

Notice d'information

AVANTAGE EMPRUNTEUR

Préambule

Le contrat Avantage Emprunteur est un contrat d'assurance à adhésion facultative régi par le Code des assurances et les dispositions du contrat collectif souscrit par l'Association pour l'union et le recours en assurances - Technopole du Moulin - Rond-point du Canet - CS 10019 - 13590 Meyreuil, ci-après dénommée l'association, auprès de MAIF VIE, dénommée l'assureur, au profit de ses adhérents.

La présente notice définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités en cas de sinistre. MAIF VIE est l'assureur du contrat et est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

L'assureur mandate Multi-Impact, pour opérer la gestion des adhésions au contrat Avantage Emprunteur. Pour toute opération, vous pouvez contacter Multi-Impact - 41-43 avenue Hoche CS 110002 - 51687 Reims cedex.

Sommaire

pages

1 - L'adhésion

| | |
|--|----|
| 1.1 - Personnes assurables | 8 |
| 1.2 - Prêts assurables | 9 |
| 1.3 - Formules de garanties | 9 |
| 1.4 - Quotité assurée | 9 |
| 1.5 - Modalités d'adhésion | 10 |
| 1.6 - Convention AERAS | 10 |
| 1.7 - Faculté de renonciation | 10 |
| 1.8 - Faculté de résiliation | 11 |
| 1.9 - Obligations des assurés | 11 |
| 1.10 - Date de conclusion de l'adhésion et durée | 12 |
| 1.11 - Date d'effet des garanties | 12 |
| 1.12 - Cessation des garanties | 12 |

2 - Les garanties

| | |
|--|----|
| 2.1 - Territorialité | 13 |
| 2.2 - Garantie en cas de décès | 13 |
| 2.3 - Garantie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) | 13 |
| 2.4 - Garantie en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT), d'invalidité permanente totale (IPT) et d'invalidité permanente partielle (IPP) | 14 |
| 2.5 - Garantie aide à la famille (Gaf) | 16 |
| 2.6 - Garantie invalidité spécifique AERAS (Gis) | 17 |
| 2.7 - Coemprunteurs | 17 |
| 2.8 - Limites et exclusions de garanties | 18 |

| | |
|--|-----------|
| 3 - Les cotisations | 20 |
| 3.1 - Tarif | 20 |
| 3.2 - Paiement des cotisations | 20 |
| 3.3 - Non-paiement des cotisations | 20 |
| 4 - Formalités à accomplir en cas de sinistre | 21 |
| 4.1 - Formalités en cas de décès | 21 |
| 4.2 - Formalités en cas de PTIA | 21 |
| 4.3 - Formalités en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou de Gis | 22 |
| 4.4 - Formalités en cas de Gaf | 23 |
| 4.5 - Droit d'enquête et d'expertise | 23 |
| 4.6 - Expertise arbitrale et expertise judiciaire | 23 |
| 4.7 - Bénéficiaire des prestations | 23 |
| 5 - Dispositions générales | 24 |
| 5.1 - Modifications en cours de contrat | 24 |
| 5.2 - Réclamations - Médiation - Autorité de contrôle | 24 |
| 5.3 - Prescription | 25 |
| 5.4 - Subrogation | 26 |
| 5.5 - Convention de preuve | 27 |
| 5.6 - Loi informatique et libertés | 27 |
| 5.7 - Langue, loi applicable et juridictions compétentes | 29 |

Définitions préalables

Pour une meilleure lecture de votre contrat, le « vous » doit être compris comme le ou les **assurés** et le « nous » comme MAIF VIE, via son gestionnaire Multi-Impact. Le lexique ci-dessous est à votre disposition pour une parfaite compréhension des termes techniques. Les mots ou expressions ainsi définis sont désignés par un dictionnaire¹ dans le texte.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, conséquence directe et certaine de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. **Les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme des accidents au sens du contrat.**

Actes de la vie quotidienne

Activités qu'une personne effectue chaque jour en réponse à ses besoins primaires. Ils sont au nombre de cinq : se laver, s'habiller, se déplacer, se lever/se coucher/s'asseoir, s'alimenter.

- Se laver : tant le haut que le bas du corps.
- S'habiller : enfiler ou enlever les vêtements portés quotidiennement. Un besoin d'assistance uniquement pour enfiler ou enlever ses bas, chaussettes ou chaussures, ou encore pour attacher ou détacher ses vêtements n'est pas considéré comme une incapacité physique totale de s'habiller.
- Se déplacer : se déplacer à l'intérieur de son logement sur une surface plane, y compris avec appareillage adapté.
- Se lever, se coucher, s'asseoir : passer de chacune des positions suivantes à l'autre : debout/assis ; assis/couché ; assis/debout ; couché/assis.
- S'alimenter : porter à la bouche les aliments et la boisson préalablement servis et coupés.

Adhérent

Personne physique qui adhère au contrat et qui à ce titre est tenue au paiement des cotisations.

Assuré

Personne physique (emprunteur, coemprunteur, caution) admise à l'assurance et sur qui reposent les garanties.

