

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT GRANDS PROJETS NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT PERTE D'EMPLOI TO / 01 – 2017

Ces contrats relèvent des branches 1, 2, 16 et 20 du Code des assurances.
Ces contrats sont régis par les lois et règlements français, notamment le Code des assurances.

Le Prêteur a souscrit pour son compte et celui de ses emprunteurs, des contrats d'assurance de groupe auprès des compagnies d'assurances ci-après dénommées individuellement "l'Assureur". Les risques Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale sont assurés par PREDICA. Le risque Perte d'emploi est assuré par PACIFICA.

I. CLAUSES COMMUNES AUX DEUX CONTRATS

1 OBJET DES CONTRATS ET DEFINITIONS

Les contrats ont pour objet de Vous couvrir en cas de survenance des risques de **Décès**, de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**, d'**Incapacité Temporaire Totale (ITT)**, d'**Invalidité Permanente Totale (IPT)** et, selon le choix de l'Assuré, de **Perte d'emploi** par le versement au Prêteur des prestations prévues aux contrats. Toutefois, Vous bénéficiez uniquement des garanties figurant sur votre demande d'adhésion et acceptées par l'Assureur.

Pour l'exécution des présents contrats, les définitions suivantes sont retenues :

Accident : l'Accident s'entend de toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Assuré/Vous : est ainsi dénommé tout Candidat à l'assurance dont au moins une garantie des présents contrats d'assurance a pris effet.

Candidat à l'assurance : est ainsi dénommée toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion aux présents contrats d'assurance, pour laquelle l'acceptation des Assureurs est en attente. Lorsque l'adhésion d'assurance a pris effet, cette personne est alors dénommée l'Assuré ; il s'agit de l'Emprunteur, du co-emprunteur et de leur(s) caution(s).

Convention AERAS : dispositif à destination des candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé. Un pavé d'information sur cette convention figure ci-dessous dans le présent article.

Emprunteur : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès du Prêteur.

Prêteur : est ainsi dénommée la Caisse Régionale du Crédit Agricole Mutuel ou sa filiale qui a consenti le prêt.

Délai de franchise pour la garantie ITT : période d'interruption continue d'activité de 90 jours, au titre de laquelle aucune prestation n'est due.

Délai de franchise pour la garantie Perte d'emploi : période d'indemnisation continue par Pôle emploi d'une durée de 90 jours, au titre de laquelle aucune prestation n'est due.

Mentions légales des assureurs :

- **PREDICA**, S.A. au capital entièrement libéré de 997.087.050 €, entreprise régie par le Code des assurances, siège social : 50-56, rue de la Procession – 75015 Paris, 334 028 123 RCS Paris ;
- **PACIFICA**, S.A. au capital entièrement libéré de 281.415.225 €, entreprise régie par le Code des assurances, siège social : 8-10 Boulevard de Vaugirard - 75724 Paris Cedex 15, 352 358 865 RCS Paris.

CONVENTION AERAS

Pour rappel, le Prêteur Vous fournit le feuillet valant dépliant d'information relatif à la Convention AERAS.

L'Assureur s'engage, lorsqu'elle est applicable, à respecter la Convention AERAS, et notamment :

- **s'il refuse votre demande d'adhésion au « 1^{er} niveau »**, à la transmettre au « 2^{ème} niveau », conformément à la Convention AERAS, Titre V, 1 ;
- **s'il refuse votre demande d'adhésion au « 2^{ème} niveau »**, à la transmettre au « 3^{ème} niveau », conformément à la Convention AERAS, Titre V, 1 ;
- **si Vous demandez à adhérer à une « garantie invalidité »** :
 - à étudier cette demande, et notamment ;
 - à étudier les possibilités d'adhésion aux garanties ITT, IPT et Invalidité AERAS ;
- **et si Vous êtes éligible à « l'écrêtement »**, à écrêter les cotisations en cas de surprime, conformément à la Convention AERAS, Titre V, 6.

Les présents contrats font application, notamment lors de la gestion des sinistres et l'application éventuelle des clauses d'exclusion, **du mécanisme de droit à l'oubli en vigueur** à la date de conclusion de votre adhésion, tel que prévu par la loi et la Convention AERAS, et expliqué dans la fiche d'information qui Vous est remise avec vos documents d'adhésion.

Enfin, les dispositions de la présente Notice s'entendent sans préjudice de celles de la Convention AERAS.

2 PRETS ET PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables dans les présents contrats les titulaires des prêts immobiliers, les prêts à la consommation d'un montant > 50 000 € et les ouvertures de crédit.

Vous pouvez adhérer aux présents contrats si Vous êtes :

- Emprunteur personne physique ;
- co-emprunteur ou caution personne physique ;
- dirigeant, de droit ou de fait, associé et/ou toute personne désignée par la personne morale, indispensable à la bonne marche de celle-ci.

Et si Vous êtes âgé, lors de la signature de votre demande d'adhésion, **d'au moins 12 ans** et de :

- **moins de 70 ans pour les garanties Décès et PTIA** ;
- **moins de 60 ans pour les garanties ITT et IPT** ;
- **moins de 50 ans pour la garantie Perte d'emploi.**

Les Emprunteurs effectuant un investissement immobilier à caractère locatif peuvent renoncer à la garantie ITT/IPT. Ce choix est exercé lors de l'adhésion et est définitif pour toute la durée du prêt.

3 QUOTITE D'ASSURANCE

L'assurance repose sur la tête de chaque Assuré selon la quotité indiquée par chacun sur sa demande d'adhésion, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100 % du montant du prêt. La quotité ITT/IPT ne peut être inférieure à la moitié de la quotité décès.

En cas de sinistre, les prestations Décès, PTIA, ITT et IPT seront déterminées au prorata de la quotité assurée.
La prestation versée pour la garantie Perte d'emploi est déterminée selon la quotité d'assurance mentionnée sur votre demande d'adhésion, dans la limite et les conditions indiquées aux articles 25 « Garantie Perte d'Emploi » et 27.2. « Durée de versement des prestations ».

