

NOTE D'INFORMATION

Contrat d'assurance sur la vie

PÉRÉNIM
ASSURANCE DE PRÊT

Afi • Esca



Groupe Burrus

PÉRÉNIM
ASSURANCE DE PRÊT
NOTE D'INFORMATION



PÉRÉNIM

ASSURANCE DE PRÊT

CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES

■ Une souscription à titre personnel ou professionnel.

■ La couverture d'un ou plusieurs Prêts.

■ Une souscription de 18 à 84 ans.

■ Une couverture décès possible jusqu'à 90 ans.

■ Une assurance 100 % équivalente aux exigences de garanties et critères bancaires.

■ Trois garanties complémentaires facultatives :

- Invalidité Permanente Totale.
- Incapacité Temporaire et Totale de travail/Incapacité Temporaire et Partielle de travail.
- Invalidité Permanente Partielle.

■ Des garanties irrévocables et un tarif garanti (sauf modifications souhaitées par l'Assuré).

■ Des primes calculées en fonction du capital initial ou du capital restant dû (fixes ou variables).

■ Des prestations forfaitaires et l'exonération du paiement des primes en cas de prise en charge au titre des garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P.

■ Une fréquence de paiement modulable sans frais.

———— PÉRÉNIM ————
Label d'Excellence 2019
décerné par la revue "Les Dossiers de l'Épargne"



GLOSSAIRE

Accident : Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Affection ou Pathologie : Toute altération de la santé, quelle qu'en soit l'origine, constatée par une autorité médicale compétente.

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur.

Assureur : AFI ESCA

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque couvert par l'Assureur.

Date de consolidation : Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme stabilisé, non susceptible d'amélioration.

DROM : Départements et Régions d'outre-mer : Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte et Réunion.

Expatrié : Personne de nationalité française résidant temporairement hors de France pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Franchise : Nombre minimum de jours d'arrêt de travail consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail. La durée de la franchise applicable est précisée à l'article 8.3.

France métropolitaine : Ensemble constitué par le territoire continental de la France, et par les îles françaises proches, de la Manche, de l'Océan Atlantique et de la Méditerranée (dont la Corse). Par extension, les principautés de Monaco et d'Andorre seront considérées, dans le présent contrat, comme faisant partie de la France métropolitaine.

Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) :

- L'Assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est totalement incapable, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), d'exercer sa profession et qu'il n'exerce aucune autre activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit.

- L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est temporairement contraint, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles, etc.).

L'Incapacité doit être temporaire, totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) :

Reprise partielle d'une activité professionnelle par l'Assuré, dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prescrit médicalement à l'Assuré, faisant suite à une Incapacité Temporaire et Totale de travail.

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) : L'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale, lorsqu'il présente, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e) et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 8.4.

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) : L'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle, lorsqu'il présente, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, conformément au tableau figurant à l'article 8.4.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, et n'ayant pas pour origine un Accident.

Non-résident : Personne de nationalité française ou étrangère ne résidant ni en France métropolitaine, ni dans les DROM, ni dans un Pays limitrophe.

Organisme Prêteur : Établissement bancaire ou financier qui a consenti un Prêt au Souscripteur ou à l'Assuré.

Ce terme peut également désigner, dans le présent document toute personne physique octroyant un Prêt faisant l'objet d'un acte notarié.

Pays limitrophe : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Suisse, Pays-Bas, Portugal.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il est reconnu, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un quelconque travail pouvant lui procurer gain ou profit, son état le mettant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie courante (se déplacer, se laver, se vêtir, se nourrir).

Prêt : Financement accordé par un Organisme prêteur à l'Assuré, ou au Souscripteur, s'il est différent de l'Assuré.

Dans le présent document, seront également désignés par le terme « Prêt » le crédit-bail et la location avec option d'achat.

Quotité garantie : Rapport, exprimé en pourcentage, entre le capital garanti à la souscription, précisé aux Conditions particulières, et le montant du Prêt consenti par l'Organisme prêteur, au vu des éléments communiqués à la souscription.

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque garanti.

Pour les garanties P.T.I.A., I.P.T. et I.P.P., la date de réalisation du risque correspond à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P.

Souscripteur : Personne physique ou morale, contractant du Prêt, qui accepte les termes du contrat et paie les primes. L'Assuré et le Souscripteur peuvent être la même personne.

ARTICLE 1 OBJET DE L'ASSURANCE

PÉRÉNIM est un contrat individuel d'assurance sur la vie, destiné à la couverture de Prêts.

1.1. - Les garanties

Le contrat PÉRÉNIM comporte une garantie obligatoire : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Trois garanties complémentaires sont également proposées :

- L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
- L'Incapacité Temporaire et Totale de Travail (I.T.T.) et l'Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.),
- L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).

Ces garanties sont définies au glossaire.

Les combinaisons suivantes sont donc proposées à la souscription :

- (a) Décès - P.T.I.A.
- (b) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T./I.T.P.
- (c) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T./I.T.P. - I.P.P.

1.2. - L'option PLUS

À la souscription, il est proposé à l'Assuré ayant souscrit les formules b) ou c), d'opter pour l'option « PLUS », qui permet, sous réserve d'acceptation médicale, de racheter l'exclusion des affections ostéo-articulaires et périarticulaires de la colonne vertébrale, et des affections psychiatriques, détaillées respectivement aux articles 13.2 et 13.3.

Cette option peut être choisie uniquement pour un cumul de capitaux assurés inférieur ou égal à 1 600 000 €.

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties et options mentionnées aux Conditions particulières.

1.3. - Documents contractuels

Le contrat est constitué :

- des Conditions générales et des Conditions particulières adressées par AFI ESCA au Souscripteur, précisant les engagements de chacune des parties et reprenant les éléments figurant sur la Proposition d'assurance,
- de la Note d'information.

ARTICLE

2

BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

2.1. - Bénéficiaire des prestations versées en cas de décès

Le Souscripteur désigne, dans la Proposition d'assurance, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès.