Bénéficiaire

L'organisme prêteur désigné sur le certificat d'adhésion pour percevoir les prestations du contrat en cas de sinistre.

Certificat d'adhésion

Document remis à l'assuré et à conserver par ce dernier, confirmant l'adhésion au contrat et qui reprend le(s) prêt(s) couvert(s), les garanties souscrites, les conditions d'acceptation, la date d'effet des garanties et le coût de l'assurance. Le certificat d'adhésion vaut attestation/délégation d'assurance.

Date d'effet des garanties

Date à laquelle les garanties du contrat entrent en vigueur et à partir de laquelle les cotisations d'assurance sont dues.

Date de consolidation

Moment à partir duquel l'état de santé de l'assuré n'est plus susceptible d'évoluer vers une amélioration ou une dégradation.

Enfant

Le ou les enfants à charge légitimes, reconnus, recueillis, ou adoptés de l'assuré ou de son conjoint, pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevant une pension alimentaire fiscalement déductible du revenu global.

Franchise

Période pendant laquelle, après survenance d'un **sinistre**, les prestations ne sont pas dues. L'indemnisation de l'assureur débute à l'issue de cette période. La franchise est de 90 jours continus dans le contrat Avantage Emprunteur.

Incapacité temporaire totale de travail (ITT)

Est considéré en incapacité temporaire totale de travail l'assuré se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité totale et temporaire médicalement reconnue d'exercer sa profession.

L'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle ou en recherche d'emploi au moment du sinistre sera également considéré en ITT s'il est temporairement

contraint en raison d'une maladie ou d'un accident garanti, sur prescription médicale, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations de la vie quotidienne.

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet de la garantie.

De plus, l'assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

La prise en charge liée à cet état débute après une franchise[□] de 90 jours.

Invalidité permanente partielle (IPP)

Est considéré en invalidité permanente partielle au sens du présent contrat d'assurance, l'assuré se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité permanente, d'exercer tout ou partie de son activité professionnelle, et dont l'état de santé est stabilisé, et qui justifie d'un taux contractuel d'invalidité permanente supérieur à 33 % et inférieur à 66 %.

Invalidité permanente totale de travail (IPT)

Est considéré en invalidité permanente totale au sens du présent contrat d'assurance, l'assuré se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité totale et de façon permanente, d'exercer sa profession, dont l'état de santé est stabilisé, et qui justifie d'un taux contractuel d'invalidité permanente supérieur ou égal à 66 %.

Maladie

Toute altération de l'état de santé d'origine non accidentelle constatée par un médecin. Est considéré comme faisant suite à une maladie, le décès qualifié de mort naturelle.

Occupations de la vie quotidienne

Faculté pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux

domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

Opération de financement

Elle regroupe l'ensemble des prêts mentionnés sur la demande d'adhésion.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie l'assuré qui se trouve dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque et de se livrer à une occupation lui procurant gain ou profit. En outre, son état doit nécessiter l'assistance permanente d'une tierce personne rémunérée par la Sécurité sociale pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se déplacer, se lever/se coucher/s'asseoir, s'alimenter).

Quotité

Niveau de la garantie couverte pour l'assuré, exprimé en pourcentage du capital restant dû pour la garantie Décès/PTIA et de la mensualité du prêt pour le risque ITT/IPT/IPP.

Rechute

Nouvelle incapacité totale de travail résultant de la même pathologie ou du même accident que la précédente et intervenant dans un délai de 60 jours à compter de la date de reprise du travail.

Sinistre

Événement, maladie ou accident mettant en jeu une garantie, pendant la durée de validité du contrat.

1 - L'adhésion

Objet du contrat

Le contrat Avantage Emprunteur vous permet de souscrire, dans le cadre de prêts immobiliers contractés auprès d'un organisme prêteur, une garantie en cas de décès, de **perte totale et irréversible d'autonomie** (PTIA), d'**incapacité temporaire totale de travail** (ITT), d'**invalidité permanente totale de travail** (IPT) et d'**invalidité permanente partielle** (IPP) consécutive à une **maladie** ou un **accident**. Il prévoit le règlement de tout ou partie du capital restant dû du (des) prêt(s) au **bénéficiaire** en cas de décès ou PTIA et la prise en charge de tout ou partie des échéances du (des) prêt(s) en cas d'ITT, IPT ou IPP.

Les effets du contrat d'assurance (la prise en charge en cas de sinistre au titre des garanties du contrat) dépendent d'un évènement incertain (d'un aléa). Ainsi, les sinistres en cours au moment de la prise d'effet des garanties et répondant aux définitions des garanties du contrat (décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale de travail et invalidité permanente partielle, Garantie aide à la famille) ne sont pas pris en charge par le présent contrat car ils le priveraient d'aléa.