4 TERRITORIALITE

Les garanties s'exercent dans tous les pays du monde sous réserve de la production des justificatifs visés aux articles 21.1, 21.2, 21.3, 21.4, 21.5 et 27.1. Si l'Assureur demande une visite médicale, elle doit obligatoirement s'effectuer sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'Assureur sur le sol français, restent à la charge de l'Assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'Assureur sont pris en charge par ce dernier.

5 PRIMES D'ASSURANCE

5.1 Montant de la prime

La couverture des risques garantis est accordée moyennant le paiement par l'Assuré au Prêteur, d'une prime d'assurance. La prime annuelle est déterminée par l'application d'un taux appliqué au montant du capital initial (assiette) au titre du (des) prêt(s) indiqué(s) dans la demande d'adhésion (ou sur le plafond autorisé pour les ouvertures de crédit).

Les conditions tarifaires sont indiquées dans le contrat ou l'offre de prêt, ou dans le courrier adressé par le Prêteur si l'assurance est souscrite en cours de prêt.

Dans le cas d'un remboursement anticipé partiel, le montant de l'assiette de prime est diminué du montant du capital remboursé pour le calcul des primes suivantes.

La cessation contractuelle des garanties PTIA, ITT et IPT ne diminue pas le montant de la prime due, celle-ci étant nivelée sur toute la durée de l'assurance.

5.2 Modalité de paiement de la prime

Les primes sont payables d'avance mensuellement au Prêteur distinctement de l'échéance de prêt notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion.

Une prise en charge au titre de l'Incapacité Temporaire Totale, de l'Invalidité Permanente Totale ou de la Perte d'emploi ne suspend pas l'obligation de paiement de vos primes d'assurance.

En cas de non-paiement des primes, le Prêteur peut exclure définitivement l'Assuré conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances. L'exclusion interviendra au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi par le Prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt 10 jours après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

6 BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le Prêteur est bénéficiaire acceptant des prestations garanties à concurrence des sommes qui lui sont dues, fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du (des) prêt(s). Le surplus éventuel est versé à vos héritiers en cas de décès, et à Vous-même en cas de PTIA. Lorsque l'Emprunteur est une personne morale, le surplus est reversé à la personne morale.

7 INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES RELATIVES A LA VENTE A DISTANCE

Les contrats sont assurés par :

PREDICA, pour les garanties Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Permanente Totale (IPT), PACIFICA, pour la garantie Perte d'emploi.

Ces entreprises sont régies par le Code des assurances. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle des Assureurs.

Le montant minimum de la prime est indiqué dans le contrat ou l'offre de prêt, ou dans le courrier adressé par le Prêteur si l'Assurance est souscrite en cours de prêt.

La durée de l'adhésion est fixée à l'article 16 « Durée de l'adhésion et des garanties de votre contrat ». Les garanties proposées à l'adhésion sont définies aux articles 20 « Garanties de votre contrat » et 25 « Garantie Perte d'emploi ».

Les exclusions des garanties sont mentionnées aux articles 17 et 26 « Exclusions de garantie ».

L'offre contractuelle définie dans les présentes notices d'information est valable pendant toute la durée de validité de l'offre de prêt.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 15 « Date de conclusion de l'adhésion – Prise d'effet des garanties ».

L'adhésion aux contrats d'assurance s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 13 « Demande et formalités d'adhésion ». Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 5.2 « Modalité de paiement de la prime ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Emprunteur. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Emprunteur et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 8 « Faculté de renonciation ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ou à la date de signature du contrat de prêt ou la date d'acceptation de l'offre de prêt, l'Emprunteur doit acquitter un premier versement de prime au moins égal au versement initial minimum.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Emprunteur sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.

Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 9 « Réclamation et médiation ».

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 – article L423-1 du Code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

8 FACULTE DE RENONCIATION

Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

A remettre à l'emprunteur lors de sa demande d'adhésion

Notice d'information - Réf. TO / 01 - 2017

Page 2/12

8.1 Délai pour exercer la faculté de renoncer

L'Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion est conclue.

Vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation dès lors que Vous demandez la prise en charge d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

8.2 Modalités de la renonciation

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Prêteur. Elle peut être faite selon le modèle suivant : *"Je soussigné(e) M. Mme..... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion aux contrats d'assurance TO / 01 - 2017 que j'ai signés le à [lieu d'adhésion]. Le [date et signature]."*

8.3 Effets de la renonciation

L'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et l'Assureur procède, par l'intermédiaire du Prêteur, au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. En cas d'exercice par l'Assuré de sa faculté de renonciation, **l'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans l'hypothèse où la renonciation porte sur une adhésion accessoire à un prêt immobilier, le Prêteur peut se réserver le droit, dans les conditions prévues à l'offre de prêt et dans le respect de la réglementation applicable, de reconsidérer sa position sur le sort de l'opération de prêt demandée/octroyée et initialement couverte en application des présents contrats d'assurance.**

9 RECLAMATION ET MEDIATION

Pour toute réclamation relative au processus d'adhésion ou pour toute demande de précision ou réclamation quant à l'application des présents contrats, Vous pouvez Vous adresser à Crédit Agricole Assurances - Emprunteur - Adhésions CRCA - TSA 92018 - 59569 La Madeleine Cedex.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après qu'il aura épuisé les voies de recours amiable auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent saisir la Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux. Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Pour les adhésions conclues en ligne, la réclamation peut être effectuée au moyen de la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) accessible via l'adresse : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

10 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à PREDICA et PACIFICA, responsables du traitement, au Prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, aux réassureurs, aux prestataires, aux autorités publiques sur demande de celles-ci, et aux organismes professionnels concernés.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime relatif aux données Vous concernant que Vous pouvez exercer à tout moment auprès de Crédit Agricole Assurances - Emprunteur – Modifications en cours de vie du contrat CRCA - TSA 22020 - 59569 La Madeleine Cedex.