À défaut d'acceptation par le Bénéficiaire, le Souscripteur peut modifier à tout moment cette désignation.

Cette substitution ne peut cependant être opérée qu'avec l'accord de l'Assuré, lorsque celui-ci n'est pas le Souscripteur. Elle peut être réalisée soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire.

2.2. - Bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès

S'agissant des garanties autres que le décès, le Bénéficiaire des prestations versées est déterminé de la manière suivante :

- si l'Organisme prêteur est désigné, directement ou indirectement (cession en garantie, convention séquestre,...) bénéficiaire en cas de décès, le bénéficiaire des garanties autres que le décès est également l'Organisme prêteur ;
- si l'Organisme prêteur n'est pas désigné, directement ou indirectement, bénéficiaire en cas de décès, et si le contrat est souscrit par une personne physique, le bénéficiaire des garanties autres que le décès est l'Assuré ;
- si l'Organisme prêteur n'est pas désigné, directement ou indirectement, bénéficiaire en cas de décès et si le contrat est souscrit par une personne morale, le bénéficiaire des garanties autres que le décès est le Souscripteur.

Compte tenu de l'objet de l'assurance, l'Organisme prêteur, dès lors qu'il est désigné, directement ou indirectement, bénéficiaire du contrat, est réputé en avoir accepté le bénéfice.

Le capital versé à un Bénéficiaire autre qu'un Organisme prêteur sera affecté, sous la responsabilité du Bénéficiaire, au remboursement du capital restant dû sur le Prêt faisant l'objet de la couverture.

ARTICLE

3

ADMISSION À L'ASSURANCE

Sont assurables dans le cadre du présent contrat l'emprunteur et/ou ses co-emprunteurs personnes physiques, les cautions d'un emprunteur personne physique et les dirigeants, associés ou cautions des personnes morales emprunteuses.

3.1. - Âge de l'Assuré et activité professionnelle à la souscription

Pour être admise à la garantie obligatoire en cas de décès, la personne à assurer doit être âgée de moins de 85 ans.

Pour être admise à la garantie P.T.I.A., la personne à assurer doit être âgée de moins de 70 ans.

Pour être admise aux garanties I.P.T., I.T.T./I.T.P., I.P.P., la personne à assurer doit être âgée de moins de 65 ans.

En outre, pour les garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P., elle doit exercer une activité professionnelle rémunérée, ou collaborer effectivement et régulièrement à l'activité de son conjoint artisan, commerçant, ou profession libérale, et pouvoir dans ce cas justifier du statut de conjoint collaborateur par tout document officiel tel qu'un extrait de KBIS ou un procès-verbal d'Assemblée Générale.

Les personnes bénéficiant d'une suspension d'activité pour congé maternité, congé parental, congé formation, congé sabbatique ou pour création d'entreprise pourront également souscrire ces garanties, à condition que la reprise d'activité intervienne dans les 6 mois suivant la date où a pris fin le congé. Dans le cas contraire, ces garanties seront résiliées à effet de la date de fin du congé et les primes correspondantes, remboursées au Souscripteur, sur demande de celui-ci.

3.2. - Conditions de résidence de l'Assuré

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en France métropolitaine, dans les DROM, ou dans un Pays limitrophe.

La souscription de l'option « PLUS » n'est cependant possible que pour un Assuré résidant en France métropolitaine ou dans les DROM.

Les Expatriés et les Non-résidents peuvent être assurés pour les seules garanties Décès - P.T.I.A., dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions particulières.

3.3. - Conditions relatives au Prêt et à l'Organisme prêteur

Le Prêt doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- correspondre à une des opérations suivantes : prêt amortissable, prêt par paliers, prêt in fine, prêt relais, crédit-bail ou location avec option d'achat ;
- être consenti par un Organisme prêteur ayant son siège social (ou dont le groupe auquel il appartient a son siège social) dans l'Union européenne ou en Suisse. Néanmoins, s'il s'agit d'un prêteur personne physique, celui-ci doit impérativement être domicilié en France métropolitaine ou dans les DROM. Si l'Assuré est un Expatrié ou un Non-résident, l'Organisme prêteur doit impérativement avoir son siège social en France métropolitaine, dans les DROM, ou en Suisse ;

- être rédigé en français ;
- être libellé en euros, en francs suisses ou en francs pacifiques.

Les conditions de garantie des Prêts en francs suisses et en francs pacifiques seront détaillées aux Conditions particulières.

Pour les Non-résidents, dont les Expatriés, seuls sont assurables les Prêts destinés :

- à l'investissement immobilier sur le territoire français (territoire étendu à l'Union européenne et à la Suisse pour les Expatriés),
- à l'acquisition de parts dans une entreprise enregistrée au Registre National du Commerce et des Sociétés français,
- à la consommation (uniquement pour les Expatriés).

L'Assureur se réserve la possibilité d'accepter de garantir des Prêts ne remplissant pas les critères énumérés ci-dessus, après étude spécifique, et dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions particulières.

ARTICLE

4

MODALITÉS DE SOUSCRIPTION - DÉCLARATION ET ACCEPTATION DU RISQUE

Après avoir reçu et pris connaissance de la Note d'information, le Souscripteur remplit et signe la Proposition d'assurance, et joint à celle-ci :

- le tableau d'amortissement du Prêt ou un justificatif reprenant les caractéristiques précises du Prêt,
- le règlement de la première prime à l'ordre de Multi-Impact ou le mandat de prélèvement accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal d'un compte ouvert à son nom.

La personne à assurer, si elle est différente du Souscripteur, signe également la Proposition d'assurance.

La personne à assurer est tenue de répondre à des questions relatives à sa situation personnelle (activité professionnelle, sports pratiqués, déplacements à l'étranger, etc...), de se soumettre à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de la souscription, et de fournir tout document que l'Assureur jugerait nécessaire à l'étude du dossier.