1.1 - PERSONNES ASSURABLES

Vous devez, au moment de la signature de la demande d'adhésion, être âgé(e) de 18 ans minimum et :

- ne pas avoir atteint les 80 ans pour la garantie Décès ;
- ne pas avoir atteint les 70 ans pour la garantie PTIA ;
- ne pas avoir atteint les 66 ans, ne pas être retraité(e) ou préretraité(e) ayant définitivement cessé ses activités pour les garanties, ITT, IPT, IPP et Gaf ;
- résider de manière effective et pas uniquement fiscalement en France métropolitaine ou dans les Drom¹ pour avoir accès à l'ensemble des garanties, dans l'Union européenne pour avoir accès aux garanties décès et PTIA ;
- avoir contracté un emprunt libellé en euros et rédigé en français, auprès d'un organisme prêteur situé en France métropolitaine, ou dans les Drom, ou d'une succursale française d'un établissement de crédit étranger pour lequel vous avez la qualité d'emprunteur, de coemprunteur, ou de caution ;
- être le dirigeant ou associé d'une personne morale immatriculée en France et ayant son siège social en France métropolitaine ou dans les Drom, si l'emprunteur est une personne morale ;
- signaler si vous exercez une de ces professions réservées :
 - professions avec manipulations ou transport de produits dangereux (explosifs, corrosifs, inflammables, radioactifs, toxiques, chimiques, biologiques, bactériologiques, génétiques) ;
 - professions avec activités en mer, sur les chantiers navals, dockers, ou professions avec activités sous-marines ;
 - sportifs professionnels ou encadrants professionnels d'activités sportives en dehors des établissements scolaires et universitaires ;
 - militaires, métiers de l'armée ;
 - police, gendarmerie, professions de maintien de l'ordre ;
 - pompiers professionnels, secouristes, sauveteurs en mer ou en montagne ;
 - professions du cirque et des manèges forains.

Sur déclaration du candidat à l'assurance, l'exercice de l'une de ces professions pourra faire l'objet d'une étude spécifique d'acceptation à l'adhésion. Les conditions seront alors précisées sur la proposition d'assurance qui sera émise.

La caution, personne physique est assurable dans le cadre du présent contrat.

L'âge à l'adhésion est calculé par différence entre la date de votre demande d'adhésion et votre date de naissance. Vous avez la qualité d'assuré à compter de la date d'effet des garanties du contrat.

1. Drom : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

1.2 - PRÊTS ASSURABLES

Le contrat Avantage Emprunteur couvre les prêts souscrits et libellés en euros, de type immobiliers, professionnels ainsi que les prêts travaux adossés à un prêt immobilier, d'une durée maximum de 30 ans (soit 360 mois), période de différé et reports de mensualités inclus, des catégories suivantes :

- prêts amortissables (y compris les prêts accordés dans le cadre d'une vente en l'état futur d'achèvement), avec ou sans différé d'amortissement ;
- prêts *in fine* ;
- prêts à paliers ;
- prêts à taux 0 %.

Le contrat Avantage Emprunteur couvre les prêts relais d'une durée maximum de 3 ans (soit 36 mois).

Les prêts peuvent être à taux fixe et/ou révisable (variation capée à 2 points maximum), à mensualités constantes ou progressives, à paliers, indexées et/ou modulables.

Le différé d'amortissement maximum est de 36 mois (hors prêt à taux zéro).

Le montant minimum assurable est de 17 000 € par opération de **financement** et par **assuré**.

Le montant total des capitaux assurés est limité à 5 000 000 € pour les garanties Décès et PTIA[□], à 1 900 000 € pour les garanties ITT[□], IPT[□] et IPP[□], et ce, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur dans le cadre du contrat Avantage Emprunteur pour le contrat collectif souscrit par l'Association pour l'union et le recours en assurances auprès de MAIF VIE.

Les nouveaux prêts contractés sont assurables sous réserve de la signature de l'offre de prêt au plus tard dans les 6 mois qui suivent la date d'émission du **certificat d'adhésion[□]**, et d'un déblocage des fonds dans les 36 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt. À défaut, les formalités d'adhésion seront à renouveler.

1.3 - FORMULES DE GARANTIES

Le contrat Avantage Emprunteur propose 4 formules de garanties. Vous avez la possibilité de choisir l'une des 4 formules suivantes :

- **formule 1** : Décès (réservée aux seniors de plus de 70 ans et aux résidents hors France métropolitaine et Drom) ;
- **formule 2** : Décès/PTIA ;
- **formule 3** : Décès/PTIA/ITT/IPT ;
- **formule 4** : Décès/PTIA/ITT/IPT/IPP.

Vous êtes exonéré(e) du paiement des cotisations pendant toute la durée d'une prise en charge au titre des garanties ITT, IPT ou IPP.

Les garanties sont détaillées à l'article 2 « Les garanties » de la présente notice.

Option « Confort »

Pour les formules 3 et 4 vous pouvez ajouter une extension de garantie optionnelle. Cette extension de garantie n'est accessible qu'au moment de l'adhésion au contrat. Elle permet la prise en charge aux conditions prévues à l'article 2.4 « Garantie en cas d'ITT, d'IPT et d'IPP » et **sans condition d'hospitalisation** de toute incapacité ou invalidité, **sauf stipulation contraire figurant au certificat d'adhésion**, résultant :

- d'affections disco-vertébrales (pathologies relatives à l'axe rachidien, paravertébrales, disco-vertébrales ou dorsolombaires et leurs suites et conséquences, de lumbago, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales), quelle qu'en soit la cause, ainsi que les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière ;
- de maladies psychiques (troubles anxieux, troubles névrotiques, schizophrénie, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome de burn-out ou d'épuisement, du syndrome de fatigue chronique, de la fibromyalgie), quelle qu'en soit l'origine.