Par ailleurs, le Prêteur pourra Vous adresser des offres sur ses produits et services, sauf opposition de votre part. Dans ce cas, Vous lui adresserez un courrier en ce sens à l'adresse figurant en entête de la Fiche Standardisée d'Information (pour l'assurance des prêts immobiliers) ou sur la Fiche Conseil (pour les autres types de prêt) qui Vous a été remise.

Le souscripteur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

11 PRESCRIPTION

Conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code des Assurances, toutes actions dérivant des présents contrats 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 faussée 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 30 ans à compter du décès de l'Assuré. 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. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription (articles 2240 et suivants du Code civil) sont : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ; la demande en justice, même en référé ; une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ; l'interpellation visée à l'article 2245 du Code civil.

12 AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de PREDICA et PACIFICA.

II. DISPOSITIONS DU CONTRAT DECES, PTIA, ITT, IPT

13 DEMANDE ET FORMALITES D'ADHESION

L'admission à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent, au moment de la demande de prêt, ou en cours de vie du prêt à la demande d'un nouveau co-emprunteur ou d'une nouvelle caution ou en cas de changement de quotité à la hausse.

Elles comportent une demande d'adhésion à l'assurance et un questionnaire de santé que Vous devez intégralement renseigner et signer. Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'une visite médicale et d'un bilan biologique à la charge de l'Assureur. Vous pouvez en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à votre état de santé dont les frais sont à votre charge.

Le Prêteur met à votre disposition, si Vous le souhaitez, une enveloppe qui permet l'envoi du questionnaire de santé au Médecin Conseil de l'Assureur sous pli Confidentiel – Secret médical.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, Vous devrez remplir un nouveau questionnaire.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Convention sur la preuve

Par dérogation à l'article 1359 du code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à distance par téléphone ou par internet (sous réserve que ces modalités soient proposées par le Prêteur), les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par 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 l'adhésion à l'assurance qu'aux conditions générales telles que prévues dans la présente Notice, dûment acceptées par lui.

Conformément au Code des assurances, toute réticence, omission ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus de l'Assuré, selon qu'elle est commise intentionnellement ou non, l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est à dire la nullité de l'adhésion ou la réduction d'indemnités (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances).

Les cotisations échues à cette date restent acquises aux assureurs.

Quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque contrat d'assurance.

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations fournies lors de la déclaration de sinistre de votre part Vous expose à une déchéance de garanties et, le cas échéant, à la résiliation de votre adhésion.

Attention si, entre :

- la date de signature de la demande d'adhésion et du questionnaire de santé, et
- la date de prise d'effet de l'assurance,

l'Assuré a connaissance d'un changement de circonstances qui rend inexactes les réponses aux questions posées dans le questionnaire de santé, l'Assuré doit déclarer ces circonstances à l'Assureur, par lettre recommandée dans les 15 jours (article L.113-2, 3 du Code des assurances). A défaut, l'Assureur pourra opposer en cas de sinistre une déchéance de garantie à raison de cette absence de déclaration, si celle-ci rend inexactes ou caduques les réponses données à l'Assureur dans les documents d'adhésion.

14 DECISION DE L'ASSUREUR ET NOTIFICATION

Au terme de l'examen de votre dossier, l'Assureur peut :

- **ACCEPTER** votre demande d'adhésion. Cette acceptation peut être donnée :
 - sans réserve : elle vaut pour tous les risques à couvrir ;
 - avec réserves : elle exclura certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises. En cas de réserve partielle ou totale portant sur les garanties ITT et IPT, l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS révisée, d'une proposition de la garantie Invalidité AERAS telle que définie à l'article 20.2. « Invalidité AERAS (IA) pour les prêts immobiliers » ;
- **REFUSER** votre demande. Cette décision déclenche automatiquement dans le cadre de la Convention AERAS révisée, une étude du dossier dans un contrat de 2^{ème} niveau. Pour les prêts immobiliers, si à l'issue de cette étude, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier sera examiné (sous condition d'âge et de montant emprunté) par un 3^{ème} niveau national.

L'acceptation sans réserves ne fait l'objet d'aucune notification particulière.

Vous serez informé par écrit par le Prêteur de l'acceptation avec réserves. Cette lettre précisera le taux de prime ainsi que les risques couverts. Le libellé de la ou des réserves Vous sera communiqué par courrier séparé signé du médecin conseil de l'Assureur.

Vous recevrez également de l'Assureur un certificat récapitulatif d'assurance.

En cas de refus, vous serez informé par écrit de la décision.

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est fixée à un an à compter de l'envoi à l'Assuré de la lettre de notification, ou à défaut à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Si, avant la fin de ce délai, la prise d'effet de l'assurance n'est pas intervenue ou si l'offre de prêt devient caduque, la demande d'adhésion doit être renouvelée.

15 DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

15.1 Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue :

- soit à la date de signature de votre demande d'adhésion si Vous êtes accepté sans réserve ;
- soit à la date de notification d'acceptation de l'Assureur dans le cas contraire.

ATTENTION : Si une évolution de votre état de santé survient avant la date de conclusion de l'adhésion, Vous êtes tenu d'en informer l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur.

15.2 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- date de conclusion de l'adhésion ;
- ou date de signature du contrat de crédit ou date d'acceptation de l'offre de contrat de crédit pour les crédits relevant des articles L. 312- 1 et suivants et L. 313-1 et suivants du Code de la consommation.