Les examens médicaux doivent être réalisés en France, sauf pour les Non-résidents, dont les Expatriés, qui peuvent les effectuer dans leur pays de résidence ; les résultats d'examens doivent en revanche impérativement être rédigés en français ; les frais occasionnés sont remboursés, selon le barème prévu au tableau des formalités en vigueur, sauf si la demande de souscription est classée sans suite pour un motif autre que le refus ou l'acceptation sous conditions, de la part d'AFI ESCA.

Au vu de ces éléments, l'Assureur peut accepter ou refuser le risque proposé, ou l'accepter moyennant surprime et/ou exclusion de certaines garanties ou de certains risques.

Si l'Assureur accepte le risque, il établit et envoie au Souscripteur des Conditions particulières précisant les garanties et options accordées, le montant du capital assuré à la souscription et à chaque date anniversaire du contrat, la date d'effet et le terme du contrat, les caractéristiques du Prêt et la quotité garantie, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation, ainsi que les bénéficiaires désignés.

S'il refuse le risque, l'Assureur en informe l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception et rembourse les sommes versées à la souscription.

Si l'Assureur accepte le risque moyennant surprime(s) et/ou exclusion(s) médicale(s), l'Assuré doit donner son accord sur les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification de son état de santé, ou de tout événement survenu entre la date de signature du questionnaire de santé et la date de prise d'effet des garanties, susceptible de modifier les réponses apportées au questionnaire de santé. À défaut, il s'expose à l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée aux Conditions particulières ne sera pas pris en charge (sauf application éventuelle de la garantie « couverture accidentelle immédiate » décrite à l'article 7).

L'ensemble des déclarations effectuées par le Souscripteur et l'Assuré servent de base au contrat, permettent à l'Assureur d'évaluer le risque à couvrir, et de fixer en conséquence les conditions de garantie et la prime adaptée.

Le contrat est incontestable dès son entrée en vigueur, ce qui dispense l'Assuré de déclarer toute modification relative à son activité professionnelle et à ses habitudes de vie (tabac, activités sportives, déplacements à l'étranger), sauf dans le but de lever une éventuelle exclusion (voir article 13.2).

L'Assuré est en revanche tenu d'informer l'Assureur dans le cas où il fixerait son domicile hors de France métropolitaine, des DROM ou d'un Pays limitrophe. Dans ce cas, l'Assureur se réserve la possibilité de résilier les garanties complémentaires des assurés.

Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration du risque à la souscription, pourra entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances, ou celles prévues à l'article L 132-26 du même code, en cas d'erreur sur l'âge de l'Assuré.

NOTE D'INFORMATION

Il est précisé que les formalités de souscription peuvent être accomplies en ligne. Dans ce cas, le questionnaire de risque, les conditions d'acceptation et la proposition d'assurance sont signés par voie électronique, et les documents d'information précontractuelle ainsi que les Conditions Particulières sont mis à la disposition de la personne à assurer sur son espace personnel.

ARTICLE

5

RÉGULARISATION DES CONDITIONS PARTICULIÈRES

Les différentes parties doivent régulariser l'exemplaire des Conditions particulières destiné à l'Assureur. Cependant, **cette régularisation ne conditionne ni la validité du contrat, ni la prise d'effet des garanties.**

Le défaut de signature des Conditions particulières par le Souscripteur et/ou l'Assuré ne pourra être opposé à l'Assureur, en cas de litige sur les garanties accordées, leur montant ou leur limitation, si l'Assureur a satisfait aux exigences posées à l'article 4.

ARTICLE

6

DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT - PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE DU CONTRAT

Le contrat est considéré comme conclu :

- soit à la date de réception par le Souscripteur des Conditions particulières si le contrat est accepté par l'Assureur sans surprime ni exclusions médicales,
- soit à la date où l'Assuré donne son accord sur les conditions spécifiques qui lui sont proposées, sous réserve de la réception des pièces nécessaires à l'émission des Conditions particulières.

Les Conditions particulières sont présumées avoir été reçues 7 jours calendaires après leur envoi par l'Assureur.

La date de conclusion du contrat constitue le point de départ du délai de renonciation (voir article 21).

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif,

- de l'encaissement effectif de la première prime,

les garanties prennent effet à la date indiquée aux Conditions particulières, et au plus tôt à la date de prise d'un engagement du Souscripteur vis-à-vis de l'Organisme prêteur, matérialisée par l'acceptation de l'offre de Prêt par le Souscripteur.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la date d'effet des garanties, mais alors que les fonds n'ont pas encore, ou n'ont été que partiellement débloqués, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur bénéficiaire, un montant équivalent à la quotité garantie des fonds éventuellement débloqués.

Le surplus est réglé, sous réserve que l'Assuré et le Souscripteur soient la même personne, au conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses héritiers légaux.

Toutefois, aucune prestation n'est due par l'Assureur, en cas de sinistre survenant plus de 12 mois après la prise d'effet des garanties, si, à la date du sinistre, aucun déblocage de fonds n'est intervenu.

Le contrat est alors résilié, et l'Assureur procède au remboursement des primes versées depuis le premier anniversaire de la date de prise d'effet des garanties.

En cas d'abandon de l'opération de Prêt par le Souscripteur, les sommes perçues par l'Assureur depuis la souscription sont remboursées **sous déduction d'une indemnité de 50 euros et des frais de sélection médicale**, et le contrat est réputé n'avoir jamais pris effet.

Le contrat est conclu pour toute la durée indiquée aux Conditions particulières ou au dernier avenant et cesse dans les conditions prévues à l'article 12.

AFI ESCA prend en charge un décalage d'amortissement lié à un report de signature du Prêt ou à un déblocage tardif, sous réserve que la durée du Prêt n'excède pas celle du contrat d'assurance, et que la date de terme du Prêt ne soit pas postérieure de plus de 6 mois à celle du contrat d'assurance, mentionnée aux Conditions particulières.

Dans tous les autres cas, un avenant doit être établi pour ajuster la durée du contrat à celle du Prêt et les primes correspondantes.