1.4 - QUOTITÉ ASSURÉE

Lors de la demande d'adhésion, vous choisissez la **quotité[□]** assurée sur votre tête. Cette quotité ne peut être supérieure à 100 % par tête et elle s'applique à l'ensemble des garanties qui vous sont accordées par l'assureur au titre d'un même prêt.

1.5 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Lors de l'adhésion, vous devez compléter une demande d'adhésion et vous soumettre le cas échéant aux formalités médicales et financières. À cet effet, vous devez parfois remplir un questionnaire de santé et, si besoin, vous soumettre à des examens médicaux et/ou fournir des informations médicales complémentaires et éventuellement, financières.

Votre admission est conditionnée à notre acceptation à l'issue des formalités d'adhésion. Nous pouvons accepter les garanties, avec ou sans restriction ou majoration de cotisations ou les refuser. En cas d'acceptation à des conditions normales (sans restriction, ni majoration) ou à des conditions particulières (avec restrictions et/ou majoration), nous émettons un courrier bon pour accord, valant proposition, qui précise les conditions d'assurance proposées et qui sera à dater/signer si les conditions vous satisfont. Dans ce cas, nous émettrons alors un certificat d'adhésion à l'assurance.

La proposition de l'assureur est valable 6 mois. Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

Sur présentation des factures originales, et dans la limite des sommes mentionnées dans la demande de formalités, nous prenons en charge les frais des examens médicaux demandés sauf en cas de refus ou de renonciation de votre part de souscrire à une proposition sans restriction ni majoration de cotisations. Nous remboursons ces frais dans les 30 jours suivants notre décision restrictive, ou l'expiration du délai de renonciation en cas d'acceptation sans restriction d'ordre médical.

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

Nous nous engageons à respecter les dispositions de la convention AERAS consultable sur le site officiel www.aeras-infos.fr.

La Garantie invalidité spécifique AERAS (Gis) est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques d'adhésion que vous avez acceptées sur proposition de l'assureur.

Un dispositif d'écrêttement des primes d'assurance est prévu par la convention AERAS. Les conditions d'éligibilité à cet écrêttement seront rappelées, le cas échéant, dans les conditions spécifiques de l'adhésion.

1.7 - FACULTÉ DE RENONCIATION

En application de l'article L. 132-5-1 du Code des assurances, vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle vous êtes informé(e) de la conclusion de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Dans ce cas, il vous suffit d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à Multi-Impact 41-43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 Reims cedex, reprenant le modèle suivant :

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) désire renoncer à la souscription de mon contrat Avantage Emprunteur n° ... ; date et signature.

L'intégralité des cotisations versées vous sera remboursée dans un délai maximum de 30 jours suivant la réception de la lettre recommandée. Les conditions éventuelles de prorogation du délai de renonciation sont prévues à l'article L. 132-5-2 du Code des assurances.

Multi-Impact informera l'organisme prêteur, bénéficiaire acceptant du contrat, que vous avez exercé votre droit de renonciation à l'adhésion.

En cas de vente à distance

En application de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle vous êtes informé(e) de la conclusion de l'adhésion ou de la date de réception des pièces contractuelles liées à l'adhésion, si elle est postérieure.

Dans ce cas, il vous suffit alors d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à Multi-Impact 41-43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 Reims cedex, reprenant la mention suivante :

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) désire renoncer à la souscription de mon contrat Avantage Emprunteur n° ... ; date et signature.

L'intégralité des cotisations versées vous sera remboursée dans un délai maximum de 30 jours suivant la réception de la lettre recommandée.

Multi-Impact informera l'organisme prêteur, bénéficiaire acceptant du contrat, que vous avez exercé votre droit de renonciation à l'adhésion.

1.8 - FACULTÉ DE RÉSILIATION

Pour les contrats d'assurance ayant pour objet de couvrir un contrat de crédit mentionné au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation

Vous avez la possibilité de résilier votre adhésion au présent contrat à tout moment en notifiant à Multi-Impact 41-43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 Reims cedex votre demande de résiliation. Cette demande de résiliation doit être effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 113-14 du Code des assurances (soit par lettre ou tout autre support durable ; soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ; soit par acte extrajudiciaire). Multi-Impact confirmera par écrit la réception de la notification. Vous devez également notifier à Multi-Impact par l'envoi d'une lettre recommandée la décision de la banque ainsi que la date d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par la banque. La résiliation du contrat prend effet dix jours après réception de la décision de la banque ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par la banque si celle-ci est postérieure. En cas de refus par la banque, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

Pour les contrats d'assurance ayant pour objet de couvrir un contrat de crédit autre que ceux mentionnés au paragraphe précédent

Vous pouvez résilier votre adhésion au contrat d'assurance à chaque date anniversaire, moyennant un préavis de 2 mois avant cette date (le cachet de la poste faisant foi lorsque la résiliation est exercée par courrier). L'assureur se réserve la possibilité de résilier annuellement, dans les mêmes conditions, sauf cas d'aggravation du risque. La résiliation prend effet à la date anniversaire (0 heure) de l'adhésion, qui suit la notification de la résiliation. Vous devez exercer votre demande de résiliation dans les conditions prévues à l'article L. 113-14 du Code des assurances (soit par lettre ou tout autre support durable ; soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur Multi-Impact ; soit par acte extrajudiciaire). Multi-Impact confirmera par écrit la réception de la notification.