Toutefois, une garantie « décès accidentel* » est accordée à compter du jour de la signature de la demande d'adhésion (hors demande de devis), jusqu'à la date de prise d'effet des garanties sous réserve toutefois qu'une demande de prêt ait été formalisée auprès du Prêteur. Elle est égale au montant emprunté pondéré par la quotité d'assurance demandée dans la limite de 200 000 euros. **Cette couverture « décès accidentel* » cesse en tout état de cause en cas de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard 3 mois après la date de signature de votre demande d'adhésion.**

(* Voir définition de l'Accident à l'article 1)

Si la date de prise d'effet des garanties retenue est antérieure à la date d'expiration du délai de renonciation tel que prévu à l'article 8 « Faculté de renonciation » de la présente Notice, les garanties ne pourront prendre effet qu'à l'expiration dudit délai de renonciation, sauf demande contraire de l'Assuré, exprimée notamment sous forme de demande de mise à disposition de tout ou partie des sommes objets du contrat de prêt, **et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.**

16 DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

Votre adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation mentionnés ci-dessous.

Pour les ouvertures de crédit, la durée de validité de l'adhésion est limitée à 10 ans à compter de la date d'adhésion.

16.1 Cas de cessation des garanties applicables à l'ensemble des adhésions

Votre adhésion et vos garanties cessent en cas :

- de non-paiement des primes et après mise en œuvre des formalités de l'article L.141-3 du Code des assurances ;
- de survenance de la 10^{ème} année d'assurance pour les ouvertures de crédit ;
- de mise en jeu de la garantie PTIA ;
- de survenance de l'échéance finale du financement ;
- de remboursement total anticipé du financement ;
- d'exigibilité du financement avant terme ;
- de transfert du financement à un autre emprunteur, sauf dans le cas où l'Emprunteur personne physique transfère son prêt à une personne morale dont il est l'unique associé ;
- de départ de l'Assuré, associé ou dirigeant de droit de la personne morale emprunteuse, dans la mesure où il résilie son engagement de caution ;
- de réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 8 « Faculté de renonciation » ;
- de mise en jeu de la garantie Décès .

En outre, chaque garantie cesse au plus tard au dernier jour du mois de survenance de l'âge limite de garantie fixé à :

- 70 ans pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- 65 ans pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité AERAS.

16.2 Cas de cessation des garanties applicables uniquement à l'assurance de prêts immobiliers

En sus des cas précédents, pour les assurances des prêts immobiliers, votre adhésion et vos garanties cessent en cas d'exercice par l'Assuré de sa faculté de résiliation :

- à compter de l'émission de l'offre de prêt et jusque dans les 12 mois suivant la signature de ladite offre au plus tard 15 jours avant le terme de cette période. La résiliation prend effet, soit dix (10) jours après la réception par l'Assureur de la décision du Prêteur, soit à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure.
- chaque année à la date anniversaire mentionnée dans sa demande d'adhésion signée exercée au moins deux mois avant cette date anniversaire. La résiliation prend effet, soit dix (10) jours après la réception par l'Assureur de la décision du Prêteur, soit à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure, et dans tous les cas, au plus tôt à la date anniversaire susmentionnée.

Dans ces cas, la demande de résiliation doit être exercée par lettre recommandée adressée à l'Assureur par l'intermédiaire de votre Prêteur, à l'adresse figurant en en-tête de la Fiche Standardisée d'Information (pour l'assurance des prêts immobiliers) qui Vous a été remise.

L'Assuré doit notifier à l'Assureur par lettre recommandée la décision d'acceptation du Prêteur du contrat d'assurance proposé en substitution.

17 EXCLUSIONS DE GARANTIE

Sont exclus pour l'ensemble des garanties du présent contrat :

- Le suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 € ;
- Les accidents, blessures, maladies et mutilations lorsque ces événements résultent d'un fait volontaire de l'Assuré ;
- Les conséquences des faits de guerre étrangère lorsque l'Etat Français est partie belligérante ;
- Les conséquences des faits de guerre civile, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de

terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active.
Les gendarmes, les militaires, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion ;

- **Les risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records ;**
- **Les risques encourus sur véhicules terrestres à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse ;**
- **Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'inhalations, quand ils proviennent de la transmutation de noyaux d'atome.** *Les gendarmes, les militaires, les policiers et les personnels civils de la défense, dans l'exercice de leurs missions, ne sont pas visés par cette exclusion.*

18 REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour chaque garantie, la prestation est calculée selon la quotité (exprimée en pourcentage) portée sur votre demande d'adhésion.

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même financement, les prestations de l'Assureur sont limitées aux montants dus au titre des prêts garantis et figurant sur le tableau d'amortissement, ou s'il s'agit d'une ouverture de crédit, à la somme correspondant au montant autorisé, utilisé ou non.

Le remboursement des mensualités de prêts doit se poursuivre jusqu'au versement par l'Assureur au Prêteur des prestations correspondant aux justificatifs transmis.

19 PRESTATIONS MAXIMALES GARANTIES

Les prestations versées par l'Assureur au titre d'un ou plusieurs financements distincts consentis par le Prêteur sont limitées, par Assuré :

- **à 1 500 000 euros** tous prêts assurés confondus pour les garanties décès et PTIA ;
- **à 8 000 euros** par mois tous prêts pris en charge confondus pour les garanties IA, ITT et IPT.

20 GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

ATTENTION : Parmi les garanties suivantes, Vous bénéficiez des seules garanties figurant sur votre demande d'adhésion en fonction de la nature de votre prêt et telles qu'acceptées par l'Assureur, conformément au courrier Vous notifiant le cas échéant sa décision.

La garantie Perte d'emploi est décrite à l'article 25 « Garantie Perte d'emploi ».

20.1 Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

a) Décès

Le décès est pris en charge s'il survient en cours d'assurance, avant la fin du mois du 70^{ème} anniversaire **et sous réserve des exclusions visées à l'article 17 « Exclusions de garantie ».**

b) Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Vous êtes en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'en cours d'assurance les trois conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- l'invalidité dont Vous êtes atteint Vous place dans l'impossibilité totale et définitive de Vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant Vous procurer gain ou profit ;
- elle Vous met définitivement et de façon permanente dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer) ;
- la date de la PTIA telle que reconnue par l'Assureur doit intervenir avant la fin du mois de votre **70^{ème} anniversaire.**

c) Prestations Décès ou PTIA

L'Assureur verse, dans la limite de la quotité garantie, le capital restant dû au titre du prêt tel qu'il ressort du tableau d'amortissement arrêté à la date de survenance du décès ou de reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA, y compris les intérêts normaux courus de l'échéance précédant le sinistre jusqu'à la date de celui-ci, mais **à l'exclusion des intérêts courus depuis cette date.** Pour les ouvertures de crédit, l'Assureur verse la somme correspondant au montant maximum autorisé.

