaire de l'acceptation formelle de l'Organisme prêteur ou à la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution par l'Organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

En cas de refus par le prêteur, la résiliation est caduque et la Souscription se poursuit dans toutes ses dispositions.

Le courrier doit être adressé à l'adresse suivante : Digital Insure – Souscription CACI SOLUTION EMPRUNTEUR – 14 rue de Richelieu – 75001 PARIS ou envoi recommandé électronique à recommande.electronique@digital-insure.fr.

Fin des Garanties

D'une façon générale, les garanties prennent fin avec la Souscription.

À l'égard de chaque Assuré, les garanties cessent :

- au plus tard **au jour du 86^e anniversaire de l'Assuré** en ce qui concerne la garantie Décès ;
- au plus tard au jour du **71^e anniversaire de l'Assuré** en ce qui concerne la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- au plus tard au jour du **68^e anniversaire de l'Assuré** en ce qui concerne la garantie Perte d'Emploi ;
- en ce qui concerne les garanties Incapacité de Travail, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Spécifique, le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf en cas de mise en retraite anticipée pour inaptitude, et **au plus tard au jour du 71^e anniversaire de l'Assuré** ;
- à la veille du 18^e anniversaire de l'enfant rattaché au foyer fiscal pour la garantie Aide à la Famille (AF).

ARTICLE 11 - MODIFICATION EN COURS DE SOUSCRIPTION

Le Souscripteur peut, sous réserve de l'accord de l'Organisme Prêteur, demander à modifier la Quotité garantie en s'adressant au gestionnaire. En tout état de cause, le gestionnaire doit être averti par écrit :

- de toute modification des caractéristiques du prêt garanti dans un délai de 60 jours à compter de la prise d'effet de la modification, accompagné des pièces justificatives ;
- de la modification du tableau d'amortissement résultant d'une variation du taux d'intérêt pour les prêts à taux variable dans un délai de 60 jours à compter de la prise d'effet de la modification ;

Le gestionnaire informe le Souscripteur des conséquences des modifications qui lui ont été communiquées sur le déroulement de la Souscription.

En cas de Sinistre, les modifications qui n'ont pas été déclarées au gestionnaire ne sont pas opposables à l'Assureur lorsque ce dernier établit que le retard lui a causé un préjudice.

Un avenant qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, les nouveaux montants assurés et les cotisations prévisionnelles correspondantes est émis :

- d'office lorsque la modification demandée est acceptée par l'Assureur sans nouvelles restrictions de garanties et à un tarif équivalent au tarif initial ;
- après acceptation par le Souscripteur des restrictions de garanties ou de la hausse du tarif proposées par l'Assureur.

Jusqu'à la date de prise d'effet de la modification et sauf cas de résiliation de la Souscription, les garanties continueront de s'appliquer dans les conditions initialement prévues.

Le Souscripteur doit informer le gestionnaire de tout changement de domicile, d'adresse postale et/ou électronique. A défaut, les courriers envoyés à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 12 - EXCLUSIONS**12.1. EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES**

Sont exclus les événements ci-après, y compris leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

- les accidents ou maladies résultant de faits intentionnels de l'Assuré ;
- l'usage par l'Assuré de stupéfiants, de substances hallucinogènes ou de médicaments non prescrits médicalement ;
- résultant de l'état d'ivresse de l'Assuré conducteur du véhicule terrestre à moteur, lorsque le taux d'alcool dans son sang est égal ou supérieur au taux d'alcoolémie prévu par la législation française en vigueur au moment du sinistre ;
- les effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules.

Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garantis si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de Maladie ou d'Accident garanti :

- des faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires, quels que soient le lieu et les protagonistes (sauf accomplissement du devoir professionnel) ;
- de la participation à une rixe (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme, d'une guerre mettant en cause l'Etat français ;
- la manipulation par l'Assuré d'engins de guerre, d'armes, de produits dangereux, toxiques, corrosifs, explosifs ou inflammables (sauf accomplissement du devoir professionnel) ;
- de toute participation à des exhibitions, paris, essais et tentatives de records, cascades, acrobaties, de quelque nature que ce soit ;
- les accidents de navigation aérienne lorsque le pilote ne possède pas de brevet/licence ou possède un brevet/licence périmé ou ne correspondant pas au type d'appareil utilisé, les accidents de navigation aérienne lorsque le véhicule aérien homologué ou non, motorisé ou non, ne dispose pas d'un certificat valable de navigabilité ou en est dispensé.