ARTICLE

7

COUVERTURE ACCIDENTELLE IMMÉDIATE

Pendant la période d'accomplissement des formalités de souscription, et sous réserve qu'une offre de Prêt ait été émise, l'Assuré est garanti contre le risque Décès par accident pour le montant du capital assuré, **dans la limite de 300 000 (trois cent mille) euros**. Cette garantie prend effet à la date de signature de la Proposition d'assurance, et cesse à la première des dates suivantes :

- soit à la date où le contrat est réputé conclu, telle que définie à l'article 6,
- soit à la date de réception par l'Assuré du courrier recommandé de l'Assureur notifiant le refus de toute garantie,
- soit à l'expiration d'un délai de 60 jours calendaires.

NB : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des Maladies et non comme des Accidents.

ARTICLE

8

PRESTATIONS

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même Prêt, le total des garanties cumulées peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur.

En revanche, **le total des prestations servies par l'Assureur au titre d'un même Prêt pour l'ensemble des assurés ne peut en aucun cas excéder ce montant.**

Le montant des prestations dues par l'Assureur est calculé sur la base des caractéristiques du(des) Prêt(s) fournies à la souscription et reprises dans les Conditions particulières ou dans le dernier avenant.

8.1. - En cas de Décès

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date du décès de l'Assuré, en multipliant par la quotité garantie :

- le capital restant dû sur le Prêt ou,
- la somme des loyers (hors taxes ou TTC, selon qu'il s'agit d'opérations soumises ou non à la TVA, ou ouvrant ou non droit à la déduction de la TVA) restant dus au titre du contrat de crédit-bail ou de location avec option d'achat, majorée de la valeur résiduelle du bien, si cela a été prévu à la souscription.

8.2. - En cas de P.T.I.A. et d'I.P.T.

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A. ou d'I.P.T., en multipliant par la quotité garantie :

- le capital restant dû sur le Prêt ou,
- la somme des loyers (hors taxes ou TTC, selon qu'il s'agit d'opérations soumises ou non à la TVA, ou ouvrant ou non droit à la déduction de la TVA) restant dus au titre du contrat de crédit-bail ou de location avec option d'achat, majorée de la valeur résiduelle du bien, si cela a été prévu à la souscription.

8.3. - En cas d'I.T.T./I.T.P. et d'I.P.P.

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur pour un même Assuré est fixé à 1 600 000 €, représentant l'assiette maximale servant de base de calcul aux prestations au titre des garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P.

En cas de dépassement, les prestations sont donc diminuées au prorata.

Pour pouvoir demander le bénéfice de ces garanties, l'Assuré caution doit justifier avoir participé au remboursement des échéances du Prêt depuis au moins 6 mois à la date du premier jour d'interruption d'activité, suite à la défaillance de l'emprunteur principal.

Les primes relatives aux garanties couvertes par le contrat ne sont plus dues pendant toute la durée de la prise en charge.

L'intervention de l'Assureur se limite aux échéances de Prêt ou aux loyers venant à échéance pendant la durée de prise en charge. Les prestations sont calculées en tenant compte de la quotité garantie, et au prorata de la durée de prise en charge.

Mise en œuvre de la garantie I.T.T./I.T.P.

L'Assureur prend en charge, **après expiration d'une durée de 90 jours, correspondant à la période de franchise** et pendant toute la durée de l'Incapacité Temporaire Totale ininterrompue de l'Assuré :

- pour les prêts amortissables : les échéances de Prêt (capital et intérêts),
- pour les contrats de crédit-bail et de location avec option d'achat : les échéances de loyers (hors taxes ou TTC, selon qu'il s'agit d'opérations soumises ou non à la TVA, ou ouvrant ou non droit à la déduction de la TVA),
- pour les crédits in fine et les prêts relais : les intérêts échus. Le capital emprunté compris dans la dernière échéance n'est pas pris en charge. De même, dans le cas d'un prêt achat-revente, l'échéance correspondant au remboursement du bien vendu n'est pas prise en charge.

Les prestations cessent immédiatement en cas de :

- reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle, y compris de surveillance ou de direction,

NOTE D'INFORMATION

- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.P.P.

La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation des garanties précisés à l'article 12.

Néanmoins, **en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique** prescrit médicalement à l'Assuré (I.T.P.), et sauf si l'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'I.P.P., **l'Assureur poursuivra la prise en charge des échéances de Prêt à hauteur de 50 % de la quotité garantie, pendant toute la durée du mi-temps thérapeutique, dans la limite de 90 jours**, sous réserve de production par l'Assuré des justificatifs correspondants.

En cas de reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, suivie d'une rechute provenant du même Accident ou de la même Maladie, la franchise de 90 jours n'est pas appliquée, sous réserve que cette rechute intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.

La franchise n'est pas appliquée non plus dans le cas où la garantie I.T.T. est mise en œuvre à la suite d'une prise en charge au titre de l'I.P.P.

Mise en œuvre de la garantie I.P.P.

L'Assureur verse, à compter de la date de consolidation de l'I.P.P., et pendant toute la durée de l'invalidité, 50 % du montant des prestations qui seraient dues dans le cadre de la garantie I.T.T.

Les prestations cessent immédiatement en cas de :

- reprise par l'Assuré d'une activité professionnelle à temps plein, y compris de surveillance ou de direction,

- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.T.T./I.T.P.

La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation des garanties, précisés à l'article 12.

8.4. - Définition du taux contractuel d'invalidité

Le taux contractuel d'invalidité qui détermine le droit à la prestation est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Ces taux sont appréciés par le médecin-conseil de l'Assureur ou par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'Assureur, conformément au tableau ci-après.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'Accident ou à la Maladie. Il est évalué d'après le barème de droit commun publié par le Concours Médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte de la profession exercée au jour du sinistre et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

S'agissant d'un Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte principalement des occupations habituelles de l'Assuré au jour du sinistre.