Cas particuliers :

- si le décès survient avant le point de départ de l'amortissement, le capital de base retenu est le montant du prêt tel qu'il est défini au contrat de prêt ;
- en cas de prêt partiellement débloqué, le montant versé par l'Assureur inclut le capital restant dû au jour du décès correspondant aux fonds débloqués antérieurement et les sommes restant à débloquer telles que définies au contrat de prêt.

20.2 Invalidité AERAS (IA) pour les prêts immobiliers

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion.

Si les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec réserves, l'Assureur peut proposer à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS. Seuls les Assurés en activité professionnelle au jour du sinistre peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS. Le courrier mentionné à l'article 14 « Décision de l'Assureur et notification » précisera si cette garantie est ou non accordée.

a) Définition

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée.

L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- Son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un Accident* qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle ;
- Son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au jour où les lésions résultant d'un Accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus

- envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux ;
- Son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N°2001-99 du 31 janvier 2001) ;
 - La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 22.1 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS ;
 - L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de sa profession ;
 - La date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant la fin du mois du 60^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- (*Voir définition à l'article 1)

b) Prestation garantie

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article 17 « Exclusions de garantie » et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie ITT, à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité AERAS. Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

c) Cessation du versement des prestations IA

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 16 « Durée de l'adhésion et des garanties de votre contrat » ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 20.2 ;
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les justificatifs définis à l'article 21.3 ;
- lorsqu'après contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnelle est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel.

20.3 Incapacité Temporaire Totale (ITT) – Invalidité Permanente Totale (IPT)

20.3.1 Garantie ITT

a) Définition de l'Incapacité Temporaire Totale

Vous êtes en état d'ITT lorsque, en cours d'assurance, les trois conditions suivantes sont cumulativement réunies :

Si Vous exercez une activité professionnelle à la veille du sinistre :

- Vous Vous trouvez, à la suite d'un Accident* ou d'une maladie, dans l'incapacité totale, reconnue médicalement, d'exercer votre activité professionnelle (définie comme l'activité professionnelle que Vous exercez au jour du sinistre) même à temps partiel ;
 - Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de franchise* de 90 jours, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur ;
 - Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 21.4 « En cas d'Incapacité Temporaire Totale ».
- (* Voir définition à l'article 1)

Si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou si Vous êtes demandeur d'emploi à la veille du sinistre :

- Vous Vous trouvez, à la suite d'un Accident* ou d'une maladie dans l'incapacité totale, reconnue médicalement, d'exercer vos activités habituelles non professionnelles même à temps partiel ;
 - Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de franchise* de 90 jours, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur ;
 - Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 21.4 «En cas d'Incapacité Temporaire Totale».
- (* Voir définition à l'article 1)

La garantie ITT ne s'applique ni aux opérations d'ouvertures de crédit ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les crédits en comportant, ni aux crédits non amortissables (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux crédits d'une durée inférieure ou égale à 12 mois.

b) Non-application de la période de franchise* en cas d'ITT successives

La période de franchise n'est pas appliquée en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré, conformément à l'article 21.4, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 90 jours.

(* Voir définition à l'article 1)

c) Prestations ITT

L'Assureur règle au Prêteur, dans la limite des sommes dues et du plafond mensuel fixé à l'article 19 « Prestations maximales garanties » de la présente notice, les échéances arrêtées à la veille du sinistre, au prorata du nombre de jours d'incapacité :

- en capital et intérêts pour les prêts en cours d'amortissement ;
- en intérêts seulement pour les prêts en phase de différé d'amortissement du capital avec paiement régulier d'intérêts pendant cette période ;
- en intérêts seulement pour les prêts amortis en capital en une seule fois au terme mais avec paiement régulier d'intérêts, la partie en capital de la dernière échéance n'étant jamais prise en charge.

Aucune majoration d'échéance ne peut être prise en considération pendant une prise en charge au titre de la garantie ITT : pour les prêts à échéances modulables et les opérations de réaménagement du crédit, les échéances prises en charge seront celles en vigueur à la veille du sinistre.

Cas particuliers :

- Modification des échéances à la hausse pendant une prise en charge résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidée avant la date du sinistre : par dérogation à l'alinéa précédent, 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 qu'il était avant exercice de l'option ;
- 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.

Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs précisés à l'article 21.4 et au résultat de contrôles administratifs et/ou médicaux initiés par l'Assureur dont la conséquence peut être la poursuite ou l'arrêt de l'indemnisation.

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale, de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ou d'un organisme assimilé.

d) Cessation du versement des prestations ITT

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 16 « Durée de l'adhésion et des garanties de votre contrat » ;
- dès que Vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel ;
- dès que Vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 21.4 ;
- dès que Vous bénéficiez de prestations d'incapacité partielle (et notamment indemnités journalières pour temps partiel thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3, pension de première catégorie pour les salariés) ;
- dès le moment où, après visite médicale initiée par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer votre activité professionnelle même à temps partiel si Vous exercez une activité professionnelle à la veille du sinistre ;
- dès le moment où, après visite médicale initiée par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel, si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou si Vous étiez demandeur d'emploi à la veille du sinistre ;
- dès que Vous percevez une prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ;
- au 1095^{ème} jour suivant la date du sinistre, date à laquelle l'assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale.