Sont exclus de toutes les garanties, les suites et conséquences résultant de la pratique des sports suivants :

- la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive en France ;
- les sports pratiqués à titre professionnel ou amateur sous contrat rémunéré ou indemnisé sauf dans le cadre de la profession de

l'Assuré déclarée et acceptée par l'Assureur ;

- les sports de combats suivants : boxe américaine, boxe anglaise, boxe thaï (kick boxing), boxe birmane, full contact ;
- les sports équestres en compétition ;
- les sports mécaniques: sports nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (terrestre, maritime, aérien) ;
- les sports aériens non motorisés : deltaplane, parapente, parachutisme, montgolfière, planeur, vol à voile ;
- la spéléologie, l'escalade et la varappe (sauf si pratiquée en salle)
- les sports nautiques suivants : plongée d'une profondeur supérieure à 20 mètres, navigation au-delà de 25 miles nautiques des côtes, canyoning, rafting ;
- l'alpinisme et tous les sports pratiqués en montagne. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas à la pratique de ski alpin, de fond ou de snowboard sur pistes réglementées, ouvertes et accessibles en remontées mécaniques ;
- le windboard, funboard, saut à l'élastique, wingsuit, bobsleigh, toboggan, skeleton, saut à ski ou au tremplin.

Toutefois, à la demande expresse de l'Assuré, tout ou partie de ces activités peuvent être assurées sous réserve d'acceptation préalable de l'Assureur et moyennant tarification spéciale.

Toutes ces activités sportives sont néanmoins couvertes lorsqu'elles sont pratiquées dans le cadre d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte si l'Assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

12.2. EXCLUSION APPLICABLE À LA GARANTIE DÉCÈS

Sont exclus :

- les sinistres résultant du suicide de l'Assuré survenant au cours de la première année suivant sa souscription au Contrat. En cas d'augmentation de la couverture en cours de vie de la Souscription, ce délai d'un an s'applique à nouveau à compter de l'augmentation et uniquement sur celle-ci. La garantie reste acquise si l'opération de crédit a été contractée pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, dans la limite d'un plafond de 120 000 € pour l'ensemble des prêts composant l'opération de crédit.

12.3. EXCLUSIONS APPLICABLES À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET L'INVALIDITÉ

En plus des exclusions prévues pour toutes les garanties, l'ensemble des Affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences, rechutes et récidives sont exclus :

- les arrêts de travail en cours à la date de la Souscription au présent

contrat ;

- les arrêts de travail qui ne seraient pas liés à un état pathologique consécutif à un Accident ou une Maladie ;
- les séjours ou cures de repos, de plein air, de santé médicale, climatiques, diététiques, de désintoxication ou de sommeil, effectués en tout type d'établissement, hospitalier ou non ;
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice.

Les Accidents dont l'Assuré est reconnu responsable alors qu'il conduit un engin motorisé sans permis valide au jour du Sinistre.

Si l'Assuré ne bénéficie pas de l'extension de couverture DORSO-PSY :

Sont exclues, les suites et conséquences des sinistres résultant des affections et pathologies suivantes, sauf si elles nécessitent au titre du sinistre déclaré une hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 9 jours consécutifs, à l'exclusion des hospitalisations de jour, des séjours en services de soins de suite et réadaptations, des séjours en services de rééducation fonctionnelle et des séjours en cures thermales :

- les affections psychiatriques d'origine psychotique ;
 - les affections psychiatriques d'origine névrotique ;
 - les troubles dépressifs ;
 - les troubles anxieux ;
 - les troubles de l'adaptation ;
 - les troubles bipolaires ;
 - le burn-out ;
 - le syndrome de stress post traumatique.
-
- le syndrome de fatigue chronique ou encéphalomyélite myalgique ;
 - la fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus.