1.9 - OBLIGATIONS DES ASSURÉS

Vos déclarations servent de base à l'assurance qui devient incontestable dès son entrée en vigueur.

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle dans vos déclarations, nous pourrons invoquer la nullité de l'adhésion et conserver les cotisations d'assurance payées en application des dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances qui dispose :

« *Indépendamment des causes ordinaires de nullité, sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts (...).* »

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de nature à atténuer le risque, les garanties pourront être réduites, par application de la règle proportionnelle, conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances qui indique :

« *L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.* »

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

Par ailleurs, vous devez obligatoirement nous signaler sans délai toute modification des éléments nécessaires pour vous joindre (changement d'adresse ou d'état civil). À défaut, les courriers seront transmis à la dernière adresse connue et produiront tous leurs effets.

1.10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE

Conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est réputée conclue :

- à la date de votre accord sur le courrier bon pour accord, votre adhésion étant ensuite confirmée par l'émission d'un certificat d'adhésion à l'assurance ;
- à défaut, à la date d'émission du certificat d'adhésion à l'assurance.

Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction pendant toute la durée de votre (vos) prêt(s), sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 1.12 « Cessation des garanties ».

1.11 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

En l'absence de demande spécifique de votre part et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion, telle que définie à l'article 1.10 « Date de conclusion de l'adhésion et durée ». Vous pouvez cependant choisir comme date de prise d'effet des garanties :

- soit, la date de signature de l'offre de prêt ;
- soit, la date de premier déblocage des fonds.

Dans ce cas, la date que vous avez choisie doit être précisée sur la demande d'adhésion. En tout état de cause, quelle que soit la date choisie, la date d'effet des garanties est fixée au plus tôt à la date de conclusion de l'adhésion.

En cas de changement d'assurance en cours de prêt, la date d'effet des garanties correspond à la date de substitution du contrat d'assurance en cours et au plus tôt, à la date de conclusion de l'adhésion.

Les garanties sont accordées définitivement pour la durée du contrat quelles que soient les évolutions de votre situation personnelle/professionnelle et de santé, hors toute modification des prêts et des garanties à votre demande (article 5.1 « Modifications en cours de contrat ») ou cessation des garanties (article 1.12).

1.12 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat cessent :

- au terme normal ou anticipé de chaque prêt, objet de l'adhésion ;
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur entraînant l'exigibilité du prêt avant terme ;
- en cas de demande de résiliation à l'initiative de l'adhérent par application de l'article 1.8 « Faculté de résiliation » ;
- en cas de non-paiement des cotisations au terme de la procédure définie à l'article 3.3 « Non-paiement des cotisations » ;
- dès que l'assuré n'a plus la qualité de caution ou si l'emprunt cautionné a été entièrement remboursé ;
- à l'âge limite de chaque garantie aux prestations, c'est-à-dire :
 - à la date de mise à la retraite ou préretraite sauf en cas de mise en retraite pour inaptitude, et au plus tard, le jour de votre 70^e anniversaire pour les garanties ITT[■], IPT[■], IPP[■] et Gaf ;
 - le jour de votre 70^e anniversaire pour la garantie PTIA[■] ;
 - le jour de votre 85^e anniversaire pour la garantie Décès ;
 - à la veille du 20^e anniversaire de votre enfant pour la Gaf ;
 - en cas de départ et à la date du départ du dirigeant assuré ou de l'associé assuré de la personne morale adhérente ;
- si vous ne donnez pas suite à l'offre de prêt dans le délai imparti (article 1.2 « Prêts assurables »).

2 - Les garanties

L'ensemble des prestations versées est pondéré de la quotité souscrite par chacun des assurés . L'indemnisation s'effectue sur la base du tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre. Pour les prêts à taux variable, l'indemnisation découle du tableau d'amortissement produit au jour du sinistre, dans la limite des mécanismes d'ajustement prévus à l'offre de prêt initiale. Pour ceux-là, nous nous réservons le droit d'exiger en cours de prêt, l'actualisation du tableau d'amortissement pour ajuster le niveau de l'assurance.

2.1 - TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

2.2 - GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de **l'assuré avant le jour de son 85^e anniversaire**, nous versons au **bénéficiaire** , le capital restant dû, pondéré de la quotité assurée, à la date d'échéance qui précède le jour du décès majoré des intérêts courus jusqu'à la date du décès, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement, dans la limite du montant garanti et indiqué sur le **certificat d'adhésion** . En cas de décès simultané de l'emprunteur assuré et de la caution assurée dans le cadre du contrat d'assurance Avantage Emprunteur, le capital versé au bénéficiaire pour un même prêt ne pourra pas dépasser le capital restant dû au jour du décès.