20.3.2 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

a) Définition

Vous êtes en état d'Invalidité Permanente Totale lorsque, en cours d'assurance, les deux conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- A l'issue d'un état d'Incapacité Temporaire Totale défini à l'article 20.3.1, Vous Vous trouvez dans l'impossibilité reconnue médicalement, d'exercer, même à temps partiel, une quelconque activité professionnelle ou une activité habituelle non professionnelle ;
- Cette invalidité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 21.5 « En cas d'Invalidité Permanente Totale ».

La garantie Invalidité Permanente Totale ne s'applique ni aux opérations d'ouvertures de crédit ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les crédits en comportant, ni aux crédits non amortissables (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux crédits d'une durée inférieure ou égale à 12 mois.

ATTENTION : la garantie IPT ne peut se cumuler avec la garantie ITT. La perception de la garantie IPT fait cesser votre prise en charge au titre de la garantie ITT.

b) Prestations IPT

La prestation garantie au titre du risque IPT, ses modalités de calcul et de versement sont identiques à celles de la garantie ITT définies à l'article 20.3.1 c.

c) Cessation du versement des prestations IPT

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 16 « Durée de l'adhésion et des garanties de votre contrat » ;
- dès que Vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 21.5 ;
- dès le moment où, après contrôle administratif et/ou médical initié par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer une quelconque activité professionnelle ou une activité habituelle non professionnelle, même à temps partiel ;
- dès que Vous reprenez une quelconque activité, même à temps partiel.

21 PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

La demande de prise en charge doit se faire auprès du Prêteur qui Vous communiquera les coordonnées du service auquel devra être adressée la déclaration de sinistre. Dans tous les cas les prestations seront versées ou commenceront à être versées dans un délai maximum d'un mois à compter de la date de réception par l'Assureur du dossier complet (toute demande d'information ou d'envoi en visite médicale suspend ce délai). Les frais liés à l'obtention et à l'envoi des pièces justificatives sont à la charge de l'Assuré.

NOTA : Le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs ci-dessous. L'appréciation du risque garanti relève de l'Assureur qui se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

21.1 En cas de décès

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès ;
- un certificat médical indiquant en particulier si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non à un risque exclu au titre du présent contrat. En cas de décès accidentel, toute pièce officielle relatant les circonstances de survenance du sinistre (procès-verbal de gendarmerie, rapport de police ou coupure de presse, témoignages...).

La déclaration doit être faite dans les jours qui suivent la survenance du décès.

21.2 En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- Un Questionnaire Médical préétabli, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, Vous devrez fournir, en plus du Questionnaire incomplet, un certificat médical confirmant :
 - que Vous êtes dans l'incapacité totale et définitive de Vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant Vous procurer gain ou profit ;
 - la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'Accident* dont résulte l'invalidité ;
 - que votre état Vous oblige à recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

Joindre également une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être remis dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 2 ans. A défaut, les prestations seront calculées à la date de réception du dossier par l'Assureur.

(* Voir définition à l'article 1)

21.3 En cas d'Invalidité AERAS

Il revient à l'Assuré de fournir au Prêteur, dans les **180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité**, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment :

- Un Questionnaire Médical préétabli à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus du Questionnaire incomplet, un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'Accident* dont résulte l'invalidité.

(* Voir définition à l'article 1)

Joindre également :

- pour les salariés : une copie de la notification par votre organisme de protection sociale d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- pour les non-salariés : une copie du titre de pension d'invalidité à 100% ou une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive remis par votre régime obligatoire de protection sociale.

21.4 En cas d'Incapacité Temporaire Totale

- Un Questionnaire Médical préétabli à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, Vous devrez fournir, en plus de ce Questionnaire incomplet, un certificat médical indiquant :

- la nature de la maladie ou de l'Accident* ayant provoqué l'ITT ;
- la date de l'Accident ou de début de la maladie ;
- la durée probable de l'incapacité.

(* Voir définition à l'article 1)

Joindre également :

- pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de votre organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation. Le titre de pension invalidité 1^{ère} catégorie n'est pas éligible à l'Incapacité Temporaire Totale ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative ;
- pour les personnes sans profession, les demandeurs d'emploi et les retraités : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : les indemnités journalières pour les personnes relevant du Régime Social des Indépendants, à défaut un certificat médical précisant les périodes d'arrêt de travail, ou le Titre de pension (TP) pour incapacité au métier.

La déclaration doit être faite à l'issue de la période de franchise* et au plus tard dans le délai de 90 jours suivant cette date. A défaut une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L.113-2-4° du Code des assurances et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

(* Voir définition à l'article 1)

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour le Questionnaire Médical. **A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.**

21.5 En cas d'Invalidité Permanente Totale

- Un Questionnaire Médical préétabli à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin.

Joindre également :

- pour les salariés : une copie de la notification par votre organisme de protection sociale de votre mise en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66 % ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- pour les personnes sans profession, les demandeurs d'emploi et les retraités : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel.
- pour les Travailleurs Non-Salariés : une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive remis par votre régime obligatoire de protection sociale.

22 ETUDE DE LA DEMANDE DE PRESTATION

22.1 Examen des pièces médicales et/ou administratives

La production des justificatifs définis aux points 21.2, 21.3, 21.4 et 21.5 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations. En effet, au terme de l'examen de l'ensemble des pièces médicales et/ou administratives fournies, l'Assureur détermine si Vous êtes en état de PTIA, d'ITT, d'IPT ou d'IA au sens du contrat et peut :

- accepter la prise en charge ;
- refuser la prise en charge ;
- arrêter la prise en charge ;
- suspendre la prise en charge dans l'attente de la production de justificatifs supplémentaires et/ou des conclusions du rapport d'une visite médicale effectuée à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais. Vous pouvez Vous faire assister du médecin de votre choix, à vos frais.

Les conclusions de la visite médicale peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si Vous contestez cette décision, une procédure de conciliation peut être demandée selon les modalités prévues à l'article 22.2.