Sont exclues, les suites et conséquences des sinistres résultant des affections et pathologies suivantes sauf si l'affection causale est un fracture ou un processus tumoral ou qu'elles nécessitent au titre du sinistre déclaré une hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 9 jours consécutifs, à l'exclusion des hospitalisations de jour, des séjours en services de soins de suite et réadaptations, des séjours en services de rééducation fonctionnelle et des séjours en cures thermales :

- les affections vertébrales ;
- les affections para-vertébrales ;
- les affections discales, les affections radiculaires ;
- les hernies discales ;
- les cervicalgies ;
- les dorsalgies ;
- les lombalgies ;
- les névralgies cervico- brachiales ;
- la sciatique ;
- les cruralgies.

ARTICLE 13 - ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

ARTICLE 14 - ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR

L'engagement de l'Assureur correspond au montant des prestations dues par l'Assureur à un même Assuré en cas de Sinistre. Il dépend notamment de la Quotité garantie.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même prêt, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une Quotité garantie de 100 %.

12.4. EXCLUSION APPLICABLE À LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Sont exclus au titre de la garantie Perte d'Emploi les événements suivants :

- les licenciements notifiés par l'employeur avant la date de prise d'effet de la garantie Perte d'Emploi ;
- les licenciements pour faute grave ou faute lourde ;
- les licenciements ne donnant pas lieu au versement d'allocations de chômage par France Travail ou organismes assimilés ;
- les pertes d'activité professionnelle ne donnant pas lieu au versement de prestations au titre d'un régime privé d'assurance chômage réservé aux dirigeants d'entreprise ;
- les démissions y compris celles donnant lieu au versement d'allocations de chômage par France Travail ou organismes assimilés ;
- la Perte d'Emploi, même indemnisée par France Travail, résultant d'un accord entre employeur et salarié dit départ négocié ou rupture conventionnelle du contrat de travail ;
- les résiliations de contrat de travail en cours ou en fin de période d'essai à l'initiative de l'employeur et ouvrant droit au versement d'allocations chômage par France Travail ou organisme assimilé au titre de la précédente activité ;
- les départs ou mises en retraite, en retraite anticipée ou en préretraite ;
- le chômage partiel ou saisonnier ; le licenciement pour fin de chantier ;
- les ruptures avant terme ou les arrivées à terme des contrats de travail à durée déterminée ;
- les licenciements si l'Assuré est salarié :
 - de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants ;
 - d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par le conjoint de l'Assuré, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entrepreneur ou de l'entreprise, à une cessation d'activité liée à une invalidité ou au décès de l'entrepreneur ou du chef d'entreprise.

Le montant maximal des prestations pouvant être versées à l'Assuré, toutes souscriptions confondues aux contrats d'assurance emprunteur de l'Assuré est limité à :

- 15 000 000 € pour les garanties Décès, PTIA ;
- 1 500 000 € pour la garantie IPT (en capital) ;
- 10 000 € par mois pour les garanties ITT, IPT(rente), IPP, et l'option Dorso-Psy ;
- 2 500 € par mois pour la garantie Aide à la famille ;
- 3 500 € par mois (pour une quotité de 100%) et 1 750 € par mois (pour une quotité de 50%) pour la garantie PE.

ARTICLE 15 – CONTRÔLE MÉDICAL – ARBITRAGE

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé.

L'Assureur se réserve le droit de :

- contrôler les déclarations qui lui sont faites ;
- contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis ;
- provoquer une contre-expertise à ses frais, par un médecin expert, désigné par lui pour tout Assuré malade ou accidenté, en présence, le cas échéant du médecin traitant de l'Assuré ou tout autre médecin choisi par l'Assuré ;
- convoquer l'Assuré en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte), afin de constater médicalement tout Accident ou Maladie survenu hors de France métropolitaine.

Les médecins experts indépendants désignés par l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de contrôler son état de santé, étant précisé qu'en cas de contrôle, le service des prestations est interrompu jusqu'à réception des conclusions des médecins.