Dispositions spécifiques

- **Prêts avec différé** : durant la phase de différé, nous versons le montant défini ci-dessous :
 - prêts avec différé d'amortissement en capital et intérêts : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès ;
 - prêts avec différé d'amortissement en capital : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès.
- **Prêts à déblocages successifs** : si le décès survient avant que la totalité du capital n'ait été débloquée par l'organisme prêteur, le règlement inclura le montant des fonds non encore versés à la date du décès, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées et que le contrat de prêt stipule expressément que l'opération pour laquelle le prêt a été consenti demeure.

Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

Les éventuelles échéances impayées, pénalités et intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte.

Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties pour l'assuré concerné.

2.3 - GARANTIE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de PTIA de l'assuré, nous versons au bénéficiaire le capital décès tel que défini à l'article 2.2 « Garantie en cas de décès » et déterminé au jour où la PTIA est reconnue. En cas de PTIA simultanée de l'emprunteur assuré et de la caution assurée dans le cadre du contrat d'assurance Avantage Emprunteur, le capital versé au bénéficiaire pour un même prêt ne pourra pas dépasser le capital restant dû au jour du sinistre.

La date de reconnaissance de la PTIA est :

- soit, la date à laquelle est notifiée la décision de la Sécurité sociale vous classant à titre définitif, avec attribution de la pension correspondante, dans la 3^e catégorie d'invalidité, conformément à l'article L. 341-1 et suivants et R. 341-2 du Code de la sécurité sociale ;
- soit, la date à laquelle vous êtes considéré comme invalide à 100 % par un régime de base de protection sociale, nécessitant l'assistance d'une tierce personne, à la suite d'un accident du travail ;
- soit, si vous n'êtes pas assuré social, la date fixée par les certificats concordants, établis par votre médecin et le médecin-conseil que nous mandatons selon la procédure prévue à l'article 4.5 « Droit d'enquête et expertise ».

La consolidation de l'état de PTIA doit intervenir avant le 70^e anniversaire de l'assuré.

Le capital n'est pas dû si à la date de reconnaissance de la PTIA, vous avez plus de 70 ans, et ceci même si l'accident ou la maladie qui a causé la PTIA est antérieur. Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties pour l'assuré concerné.

2.4 - GARANTIE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT), D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Votre état d'**ITT**, d'**IPT** ou d'**IPP** peut être constaté par le médecin-conseil que nous mandatons selon la procédure prévue à l'article 4.5 « Droit d'enquête et expertise », **sans suivre les décisions de la Sécurité sociale ou autres organismes assimilés**.

L'indemnité garantie est forfaitaire, égale aux mensualités venant à échéance mentionnées sur le tableau d'amortissement produit au jour du **sinistre**, pondéré de la **quotité assurée** et au **prorata temporis**, **dans la limite de 7 500 € par mois et par assuré, tous prêts confondus assurés dans le cadre du contrat d'assurance Avantage Emprunteur pour le contrat collectif souscrit par l'Association pour l'union et le recours en assurances auprès de MAIF VIE**.

En cas de sinistre simultané de l'emprunteur assuré et de la caution assurée dans le cadre du contrat Avantage Emprunteur, les prestations versées pour un même prêt ne pourront pas dépasser les mensualités venant à échéance mentionnées sur le tableau d'amortissement produit au jour du sinistre.

Dispositions spécifiques - Prêts avec différé

Lorsque l'incapacité de travail survient pendant la période de différé, les modalités qui s'appliquent sont les suivantes :

- prêts avec différé d'amortissement en capital et intérêts : aucune prestation n'est versée durant cette période ;
- prêts avec différé d'amortissement en capital : nous versons le montant des seules échéances d'intérêts, affecté de la quotité assurée.

La prise en charge des mensualités garanties s'applique pendant la durée de l'incapacité de travail au **prorata de la durée de cette incapacité**. Les échéances trimestrielles, semestrielles et annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

La garantie ITT

Si vous vous trouvez en état d'**ITT**, par suite de maladie ou d'accident survenu pendant la période de garantie, ou d'aggravation d'un état antérieur déclaré et ne faisant l'objet d'aucune restriction de garanties mentionnée aux conditions particulières, nous versons les indemnités garanties **à compter du 91^e jour d'incapacité de travail totale et continue**. La prise en charge au titre de la même ITT a une durée maximum de 1 095 jours consécutifs.

Rechute : en cas de rechute vous plaçant à nouveau en état d'**ITT**, nous ne ferons pas application à nouveau de la franchise. **Toute nouvelle ITT, quelle qu'en soit la cause, survenant au-delà de 60 jours après la reprise de l'activité professionnelle, donnera lieu à application d'un nouveau délai de franchise.**

Reprise à temps partiel thérapeutique : par dérogation aux dispositions ci-dessus, en cas de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique faisant suite à une indemnisation au titre de l'**ITT**, nous verserons 50 % de la mensualité garantie, **pendant une durée maximale de 180 jours. Cette limitation s'applique par sinistre ITT**.