Le tableau figurant ci-dessous indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

Barème du Taux contractuel d'invalidité										
IP \ IF	IF	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %					29 %	33 %	36 %	40 %	43 %	46 %
20 %				32 %	37 %	42 %	46 %	50 %	55 %	58 %
30 %			30 %	36 %	42 %	48 %	53 %	58 %	62 %	67 %
40 %	25 %	33 %	40 %	46 %	52 %	58 %	64 %	69 %	74 %	
50 %	27 %	36 %	43 %	50 %	56 %	63 %	68 %	74 %	79 %	
60 %	29 %	38 %	46 %	53 %	60 %	66 %	73 %	79 %	84 %	
70 %	30 %	40 %	48 %	56 %	63 %	70 %	77 %	83 %	89 %	
80 %	32 %	42 %	50 %	58 %	66 %	73 %	80 %	87 %	93 %	
90 %	33 %	43 %	52 %	61 %	69 %	76 %	83 %	90 %	97 %	
100 %	34 %	45 %	54 %	63 %	71 %	79 %	86 %	93 %	100 %	

IF = Taux d'incapacité fonctionnelle / IP = Taux d'incapacité professionnelle

ARTICLE

9

GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ)

La convention AERAS vise à faciliter l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé. Dans le cadre de cette convention, et pour les opérations qui y sont éligibles, la garantie Invalidité Spécifique AERAS (I.S.A.) est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie I.P.T. a été refusée ou proposée avec une exclusion, pour des raisons médicales.

9.1. - Définition

La garantie Invalidité Spécifique AERAS ne constitue pas une option ; elle ne peut être sollicitée directement par l'Assuré.

Elle correspond à une incapacité professionnelle couplée à une incapacité fonctionnelle.

L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, d'un congé de longue Maladie pour les fonctionnaires, ou d'une notification d'inaptitude totale de la profession pour les non-salariés.

L'incapacité fonctionnelle est appréciée par le médecin-conseil d'AFI ESCA selon le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Elle peut également, si nécessaire, être évaluée, au cours d'une expertise médicale, par le médecin expert désigné par l'Assureur. Dans ce cas, l'Assuré peut, s'il le désire, se faire accompagner par le médecin de son choix.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel la prestation intervient est fixé à 70 %.

9.2. - Conditions d'admission - Cessation de la garantie

Pour être admise à la garantie I.S.A., la personne à assurer doit être âgée de moins de 65 ans et exercer une activité professionnelle rémunérée.

La garantie cesse au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, et dans tous les autres cas prévus à l'article 12 des Conditions générales.

9.3. - Prestations

La prise en charge est due, à compter de la date de consolidation de l'I.S.A., et pendant toute la durée de l'invalidité.

Les prestations versées par l'Assureur se calculent en multipliant par la quotité garantie les échéances de Prêt, et ne peuvent excéder la perte de revenu subie par l'Assuré.

La perte de revenu de l'Assuré est déterminée par différence entre :

- d'une part le revenu professionnel mensuel moyen des 12 derniers mois pendant lesquels il exerçait une activité professionnelle,
- et d'autre part les revenus mensuels provenant des prestations versées au titre des régimes de base obligatoires et/ou complémentaires.

L'intervention de l'Assureur se limite aux échéances de Prêt venant à échéance pendant la durée de prise en charge.

Le montant des prestations est calculé au prorata de la durée de prise en charge.

Le versement des prestations cesse dans tous les cas de cessation des garanties, précisés à l'article 12 des Conditions générales.

L'intervention de l'Assureur se limite aux échéances de Prêt ou aux loyers venant à échéance pendant la durée de prise en charge.

9.4.- Exclusions

Les exclusions mentionnées aux articles 13.1, 13.2, et 13.3 sont applicables à la garantie I.S.A.

Toutes les informations relatives à la convention AERAS peuvent être consultées sur le site www.aeras-info.fr.

ARTICLE

10

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont assurées dans le monde entier, y compris dans le cadre de déplacements à titre personnel, professionnel ou humanitaire, dans les limites fixées par les articles 9.4 et 13.

ARTICLE

11

MODIFICATION DES GARANTIES

Le Souscripteur peut demander, à tout moment, une augmentation ou une diminution des garanties, sous réserve du respect des combinaisons (a), (b) et (c) et mentionnées à l'article 1.1.

L'accord écrit de l'Organisme prêteur est indispensable s'il est désigné, de façon directe ou indirecte (cession en garantie, convention séquestre, ...) bénéficiaire du contrat.

Cependant, la transmission de documents émanant de l'Organisme prêteur et faisant état de modifications affectant le Prêt sera

NOTE D'INFORMATION

considérée comme un accord du prêteur sur les modifications à effectuer en conséquence sur le contrat.

L'accord de l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur, l'est également, en cas d'augmentation de garantie.

Avant d'accorder toute augmentation de garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander les informations prévues à l'article 4.

Aucune modification du Prêt ne sera prise en compte au cours de la durée d'instruction ou de prise en charge d'un sinistre incapacité ou invalidité. Le Souscripteur s'engage à adresser, dans les 2 mois suivant la date de déblocage des fonds, le tableau d'amortissement définitif à l'Assureur afin que ce dernier puisse, le cas échéant, ajuster ses garanties, et rembourser l'éventuel trop-perçu de primes.

Le Souscripteur est tenu de déclarer à l'Assureur toute modification relative au contrat le liant à l'Organisme prêteur (renégociation, remboursement anticipé, allongement de la durée,...) dans un délai de 2 mois à compter de la date d'effet de cette modification, afin que l'Assureur procède soit à la résiliation, soit à la modification du contrat, et au remboursement éventuel des primes versées à tort.

À cet effet, le Souscripteur adresse à l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement ainsi qu'une attestation de l'Organisme prêteur.

Au-delà du délai de 2 mois, qu'il s'agisse de la transmission du tableau d'amortissement définitif, de la modification des caractéristiques du Prêt, ou du remboursement total du Prêt, la date prise en compte pour le calcul du trop-perçu de prime, est la date à laquelle l'Assureur a reçu l'information.