En cas de refus de l'intéressé, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix jours ouvrés après réception de la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), celle-ci reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si ce dernier maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin expert de l'Assureur, une procédure d'arbitrage médical peut être mise en place afin de trancher de façon définitive le différend et éviter le recours à une procédure judiciaire. Les deux médecins en désignent alors un troisième pour les départager dans le cadre d'un compromis d'arbitrage. Faute par l'une des parties de désigner son médecin expert, ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le sinistre s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Si le Sinistre survient à l'étranger ou si l'Assuré réside à l'étranger, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin, les honoraires du Médecin arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, étant supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre. L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans le cadre d'une procédure d'arbitrage, aucune action en justice ne peut être exercée par les parties, tant que l'arbitre n'aura pas tranché le différend, sauf si le rapport de cet expert n'a pas été déposé dans les quarante jours à compter de sa saisine.

Si l'Assuré ne souhaite pas recourir à cette procédure d'arbitrage, il conserve bien entendu la possibilité de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

ARTICLE 16 – DÉMARCHES À SUIVRE EN CAS DE SINISTRE

Le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs visés au présent chapitre. L'Assureur peut toutefois demander des pièces complémentaires nécessaire pour l'appréciation des conditions de prise en charge au titre des garanties.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui établit le certificat médical. Il reste libre de l'appréciation du Sinistre.

Pièces à fournir

En l'absence de transmission des justificatifs sollicités par l'Assureur, aucune prise en charge ne peut intervenir au titre des garanties.	
DANS TOUS LES CAS	• une déclaration de Sinistre ; • une copie de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité ; • un échéancier du prêt ou un tableau d'amortissement effectif à la date du Sinistre de moins de 3 mois, à défaut une photocopie du contrat de prêt ou une attestation détaillée de l'organisme prêteur ; • une copie l'offre de prêt signée ; • le RIB de l'organisme prêteur ; • si l'Assuré est caution, les pièces justifiant qu'il se substitue à l'Emprunteur depuis au moins trois mois ; • toute autre pièce jugée nécessaire par l'Assureur ; • en cas d'Accident, l'Assuré ou ses ayants droits doivent fournir les documents suivants : un document précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ; les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de presse, articles internet.
EN CAS DE DÉCÈS	• l'acte de décès intégral comportant l'indication de la date de naissance de l'Assuré ; • en cas de décès à l'étranger, l'attestation de décès devra être établie par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.
EN CAS DE PTIA	• la notification de mise en invalidité de 3^e catégorie si l'Assuré est assujéti à la Sécurité sociale ou un certificat médical attestant de l'invalidité si l'Assuré est non-assujéti ; • une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) complétée et signée par l'Assuré avec l'assistance éventuelle de son médecin, en cas d'attestation incomplète, un certificat médical attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret-médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur ; • une copie du titre de pension de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré est assuré social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3^e catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre. Si l'Assuré est fonctionnaire, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.

EN CAS D'ITT, d'IPT, d'IPP ou de GIS AERAS	• une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par l'Assureur, remplie par l'Assuré avec l'assistance éventuelle de son médecin ; • si l'Assuré est salarié, les décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale ou de la notification d'attribution du versement de l'allocation adulte handicapée (C.D.A.P.H) ; • si l'Assuré est non salarié, des certificats d'arrêt de travail ou de la notification d'attribution du versement de l'allocation adulte handicapée (AAH) de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H) ; • la copie des arrêts de travail (initial(aux) et prolongations) ; • la copie de la prescription médicale exigeant un repos complet et continu à son domicile, en centre hospitalier ou en centre de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles ; Ou • toute autre pièce que la situation de l'intéressé rend nécessaire pour justifier de son degré d'invalidité et de la nécessité pour lui de l'assistance continue et viagère d'une tierce personne.
EN CAS DE GARANTIE AIDE À LA FAMILLE	• Attestation de l'Allocation Journalière de Présence Parentale.
EN CAS DE PERTE D'EMPLOI	L'Assuré doit transmettre dans un délai de trois (3) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie Perte d'Emploi, accompagnée des pièces suivantes : • copie de la lettre de licenciement ou attestation employeur ; • relevé de situation de France Travail.

16.1. DÉLAI DE DÉCLARATION

L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de 90 jours au-delà de la Franchise pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur. Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale, ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'arrêt de travail, dans un délai de 30 jours. Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

16.2. PARTICULARITÉS DES SINISTRES SURVENUS À L'ÉTRANGER

Tout Sinistre survenu à l'étranger doit être authentifié par la représentation française près duquel le Sinistre a eu lieu.