Cessation des prestations ITT

Le versement des prestations en cas d'ITT cesse dès le moment où vous êtes reconnu capable d'exercer votre activité professionnelle même à temps partiel, sauf en cas de reprise à temps partiel thérapeutique, ou capable d'exercer au moins trois des cinq actes de la vie quotidienne dans le cas où vous n'exercez pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du sinistre.

Le versement des prestations d'ITT cesse si la durée maximum d'indemnisation de 1 095 jours est atteinte. Le versement des prestations d'ITT cesse si l'assuré est mis en préretraite, fait valoir ses droits à la retraite ou atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite.

Enfin le versement des prestations d'ITT cesse également si l'assuré décède ou à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré ; date à partir de laquelle nous étudierons une éventuelle prise en charge au titre de la garantie IPT/IPP.

La garantie IPT

Cette garantie intervient dès lors que vous êtes dans l'inaptitude totale et permanente d'exercer votre profession ou une profession quelconque si vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou êtes en recherche d'emploi.

En cas d'invalidité permanente totale, nous prenons en charge les mensualités venant à échéance mentionnées sur le tableau d'amortissement produit au jour du **sinistre**, pondéré par la **quotité**.

Il est également possible au moment de la survenance du sinistre au titre d'une invalidité permanente totale d'opter, pour le versement de la quotité assurée du montant du capital restant dû en lieu et place de la prise en charge des échéances de prêt garanties, sous réserve de l'accord du service Médical de l'assureur.

Le taux d'invalidité est déterminé par expertise médicale et par le croisement entre :

- le taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale (IF), fixé sur la base du barème de droit commun publié par le concours médical (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise). L'incapacité fonctionnelle est appréciée en dehors de toute considération professionnelle ;
- et le taux d'incapacité professionnelle, fixé en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession, des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Si vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou si vous êtes en recherche d'emploi, le taux d'incapacité professionnelle est apprécié par référence à une profession quelconque.

Pour connaître le taux d'invalidité permanente, nous vous invitons à vous reporter au tableau ci-dessous.

Vous êtes reconnu en IPT lorsque votre taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 % à la date de consolidation.

Si le taux d'invalidité est réduit à moins de 66 %, vous n'êtes plus considéré en IPT.

En outre, la date de consolidation doit survenir avant le 70^e anniversaire de l'assuré et en tout état de cause avant la mise en préretraite ou retraite de l'assuré et avant qu'il ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite.

| Taux d'incapacité professionnelle | Taux d'incapacité fonctionnelle | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| | 10 % | 20 % | 30 % | 40 % | 50 % | 60 % | 70 % | 80 % | 90 % | 100 % |
| 10 % | 10,00 % | 15,87 % | 20,80 % | 25,20 % | 29,24 % | 33,02 % | 36,59 % | 40,00 % | 43,27 % | 46,42 % |
| 20 % | 12,60 % | 20,00 % | 26,21 % | 31,75 % | 36,84 % | 41,60 % | 46,10 % | 50,40 % | 54,51 % | 58,48 % |
| 30 % | 14,42 % | 22,89 % | 30,00 % | 36,34 % | 42,14 % | 47,62 % | 52,78 % | 57,69 % | 62,40 % | 66,94 % |
| 40 % | 15,87 % | 25,20 % | 33,02 % | 40,00 % | 46,42 % | 52,41 % | 58,09 % | 63,50 % | 68,68 % | 73,68 % |
| 50 % | 17,10 % | 27,14 % | 35,57 % | 43,09 % | 50,00 % | 56,46 % | 62,57 % | 68,40 % | 73,99 % | 79,37 % |
| 60 % | 18,17 % | 28,84 % | 37,80 % | 45,79 % | 53,13 % | 60,00 % | 66,49 % | 72,68 % | 78,62 % | 84,34 % |
| 70 % | 19,13 % | 30,37 % | 39,79 % | 48,20 % | 55,93 % | 63,16 % | 70,00 % | 76,52 % | 82,77 % | 88,79 % |
| 80 % | 20,00 % | 31,75 % | 41,60 % | 50,40 % | 58,48 % | 66,04 % | 73,19 % | 80,00 % | 86,53 % | 92,83 % |
| 90 % | 20,80 % | 33,02 % | 43,27 % | 52,41 % | 60,82 % | 68,68 % | 76,12 % | 83,20 % | 90,00 % | 96,55 % |
| 100 % | 21,54 % | 34,20 % | 44,81 % | 54,29 % | 63,00 % | 71,14 % | 78,84 % | 86,18 % | 93,22 % | 100,00 % |

La garantie IPP

L'invalidité permanente est considérée comme partielle lorsque le taux d'invalidité indiqué dans le tableau ci-dessus est compris entre 33 % et 66 %.

Dans ce cas, nous prenons en charge le montant de l'échéance garantie multiplié par le taux de prise en charge défini comme suit :

Taux de prise en charge = 50 %.