En cas de réalisation d'un risque garanti, les modifications qui n'ont pas été déclarées à l'Assureur, ne lui sont pas opposables si elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire, et ne peuvent donner lieu à aucun remboursement de primes si l'engagement de l'Assureur est diminué.

Dans tous les cas, et sous réserve du paiement effectif de la prime y afférente, un avenant prenant acte des modifications est établi.

La régularisation de l'avenant ne conditionne pas la prise d'effet des modifications.

ARTICLE

12

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- le jour du terme du Prêt ou de son remboursement anticipé total,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite personne morale,
- à la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prononcée par le prêteur,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - pour la garantie Décès, au 90^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - pour la garantie P.T.I.A., au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - pour les garanties I.P.T., I.P.P. et I.T.T./I.T.P., au jour de la cessation d'activité professionnelle, au départ en retraite, à la mise en retraite / préretraite (sauf pour raisons médicales), et, au plus tard, au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- en cas de cessation du paiement des primes conformément aux dispositions du Code des assurances,
- le jour où le contrat est résilié,
- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article L 113-8 du Code des assurances),
- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès, P.T.I.A. ou d'I.P.T.

ARTICLE

13

EXCLUSIONS

13.1. - Exclusions communes à toutes les garanties

Aucune garantie n'est due lorsque le sinistre est la conséquence des faits suivants :

- **suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance.** Toutefois, dans le cas d'un Prêt destiné à financer l'achat du logement principal de l'Assuré, le risque de suicide est couvert dès la souscription dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R 132-5 du Code des assurances),
- **fait volontaire du Bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie,**
- **Accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide, ou à l'occasion de vols d'essai, vols sur prototypes, compétitions démonstrations acrobatiques, tentatives de records,**
- **guerres civiles ou étrangères, insurrections, émeutes, mouvements populaires, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme,**

attentats, mouvements de grève, complots, actes de sabotage, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires et les policiers, dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,

- effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations, d'irradiations quand ils proviennent de la modification de structure du noyau de l'atome,
- affections ou Accidents médicalement constatés à une date antérieure à celle de la prise d'effet des garanties. Toutefois, les suites et conséquences des affections et Accidents déclarés à l'Assureur sont garanties, sauf si elles font l'objet d'une exclusion de garantie (figurant dans les Conditions générales ou particulières),
- Accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(e), sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé par les textes français régissant la circulation automobile (ou par le droit en vigueur dans le pays de résidence ou de séjour, applicable au moment de la survenance de l'événement à l'origine du sinistre),
- usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.

13.2. - Exclusions concernant les garanties I.P.T., I.T.T./I.T.P. et I.P.P.

Outre les exclusions mentionnées à l'article 13.1, les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties I.P.T., I.T.T./I.T.P. et I.P.P. :

- Accidents, Maladies, invalidités et infirmités :
 - résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,
 - résultant de traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti.
- conséquences d'une tentative de suicide.
- affections ostéo-articulaires et périarticulaires de la colonne vertébrale, leurs suites et conséquences, sauf si l'affection en question est consécutive à une infection, une tumeur ou une fracture, constatée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, ou a entraîné une hospitalisation d'une durée supérieure à 7 jours continus en milieu spécialisé ou a nécessité une intervention chirurgicale.

En ce qui concerne la garantie I.T.T., si l'hospitalisation d'une durée supérieure à 7 jours continus ou l'intervention chirurgicale intervient au cours de la franchise précisée aux Conditions particulières, la prise en charge débute à l'expiration de ce délai de franchise ; si l'hospitalisation ou l'intervention chirurgicale intervient après l'expiration de la franchise, la prise en charge commence rétroactivement au premier jour d'hospitalisation ou au jour de l'intervention chirurgicale ;

En ce qui concerne la garantie I.P.P., la prise en charge débute le premier jour d'hospitalisation, si la durée de celle-ci est supérieure à 7 jours continus, ou au jour de l'intervention chirurgicale, à condition que l'hospitalisation ou l'intervention chirurgicale soit postérieure à la constatation médicale de l'état d'I.P.P.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'option PLUS a été souscrite.

Exclusions spécifiques « sport » :

Lorsque les sports suivants ne sont pas pratiqués à la souscription, mais en cours de contrat, ils sont exclus, sauf s'ils sont pratiqués dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires :

- saut à l'élastique et base jump,
- sports aériens, ULM, deltaplane, parapente, parachutisme,
- canyoning, rafting, spéléologie,
- sports de combat,
- sports de neige ou de glace (sauf ski alpin, surf des neiges, et ski de fond pratiqués sur domaine skiable, curling, scooter des neiges),
- alpinisme et escalade,
- trekking en montagne au-delà de 3 000 m,
- plongée sous-marine à plus de 30 m de profondeur, ou sans brevet, ou en solitaire, ou sans certificat d'aptitude établi annuellement.

Lorsque ces sports, ainsi que ceux listés ci-dessous sont déclarés, à la souscription ou à tout moment, ils peuvent être couverts sur demande du Souscripteur moyennant tarification adaptée, dans les conditions prévues aux Conditions particulières ou dans l'avenant correspondant :

- pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat rémunéré,
- compétitions sportives (y compris les entraînements/essais qui précèdent) nécessitant l'utilisation d'animaux, de véhicules (avec ou sans moteur) ou d'embarcations motorisées.

13.3. - Exclusions spécifiques aux garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P.

Outre les exclusions mentionnées aux articles 13.1 et 13.2, les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P. :

- cures thermales ou de désintoxication,
- fibromyalgies et syndromes de fatigue chronique,
- affections psychiatriques, dont les syndromes anxio-dépressifs, névrotiques ou psychotiques, ainsi que leurs suites et conséquences, sauf en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique d'une durée supérieure à 8 jours continus.