Si Vous refusez de Vous soumettre à la visite médicale ou si Vous ne pouvez être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale. Dans ce cas, cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions de la visite médicale.

22.2 Conciliation et tierce expertise

Tout refus de prise en charge par l'Assureur suite à un contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet, à votre demande, d'une procédure de conciliation.

Votre demande, formulée par écrit et adressée au Prêteur, doit indiquer que Vous sollicitez la mise en place de cette procédure et être

A remettre à l'emprunteur lors de sa demande d'adhésion

Notice d'information - Réf. TO / 01 - 2017

Page 9/12

accompagnée d'un certificat du médecin que Vous désignerez pour Vous représenter. Cette lettre, destinée à PREDICA, doit lui parvenir dans un délai de 90 jours suivant le contrôle médical pour permettre la mise en place de cette procédure. Le certificat doit détailler votre état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par PREDICA et indiquer son évolution depuis cette date. Votre demande doit en outre, mentionner que Vous acceptez les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

La procédure de conciliation sera initiée dans les 12 mois qui suivent la date de la visite médicale.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le médecin contrôleur de l'Assureur, rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. Si celui-ci n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert. Les conclusions de cet expert s'imposeront aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation.

Quelle que soit l'issue de cette conciliation, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

III. DISPOSITIONS DE LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

23 CONDITIONS DE VOTRE ADHESION

Pour adhérer au contrat Perte d'emploi, Vous devez remplir les conditions suivantes :

- avoir moins de 50 ans (date anniversaire) à la date de signature de votre demande d'adhésion ;
- 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 Pôle emploi ou autres organismes prévus aux articles L.5421, L.5427-1 et suivants du Code du travail. Le terme « Pôle emploi » utilisé dans le présent contrat regroupe ces différents organismes ;
- ne pas être, au moment de la signature de la demande d'adhésion, en préavis de licenciement ;
- avoir demandé simultanément votre admission au contrat Décès / PTIA / ITT / IPT, et avoir été accepté par l'Assureur au minimum pour la garantie Décès.

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

24 PRISE D'EFFET DE VOTRE GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Votre garantie Perte d'emploi ne prend effet que si Vous êtes accepté pour la garantie Décès dans le contrat d'assurance de base ou les contrats de deuxième ou troisième niveau AERAS. La date de prise d'effet est alors identique à celle de la garantie Décès.

Si l'adhésion a lieu en cours de prêt, la garantie prend alors effet au jour de la signature de la demande d'adhésion.

25 GARANTIE PERTE D'EMPLOI

25.1 Définition

Sous réserve du paiement de la prime, Vous êtes considéré en situation de Perte d'emploi lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- Vous êtes en situation de chômage total résultant exclusivement d'un licenciement ;
- ce licenciement 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 ;
- Vous percevez les allocations d'assurance chômage prévues aux articles L.5421-1 et suivants du Code du travail .

La garantie Perte d'emploi est soumise à une **période de carence, d'une durée de 365 jours**, qui débute à la date de prise d'effet de l'assurance. **Un licenciement notifié au salarié durant cette période ne donne jamais lieu à prise en charge même si la situation de chômage se prolonge au-delà de ces 365 jours.**

25.2 Prestations

Pour chaque prêt garanti, le montant de la prestation est calculé à partir du montant de l'échéance du prêt défini dans le tableau d'amortissement auquel s'applique :

- la quotité indiquée pour chaque Assuré dans sa demande d'adhésion au titre de la garantie Perte d'emploi ;
- le prorata du nombre de jours de Perte d'emploi rapporté au nombre de jours entre deux échéances (au-delà de la franchise).

Ce montant ne peut excéder en tout état de cause un montant de 3 500 euros par mois (pour une quotité de 100 %) ou 1 750 euros par mois (pour une quotité de 50 %).

La prestation est maintenue tant que l'Assuré justifie de sa situation de Perte d'emploi dans la limite d'une durée maximum de 365 jours d'indemnisation.

Sont prises en considération les échéances :

- en capital et intérêts pour les prêts en cours d'amortissement ;
- en intérêts seulement pour les prêts en période de différé d'amortissement du capital avec paiement régulier d'intérêts pendant cette période ;
- en intérêts seulement pour les prêts amortis en une seule fois au terme, mais avec paiement régulier d'intérêts, la partie en capital de la dernière échéance n'est pas prise en charge.

Aucune majoration d'échéance ne peut être prise en considération pendant une prise en charge au titre de la garantie Perte d'Emploi : pour les prêts à échéances modulables et les opérations de réaménagement du crédit, les échéances prises en charge seront celles en vigueur à la veille du sinistre.

Cas particuliers :

- Modification des échéances à la hausse pendant une prise en charge résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidée avant la date du sinistre : par dérogation à l'alinéa précédent, 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 qu'il était avant exercice de l'option ;
- 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.

Si plusieurs Assurés au titre d'un prêt ont droit en même temps à prise en charge, le total des prestations ne peut excéder le montant de l'échéance.

25.3 Franchise

Les prestations sont dues à l'expiration d'une période de franchise*. Cette période, d'une durée de 90 jours d'indemnisation continue par Pôle emploi, ne donne jamais lieu à prise en charge.

Précisions :

- Une indemnisation par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie ou maternité pendant la période de franchise* suspend le décompte des 90 jours jusqu'à reprise de l'indemnisation par Pôle emploi ;
- Une reprise d'activité professionnelle pendant la période de franchise* entraîne l'application d'une nouvelle période de 90 jours si l'Assuré justifie d'une nouvelle situation de chômage, indemnisée par Pôle emploi qui fait suite à l'un des événements suivants :
 - un licenciement ;
 - une fin de contrat à durée déterminée ;
 - une période d'essai non concluante ;
 - une fin de stage de formation professionnelle.