• En cas de décès

Les documents apportant la preuve du décès de l'Assuré doivent être libellés en français et certifiés par le consulat français du pays dans lequel le décès est survenu.

Pour ouvrir droit au paiement des prestations, toute Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti doit être constatée médicalement en France métropolitaine, ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer français suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane. Le délai de Franchise court au plus tôt à compter de la date de constatation. Le paiement des prestations est subordonné au respect des dispositions du paragraphe.

Les frais éventuels de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

16.3. EXACTITUDE DES DÉCLARATIONS

Si le Souscripteur, l'Assuré, ou les ayants droit de celui-ci font intentionnellement de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances, les conséquences du sinistre, ou si ces derniers produisent des documents falsifiés, la garantie ne sera pas acquise, et ce pour la totalité du sinistre. Tout droit à garantie est également perdu pour la totalité du sinistre si celui-ci est volontairement provoqué.

ARTICLE 17 - COTISATIONS

17.1. DÉTERMINATION DU MONTANT DES COTISATIONS

Le Souscripteur a le choix entre des cotisations variables ou constantes.

- Cotisations variables : le montant des primes varie chaque année en fonction de l'âge de l'Assuré et du capital restant dû ;
- Cotisations constantes : le montant des primes reste fixe pendant toute la durée du contrat. Le choix de la prime constante est réservé aux prêts amortissables, à mensualités constantes, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts à paliers.

Ce choix s'effectue au moment dans le Bulletin de souscription et ne peut être modifié en cours de vie du contrat.

La cotisation est calculée notamment sur la base du montant initial du prêt garanti, de la durée de l'emprunt ou de l'acte de cautionnement, de l'âge de l'Assuré, de sa situation de santé, des risques déclarés, de la quotité assurée et de la formule d'assurance choisie.

À la Souscription, un échéancier des cotisations est adressé au Souscripteur.

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies par le Souscripteur et l'Assuré, les cotisations indiquées dans le Certificat d'assurance ou le dernier avenant en vigueur sont irrévocables jusqu'au terme de la Souscription (sauf en cas de changement du taux des taxes, d'instauration de nouvelles impositions ou de nouvelles décisions législatives ou réglementaires applicables aux contrats d'assurance emprunteurs qui s'imposeraient aux Souscriptions en cours).

17.2. PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de la Souscription.

Le Souscripteur est informé qu'il peut demander à régler les cotisations par chèque établi à l'ordre du gestionnaire de l'Assureur. La demande doit être adressée par écrit au gestionnaire.

En cours de vie du contrat, le montant des cotisations est majoré de frais de gestion lorsque le Gestionnaire doit traiter des opérations de rejet de prélèvement bancaire (10 €) ou de mise en demeure pour non-paiement (25 €), uniquement en cas de provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition au prélèvement.

17.3. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations du contrat, aux échéances fixées.

Conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, le gestionnaire adresse au Souscripteur une lettre recommandée avec accusé de réception de mise en demeure de payer. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, la Souscription au contrat se trouvera de plein droit résiliée.

ARTICLE 18 - BASES LÉGALES

18.1. FACULTÉ DE RENONCIATION

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, le Souscripteur a la faculté de renoncer à la Souscription sous réserve de l'accord de l'Organisme Prêteur dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la date de conclusion de la Souscription.

[Nom Assureur] porte ce délai de renonciation de 14 jours calendaires à 30 jours calendaires à compter de la date de conclusion de la Souscription.

Dans les autres cas, le Souscripteur a la possibilité de renoncer à la Souscription dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de conclusion de la souscription.

La part des cotisations versées, correspondant à la période non couverte, sera restituée au Souscripteur dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, la Souscription au contrat et les garanties prennent fin. La lettre de renonciation pourrait être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) déclare par la présente renoncer à ma souscription au contrat n° 33157 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte ».

Le Signature «

Le Souscripteur doit signifier la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'adresse suivante : Digital Insure – CACI SOLUTION EMPRUNTEUR- 14 rue de Richelieu - 75001 Paris.