NOTE D'INFORMATION

En ce qui concerne la garantie I.T.T., si l'hospitalisation d'une durée supérieure à 8 jours continus intervient au cours de la franchise de 90 jours, la prise en charge débute à l'expiration de ce délai de franchise ; si l'assuré est hospitalisé pour une durée supérieure à 8 jours continus après l'expiration de la franchise, la prise en charge commence rétroactivement au premier jour d'hospitalisation ; En ce qui concerne la garantie I.P.P., la prise en charge débute le premier jour d'hospitalisation, à condition que celle-ci soit postérieure à la constatation médicale de l'état d'I.P.P., et que sa durée soit supérieure à 8 jours continus.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'option PLUS a été souscrite.

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1125-17 du Code du travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'I.T.T. susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus de la durée de franchise de 90 jours, que l'Assurée soit salariée ou non.

ARTICLE 14 FORMALITÉS

Les sommes dues au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sont payables dans les 30 jours après la remise à Multi-Impact - 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX, dans les délais requis, des pièces justificatives énumérées ci-après.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.

14.1. - En cas de Décès

Le Bénéficiaire ou les ayants droit de l'Assuré doivent transmettre au médecin-conseil de l'Assureur dès qu'ils ont connaissance du Décès de l'Assuré :

- une copie intégrale de l'acte de Décès de l'Assuré,
- le formulaire de déclaration « Décès » fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'Accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- en cas de décès à l'étranger, certificat de décès établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné,
- le tableau d'amortissement au jour du décès avec une attestation de l'Organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) Prêt(s).

L'Assuré reconnaît à l'Assureur le droit de subordonner le paiement des prestations contractuellement prévues à la remise de l'ensemble des pièces requises, par toute personne s'en prévalant (Bénéficiaire ou ayants droit).

Le refus de ces derniers de fournir les documents réclamés par l'Assureur sera considéré comme une renonciation au bénéfice de l'assurance.

14.2. - En cas de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P.

Dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de consolidation de son état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P., l'Assuré ou son mandataire dûment habilité doit remettre au médecin-conseil de l'Assureur :

- le formulaire de déclaration « Invalidité » fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
 - la notification d'attribution d'une pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale, ou par le régime équivalent, pour les assurés non assujettis à la Sécurité Sociale,
 - tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
 - en cas d'Accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
 - le tableau d'amortissement actualisé et une attestation de l'Organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) Prêt(s) à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A. ou d'I.P.T., ou le montant de l'échéance du(des) Prêt(s) à la date de consolidation de l'I.P.P.
- Au vu de ces pièces, le médecin-conseil de l'Assureur statuera sur l'état d'invalidité de l'Assuré, la reconnaissance de cet état par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le médecin-conseil de l'Assureur.

En cas de déclaration tardive, si l'Assureur justifie d'un préjudice lié à l'impossibilité de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de sinistre, **la date de reconnaissance de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P. sera fixée au jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.**

14.3. - En cas d'I.T.T./I.T.P.

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration immédiate à l'Assureur **et au plus tard, dans un délai maximum de 30 jours à compter du terme de la franchise de 90 jours.**

En cas de déclaration tardive, si l'Assureur justifie d'un préjudice lié à l'impossibilité de contrôler la réalité de l'état de santé de

l'Assuré avant la déclaration de sinistre, **la prise en charge commencera au plus tôt à la date de la réception de l'ensemble des pièces justificatives, sans rétroactivité possible.**

L'Assuré doit remettre au médecin-conseil de l'Assureur :

- l'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- le formulaire de déclaration « Incapacité Temporaire et Totale de travail » fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'Accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- le tableau d'amortissement actualisé indiquant le montant de l'échéance du (des) Prêt(s) à la date de l'arrêt de travail,
- les décomptes d'indemnités journalières perçues, lorsque l'Assuré est assuré social.

Au vu de ces pièces, le médecin-conseil de l'Assureur statuera sur son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'avis du médecin traitant de l'Assuré ne liant pas le médecin-conseil de l'Assureur.

En cas de reprise partielle d'une activité professionnelle par l'Assuré dans le cadre du mi-temps thérapeutique (I.T.P.), l'Assuré devra fournir à l'Assureur la prescription médicale du Médecin traitant, et continuer à adresser les décomptes d'indemnités journalières perçues, ainsi que toute autre information ou pièce justificative complémentaire qui serait réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

ARTICLE 15 CALCUL DES PRIMES

15.1. - Tarification

La tarification est effectuée à partir des informations figurant sur la Proposition d'assurance, et indiquée sur les Conditions particulières ou ses avenants éventuels.

Elle tient compte notamment :

- des garanties et options souscrites,
- de l'âge atteint par l'Assuré, calculé par différence de millésimes,
- du montant du capital restant dû à l'Organisme prêteur multiplié par la quotité garantie, tel que précisé aux Conditions particulières et aux avenants éventuels successifs qui y sont attachés,
- le cas échéant, du capital initial emprunté, du montant total des loyers et de la valeur résiduelle prévue au contrat de crédit-bail ou de location avec option d'achat.

15.2. - Montant et fractionnement des primes

Le Souscripteur a le choix entre des primes :

- variables : dont le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du capital restant dû,
- constantes : dont le montant restera fixe pendant toute la durée du contrat.

Le choix de la prime constante est réservé aux prêts amortissables, à échéances constantes, avec éventuellement un différé d'amortissement maximum de 24 mois, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts par paliers.

Le choix, effectué à la souscription, est irrévocable jusqu'au terme du contrat.

Les primes peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

Le fractionnement ne donne lieu à aucuns frais supplémentaires.

ARTICLE 16 FRAIS DIVERS

Le Souscripteur doit acquitter, à la souscription, des frais de dossier d'un montant précisé sur la Proposition d'assurance.

L'émission d'un avenant lié à une renégociation du Prêt dans le même organisme bancaire, ou à un remboursement anticipé partiel, occasionne des frais d'un montant de 15 €, à régler par le Souscripteur.

ARTICLE 17 DÉFAUT DE PAIEMENT

À défaut de paiement d'une prime ou fraction de prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de son dû. Cette lettre recommandée indique, conformément aux dispositions du Code des assurances, que **si 40 jours après son envoi, l'arriéré de primes n'est pas régularisé, le contrat sera résilié.**

L'Organisme prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la prime.