(* Voir définition à l'article 1)

25.4 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 la Sécurité Sociale 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 Pôle emploi.
- Une reprise d'activité professionnelle d'une durée supérieure à 180 jours met fin au versement des prestations. Toutefois, l'Assuré pourra bénéficier ultérieurement, après application d'une nouvelle période de franchise* de 90 jours, d'une ou plusieurs autres périodes d'indemnisation, s'il justifie d'une nouvelle situation de chômage total indemnisé par Pôle emploi faisant suite à l'un des événements suivants :
 - un licenciement ;
 - une fin de contrat à durée déterminée ;
 - une période d'essai non concluante ;
 - une fin de stage de formation professionnelle.

(* Voir définition à l'article 1)

26 EXCLUSIONS DE GARANTIE

Ne peuvent donner lieu à indemnisation :

- **le chômage résultant de votre démission, même indemnisé par Pôle emploi ;**
- **le chômage à l'issue ou en cours d'un contrat de travail à durée déterminée, sauf application des articles 25.3 « Franchise » ou 25.4 « Reprise temporaire d'activité en cours d'indemnisation » ;**
- **le chômage résultant du licenciement d'un Assuré salarié de son conjoint, d'un ascendant, d'un descendant, d'un collatéral, d'un co-emprunteur, ou cautions personnes physiques ou salarié d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, par un ascendant, par un descendant, par un collatéral ou par un co-emprunteur ou cautions personnes physiques ;**
- **la perte d'emploi, même indemnisée par Pôle emploi, résultant d'un accord entre employeur et salarié dit départ négocié ou rupture conventionnelle du contrat de travail (articles L.1237-11 et suivants du Code du travail) ;**
- **le chômage partiel ou saisonnier ;**
- **le chômage non indemnisé par Pôle emploi ;**
- **toute forme de cessation d'activité dont la réglementation n'implique pas la recherche d'un nouvel emploi.**
- **la rupture du contrat de travail, en cours ou à l'issue d'une période d'essai, sauf application des articles 25.3 « Franchise » ou 25.4 « Reprise temporaire d'activité en cours d'indemnisation ».**

27 LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

27.1 Pièces justificatives à fournir

- votre lettre de licenciement ;
- le certificat de travail précisant la nature du contrat de travail qui a pris fin (ou, à défaut, le contrat de travail) ;
- la notification d'attribution aux allocations d'assurance servies par Pôle emploi.

La déclaration doit être faite à l'issue de la période de franchise* (91^{ème} jour d'indemnisation par Pôle emploi) et au plus tard dans un délai de 90 jours suivant cette date. Quand l'Assureur a accepté la demande de prise en charge, Vous devez adresser au Prêteur, dans les meilleurs délais, les bordereaux ou relevés de situation de versement des allocations d'assurance servies par Pôle emploi. Ils conditionnent le versement des prestations.

(* Voir définition à l'article 1)

Dans les cas suivants, Vous devez fournir des documents complémentaires :

- au terme d'une période de prise en charge par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie ou maternité : les bordereaux de versement des prestations correspondants ;
- à l'issue d'une reprise temporaire d'activité, le ou les certificats de travail, et, si la reprise est supérieure à 180 jours :
 - la lettre de licenciement ou la notification de l'employeur mettant fin à la période d'essai non concluante ou le contrat de travail à durée déterminée ou le certificat de stage ;
 - l'avis de réadmission (ou de prolongation) aux allocations d'assurance versées par Pôle emploi.

27.2 Durée de versement des prestations

Au titre d'un même licenciement, **la prise en charge ne peut excéder 365 jours d'indemnisation** (continus ou non), même si Vous êtes encore au chômage au-delà.

Pour bénéficier d'une nouvelle période de prise en charge, Vous devrez réunir les conditions suivantes :

- être en situation de chômage total résultant d'un nouveau licenciement ;
- 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 les allocations d'assurance chômage prévues aux articles L.5421-1 et suivants du Code du travail.

En outre, les prestations sont versées :

- jusqu'à la date à laquelle Vous reprenez une activité rémunérée totale ou partielle ;
- jusqu'à la date de prise en charge par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie, maternité ;
- jusqu'aux dates de cessation de la garantie définies à l'article 28 « Durée de l'adhésion et des garanties de votre contrat Perte d'emploi ».

28 DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT PERTE D'EMPLOI

28.1 Durée de l'adhésion

Votre adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation mentionnés ci-dessous.

28.2 Cessation de l'adhésion et des garanties

Votre adhésion et vos garanties, ainsi que le versement des prestations le cas échéant cessent :

- en cas de non-paiement des primes et après mise en œuvre des formalités de l'article L.141-3 du Code des assurances ;
- en cas de Décès ;
- en cas de cessation de la garantie Décès du contrat d'assurance de base auquel Vous avez adhéré pour pouvoir bénéficier de la garantie Perte d'emploi ;
- au jour de la survenance de l'échéance finale du financement ;
- en cas de remboursement total anticipé du financement ;
- à la date de prononcé de la déchéance du terme en cas d'exigibilité du financement avant terme ;
- à la date de transfert du financement à un autre emprunteur, sauf dans le cas où l'Emprunteur personne physique transfère son prêt à une personne morale dont il est l'unique associé ;
- en cas de départ de l'Assuré, associé ou dirigeant de droit de la personne morale emprunteuse, dans la mesure où il résilie son engagement de caution ;
- au jour de réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 8 « Faculté de renonciation » ;
- à la date de mise à la retraite ou préretraite, quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre) ;
- au jour où Vous bénéficiez du statut de travailleur non salarié ou cessez d'exercer toute activité professionnelle. Vous êtes tenu d'informer le Prêteur de ce changement de situation. En cours de prêt, Vous pourrez réintégrer le groupe assuré, sous réserve de la reprise du paiement des primes, dans le cas où Vous reprendriez une activité professionnelle salariée exercée sous contrat à durée indéterminée, sur demande écrite dans les 3 mois suivant cette reprise ;
- en tout état de cause, au plus tard, au dernier jour du mois de survenance du 55^{ème} anniversaire de l'Assuré.