Le gestionnaire adressera alors un courrier à l'Organisme prêteur, afin de l'informer que le Proposant a exercé sa faculté de renonciation à sa souscription.

18.2. INCONTESTABILITÉ

Les déclarations des Assurés servent de base à la Souscription au contrat qui est incontestable dès qu'elle a pris effet sauf en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L. 113-8 du Code des assurances), de fausse déclaration non intentionnelle (article L. 113-9 du Code des assurances) ou d'erreurs sur l'âge (article L. 132-26 du Code des assurances).

Article L. 113-8 du Code des assurances :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les

L'Organisme Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure du Souscripteur pour non-paiement des cotisations.

L'Organisme Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure du Souscripteur pour non-paiement des cotisations.

17.4. EXONÉRATION DES COTISATIONS

L'Exonération des cotisations est incluse au tarif. Lorsque l'Assureur verse des prestations au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Spécifique, Invalidité Permanente Totale, Partielle, le Souscripteur bénéficie du remboursement des cotisations au prorata du nombre de jours indemnisés.

primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts ».

Article L. 113-9 du Code des assurances :

« L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

Article L. 132-26 du Code des assurances :

« L'erreur sur l'âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'Assureur. Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt ».

18.3. PRESCRIPTION

La prescription désigne la durée au-delà de laquelle les actions dérivant de la présente Souscription au contrat ne sont plus recevables. Elle est régie par les articles suivants du Code des assurances.

Article L. 114-1 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 fausse 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. »

Article L. 114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (*) et 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 prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

(*) Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code des assurances.

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action 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 (article 2241 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)),
- 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.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

Article L. 192-1 du Code des assurances

Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er, est porté à cinq ans en matière d'assurance sur la vie pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

18.4. PROTECTION DES DONNÉES

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Assuré et le Souscripteur sont informés par CACI VIE et NON VIE, responsables respectifs du traitement des données à caractère personnel collectées, que : CACI VIE ET NON VIE ont désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par courrier à : CACI - Délégué à la Protection des Données - 75724 Paris cedex 15 ou par courrier électronique à donneespersonnelles-caci@ca-assurances.fr.

1. Finalités et bases légales des traitements

Les données à caractère personnel de l'Assuré peuvent être collectées et traitées, dans le cadre de la présente souscription au Contrat et au cours de son exécution, sous le contrôle de CACI VIE et de CACI NON-VIE, responsables de traitement, pour les finalités et sur les bases légales suivantes :

Sur la base légale de l'exécution contractuelle, pour les finalités de :

- souscription, gestion et exécution du contrat ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil, à compter de la Souscription, compte tenu des besoins exprimés par l'Assuré.

Sur la base légale des obligations légales, réglementaires et administratives de CACI VIE et CACI NON-VIE en vigueur, pour les finalités de :

- Lutte contre le blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme et de la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des Assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) ; les obligations de connaissance client, la réalisation des déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques dont notamment la réalisation des déclarations fiscales obligatoires (le cas échéant : IFU - Imprimé Fiscal Unique, FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act, EAI - Echange Automatique d'Information), le respect des sanctions économiques et financières nationales ou internationales (OFAC - Office of Foreign Assets Control).

CACI s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du Souscripteur et de l'Assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

Le traitement de vos données est obligatoire pour l'accomplissement des finalités visées ci-dessus.

Sur la base légale des intérêts légitimes de CACI VIE et CACI NON-VIE :

- l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles la conduite d'activités de recherche et développement, la gestion du client intra groupe, la mise en place d'actions de prévention, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciale.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance et à l'appréciation du risque, les données à caractère personnel de l'Assuré suivantes : des données d'identification, économiques, patrimoniales et financières, professionnelles, de vie personnelle, de santé.

Sur la base légale du consentement de la personne concernée : avec le consentement de l'Assuré, CACI VIE et CACI NON-VIE traitent :

- des données personnelles à des fins de prospection commerciale par voie électronique ;
- des données de santé à des fins de passation, exécution et gestion de la Souscription au Contrat.