ARTICLE 18 RÉSILIATION

À tout moment, le Souscripteur peut résilier son contrat en adressant, à Multi-Impact - 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX, une lettre recommandée accompagnée de la copie recto verso d'une pièce d'identité.

Les garanties prendront fin à la date demandée par le Souscripteur, et au plus tôt, à la date d'envoi de la lettre recommandée du Souscripteur.

L'accord préalable de l'Organisme prêteur est nécessaire s'il est bénéficiaire du contrat, ou s'il bénéficie d'une cession en garantie (mise en gage, nantissement, convention séquestre,...) faisant l'objet d'un avenant au contrat, ou dûment notifiée à l'Assureur.

ARTICLE 19 LANGUE - LOI APPLICABLE - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le contrat sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Toute réclamation concernant le contrat doit être envoyée à Multi-Impact - 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX. En cas de désaccord et si toutes les voies de recours amiable ont été épuisées, le réclamant peut s'adresser à la Médiation de l'Assurance (conditions d'accès disponibles sur simple demande auprès de l'Assureur).

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 20 INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR

Afin de vérifier que ses garanties sont toujours adaptées aux caractéristiques du financement accordé par l'Organisme prêteur, le Souscripteur peut, à tout moment, obtenir auprès de l'Assureur, une information qui indiquera notamment le montant du capital assuré et la nouvelle prime annuelle y afférents.

ARTICLE 21 FACULTÉ DE RENONCIATION

Sous réserve de l'accord du prêteur, si ce dernier est désigné, directement ou indirectement, bénéficiaire, le Souscripteur peut renoncer au contrat et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent la date de conclusion du contrat, telle que définie à l'article 6, il adresse à Multi-Impact - 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon contrat n° _____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre. Signature ».

ARTICLE 22 CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ - ARBITRAGE

Lorsqu'il y a mise en jeu des garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T./I.T.P. ou I.P.P., l'Assureur se réserve le droit de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour prendre une décision sur la demande de prise en charge. Cette expertise sera réalisée en France auprès d'un médecin expert indépendant, sauf pour les assurés résidant hors de France métropolitaine, pour lesquels cette expertise pourra être diligentée, dans leur pays de résidence, par un médecin expert missionné par l'Assureur.

Les frais de rapatriement de l'Assuré en France, et de déplacement du médecin expert sont à la charge de l'Assuré. Sauf cas de force majeure, **le refus du libre accès auprès de l'Assuré des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la déchéance du droit aux prestations.**

À l'occasion de cette expertise, l'Assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par l'autorité médicale de son choix.

En cas de contestation, le litige est soumis à un contre-expert désigné par l'Assuré qui supporte les frais de cette expertise.

Si le litige ne peut être réglé de cette manière, il est fait appel à un tiers expert agréé par les deux parties (ou en cas de désaccord de celles-ci, par le Président du Tribunal de Grande Instance du Siège de l'Assureur) qui tranche souverainement. Les frais de cette expertise sont partagés, mais chaque partie conserve à sa charge les frais et honoraires de son médecin.

ARTICLE 23 CONVENTION DE PREUVE

L'ensemble des documents transmis par le Souscripteur, et l'Assuré s'il est différent, sont numérisés dès réception par l'Assureur. Les parties reconnaissent que les documents numérisés ont, entre elles, la même valeur probante que des originaux, et renoncent expressément à contester la recevabilité, la validité et la force probante de ces documents, du seul fait de leur forme électronique ou de leur transmission par procédé électronique.

ARTICLE 24 PRESCRIPTION

Le délai de prescription est la période au-delà de laquelle aucune action n'est plus opposable.

Conformément aux articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 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.
Cette durée est portée à 10 ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. 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 :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Souscripteur ou le Bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 25 PROTECTION DES DONNÉES

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : <https://www.afi-esca.com/informations/rgpd>.

L'Assureur, en sa qualité de Responsable de traitement, est amené dans le cadre de l'émission et l'étude de la Proposition d'assurance ou Demande de souscription et de l'exécution du présent Contrat à collecter des données personnelles relatives aux parties et autres personnes concernées par le contrat.

L'Assureur s'engage à ce titre à se conformer, et à faire respecter par ses collaborateurs et sous-traitants, la législation afférente en vigueur, notamment la loi 78-17 modifiée.

Ces données sont exclusivement destinées à l'Assureur, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi que le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables.

Les parties et autres personnes concernées par le contrat bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement relatif aux données les concernant ainsi qu'un droit à la portabilité, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au Data Protection Officer de Multi-Impact, par mail à l'adresse : dpo@multi-impact.com ou par courrier : Multi-Impact - 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX.

ARTICLE 26 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Dans le cadre de ses obligations visant à lutter contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, l'Assureur peut être amené à interroger les intervenants au contrat (Souscripteur, Assuré, Bénéficiaire, payeurs,...) pour obtenir des informations ou documents complémentaires, au moment de la souscription, en cas de sinistre, mais également en cas de renonciation et de résiliation anticipée du contrat.

ARTICLE 27 IMPÔTS ET TAXES

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge du Souscripteur.

PÉRÉNIM

ASSURANCE DE PRÊT

NOTE D'INFORMATION



PÉRÉNIM est un contrat individuel d'assurance sur la vie.

L'organisme assureur du présent contrat est AFI ESCA, Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation, entreprise régie par le Code des assurances, S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. Siège Social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg,

L'organisme gestionnaire du contrat est, par délégation de l'organisme assureur, Multi-Impact, SAS au capital de 54 852 € - 41/43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 Reims Cedex - RCS B 402 502 108 - ORIAS n° 07 004 884 (www.orias.fr). En conséquence, dans le présent document, « l'Assureur » désigne l'organisme gestionnaire pour tous les actes relevant du champ de sa délégation.

PÉRÉNIM

ASSURANCE DE PRÊT



www.afi-esca.com

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. **Merci d'adresser toute correspondance à : AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.**