Les données de santé ne seront communiquées qu'aux services ou prestataires chargés de l'instruction de la demande de Souscription et de l'exécution et la gestion de la Souscription au Contrat dans le respect de la bulle de confidentialité et du secret médical et seront conservées dans ce même respect.

2. Durées de conservation de vos données

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données à caractère personnel, les données à caractère personnel seront conservées proportionnellement aux finalités au titre desquelles elles ont été collectées et pour les durées suivantes :

- **au titre de la passation, l'exécution et la gestion de la Souscription au Contrat :** ces données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle, augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation de vos droits et des durées relatives aux prescriptions applicables.

Ainsi une fois la Souscription au Contrat terminée et la dernière prestation réglée, les délais de conservation sont de 10 ans à compter du terme de la Souscription au Contrat ;

- **au titre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme :** ces données sont conservées 5 ans à compter de la réalisation de l'opération ;

- **au titre des obligations de connaissance client, de la réalisation des déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques, du respect des sanctions économiques et financières nationales ou internationales :** ces données sont conservées 5 ans à compter de la Souscription au Contrat ;

- **au titre de l'élaboration de statistiques et études actuarielles, la conduite d'activités de recherche et développement, la gestion du client intra groupe, la mise en place d'actions de prévention,**

la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciale : ces données sont conservées pendant 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale.

Au-delà de ces 3 ans, les données seront supprimées ;

- **au titre de la lutte contre la fraude** : ces données sont conservées 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou correspond à la durée de prescription légale applicable en cas de poursuite ;
- **au titre de la prospection commerciale et en l'absence de conclusion de la Souscription au Contrat** : ces données sont conservées 5 ans à compter du dernier contact resté infructueux en cas de collecte de données de santé. Pour les autres cas, la durée de conservation est de 3 ans à compter du dernier contact resté infructueux.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'Assuré et du Souscripteur sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées.

L'intermédiaire en assurance auprès duquel la Souscription au Contrat a été réalisée pour satisfaire à son devoir de conseil et pour assurer la délégation de gestion consentie par CACI VIE et CACI NON-VIE, les services de CACI Vie et Non Vie dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires.

Dans le cadre de leurs missions ou en vertu du droit qui leur est conféré, les données à caractère personnel de l'Assuré sont également communiquées aux :

- Co-Assureur et réassureurs de CACI VIE et CACI NON-VIE ;
- autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales, réglementaires et administratives de CACI VIE et CACI NON-VIE ;
- sociétés du Groupe Crédit Agricole chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels pour le bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe Crédit Agricole (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) ;
- sous-traitants de CACI VIE et CACI NON-VIE, dont la liste pourra vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-dessous.

Par ailleurs, les données à caractère personnel de l'Assuré pourront être partagées avec :

- des instituts d'enquêtes ou de sondages, à des fins statistiques. Ces instituts agissent pour le compte exclusif de CACI VIE et CACI NON-VIE et des sociétés d'assurance du Groupe Crédit Agricole. Nous soulignons que l'Assuré n'est pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que vous pouvez par ailleurs exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact ;
- les autres entités assurances du Groupe Crédit Agricole dans le seul et unique but d'une meilleure connaissance client, et afin de proposer à l'Assuré des produits d'assurance adaptés à ses besoins.

Les données de santé de l'Assuré sont destinées au Service médical de CACI Vie et Non Vie et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

CACI Vie et Non Vie s'engagent à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés. Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'Assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

CACI VIE et NON VIE, et leurs partenaires, s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'Assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

3. L'Assuré dispose sur ses données personnelles des droits :

- d'accès ;
- de rectification ;
- à l'effacement/ à l'oubli : notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou lorsque votre consentement a été exclusivement requis pour le traitement et que vous le retirez (cas de la prospection commerciale par voie électronique par exemple), ou encore si vous vous opposez au traitement. Toutefois, vous ne disposez pas du droit à l'effacement lorsque les données concernées sont obligatoires, indispensables à l'exécution du Contrat ;
- de limitation : notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque l'Assuré conteste le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée ;
- d'opposition au traitement de ses données, notamment à des fins de prospection commerciale, dès lors qu'il ne s'agit pas d'un traitement obligatoire, indispensable à l'exécution du Contrat ; et du droit de demander à ne pas faire l'objet d'un traitement totalement automatisé ;
- de retrait, à tout moment, du consentement au traitement des données personnelles à des fins de prospection commerciale par voie électronique ; ou du traitement des données relatives à sa santé avec effet pour le futur ;
- d'un droit à la portabilité qui lui permet de demander le transfert de ses données à caractère personnel dans le cadre de l'exécution de Souscription au Contrat. L'Assuré peut demander un transfert soit directement vers lui, soit vers un responsable de traitement qu'il nous aura indiqué. Ce transfert sera effectué dans un format structuré.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par courrier :

Délégué à la Protection des Données
75724 Paris cedex 15 ou par courrier électronique à
donneespersonnelles-caci@ca-assurances.fr.

En cas de désaccord, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet : www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3 Place de Fontenoy
TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

En cas de prospection commerciale par téléphone : L'Assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel.

Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

18.5. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Pour toute précision ou pour toute réclamation concernant la Souscription, le Souscripteur peut adresser une réclamation écrite à :

Digital Insure - 14 rue de Richelieu - 75001 PARIS
Ou
Sur son espace personnel

auprès duquel il peut solliciter à tout moment un nouvel examen de sa réclamation. Toute réclamation écrite est traitée dans les meilleurs délais, sans excéder dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception et deux (2) mois pour y répondre. À l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, ou si la réponse à cette dernière ne donne pas satisfaction, le Souscripteur peut alors recourir gratuitement à une procédure de médiation, en s'adressant au Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09 ou sur le site internet : <https://www.mediation-assurance.org> Toutefois, cette procédure n'est possible que si aucune action judiciaire n'a été engagée. Ces modalités de réclamation s'entendent sans préjudice des voies d'actions légales.

18.6. LÉGISLATION

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le présent contrat est de plein droit applicable au jour de son entrée en vigueur.

18.7. DROIT APPLICABLE- GESTION DES DIFFÉRENDS AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. L'Assuré a reconnu avoir pris bonne note que tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des tribunaux de Paris ; L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est la Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dublin 1 Irlande.

18.8. DÉMARCHAGE

Article L.112-9 du Code des assurances alinéa 1er « I. Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. ». Le délai susvisé est inclus dans le délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article 21 de la présente Notice.

18.9. CONVENTION SUR LA PREUVE

Par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas de Souscription à distance par téléphone ou par internet (sous réserve que ces modalités soient proposées à l'Assuré), les données sous forme

électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur, ou par le Gestionnaire pour le compte de l'Assureur, vaudront signature par l'Assuré, lui seront opposables, et pourront être admis comme preuves de son identité et de son consentement relatif tant à la souscription de l'assurance qu'aux conditions générales telles que prévues dans la présente, dûment acceptées par lui.

18.10. SANCTIONS INTERNATIONALES

CACI, en tant que filiale du Groupe Crédit Agricole, respecte toutes les règles relatives aux Sanctions Internationales, qui sont définies comme les lois, réglementations, règles ou mesures restrictives à caractère obligatoire édictant des sanctions économiques, financières ou commerciales (notamment toutes sanctions ou toutes mesures relatives à un embargo, un gel des fonds et des ressources économiques, à des restrictions pesant sur les transactions avec des individus ou entités ou portant sur des biens ou des territoires déterminés), émises, administrées ou mises en application par le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies, l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique (incluant notamment les mesures édictées par le Bureau de Contrôle des Actifs Étrangers rattaché au Département du Trésor ou OFAC et du Département d'État), ou toute autre autorité compétente ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions. En conséquence, aucune prestation ne pourra être payée en exécution du Contrat d'assurance si ce paiement contrevient aux dispositions sus-indiquées.



CACI VIE & CACI NON-VIE

RCS Paris 509 703 468 et 509 690 715, établissement principal 16-18, Boulevard de Vaugirard 75015 PARIS, succursales françaises d'assurances des compagnies CACI Life dac et CACI Non-Life dac, sociétés d'assurance de droit irlandais soumises au contrôle de la Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dublin 1 Irlande, ayant leur siège Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublin 2 Irlande, immatriculées auprès de l'Irish Companies Registration Office sous les n° 306030 et 306027.