Si le taux d'invalidité est inférieur à 33 %, vous n'êtes pas considéré en IPP et aucune prestation n'est due.

À partir de 66 % de taux d'incapacité la garantie IPT ci-avant s'applique.

En outre, la date de consolidation de l'invalidité permanente totale ou partielle doit survenir avant votre 70^e anniversaire et en tout état de cause avant votre mise en préretraite ou retraite et avant que vous ayez atteint l'âge requis pour faire valoir vos droits à la retraite.

Cessation des prestations IPT ou IPP

Les prestations en cas d'IPT¹⁰ ou d'IPP¹¹ cessent d'être versées en cas de reprise totale ou partielle d'une activité (hormis le cas du temps partiel thérapeutique décrit à l'article 2.4 - « La garantie en cas d'ITT¹², d'IPT et d'IPP »).

Les prestations en cas d'IPT ou d'IPP cessent également si l'assuré décède ou si l'assuré est mis en préretraite, fait valoir ses droits à la retraite ou atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite.

Dispositions communes aux garanties ITT, IPT et IPP

En aucun cas la prise en charge ne pourra être supérieure aux mensualités de remboursement dues à l'organisme prêteur.

Pour l'assuré qui a la qualité de caution, la prise en charge ne se fera que dans la mesure où vous avez été appelée en garantie et avez effectué des paiements à l'organisme prêteur pendant au moins un mois avant la date de survenance du sinistre et tant que le débiteur principal reste insolvable.

Les augmentations de mensualités de remboursement du prêt intervenues à votre demande auprès de l'organisme prêteur pendant l'incapacité de travail ne sont pas prises en compte.

Pour les prêts *in fine* ou relais, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

Les éventuelles échéances impayées, pénalités et intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte.

2.5 - GARANTIE AIDE À LA FAMILLE (GAF)

Définition

Vous bénéficiez de la Garantie aide à la famille (Gaf) lorsqu'en cours d'assurance, les conditions suivantes sont réunies cumulativement :

- vous avez souscrit la garantie ITT de la formule 3 ou 4 du contrat Assurance Emprunteur ;
- votre enfant, à charge du foyer fiscal, est atteint avant son 20^e anniversaire, d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants dans le cadre défini par les articles L. 544.1 et suivants du Code de la sécurité sociale ;
- vous bénéficiez de l'Allocation journalière de présence parentale (AJPP) définie aux articles L. 544-1 à L. 544-9 du Code de la sécurité sociale ;
- vous devez cesser partiellement ou totalement votre activité professionnelle ou votre recherche d'emploi pour vous occuper de votre enfant ;
- votre (vos) crédit(s) immobilier(s) finance(nt) votre résidence principale.

Prise en charge

La prise en charge de la Garantie aide à la famille est calculée en fonction de la quotité assurée sur la base suivante : 50 % des mensualités venant à échéance mentionnées sur le tableau d'amortissement produit au jour du sinistre, pondéré de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours d'allocation journalière de présence parentale perçue.

La prise en charge est limitée à 3 750€ par mois et par assuré, tous prêts confondus assurés dans le cadre du contrat Avantage Emprunteur.

Dans les cas de suspension totale d'échéance de remboursement qu'elle soit conventionnelle ou judiciaire, aucune prestation n'est versée.

Pour les prêts *in fine*, la dernière échéance composée du capital restant dû n'est jamais prise en charge.

L'indemnisation de la Garantie aide à la famille ne peut pas se cumuler avec une autre garantie du contrat y compris la garantie ITT.

En cas de décès ou de PTIA de l'assuré en cours d'indemnisation au titre de la Garantie aide à la famille, le capital dû au titre du décès ou de la PTIA, versée par MAIF VIE, sera alors diminué des sommes réglées au titre de la Garantie aide à la famille qui se rapporteraient à des périodes postérieures à la date du décès ou de la reconnaissance de la PTIA par MAIF VIE.

Le versement de l'indemnisation pour un même sinistre se poursuit pendant toute la durée où vous bénéficiez de l'AJPP et pour une durée maximale de 14 mois renouvelable une fois.

La durée maximale d'indemnisation pendant la durée totale de votre adhésion ne peut excéder 28 mois. Cette indemnisation peut être continue ou discontinue.

Cessation de la prise en charge

Le versement de l'indemnisation de la Garantie aide à la famille cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion ou de la garantie prévue à l'article 1.12 dans la présente notice ;
- si vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs de versement de l'AJPP.

2.6 - GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (GIS)

Vous bénéficiez de la Gis si elle est indiquée dans vos conditions particulières d'adhésion et que vous les avez acceptées.

Vous pouvez demander la mise en œuvre de cette garantie lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- votre état de santé est stabilisé ;
- votre taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin-conseil mandaté selon la procédure décrite à l'article 2.4 « Garantie en cas d'ITT, d'IPT et d'IPP », par référence **au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires**, atteint un taux égal ou supérieur à 70 % ;
- vous êtes en état d'invalidité professionnelle totale et êtes en mesure de fournir un justificatif de classement en 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité selon l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue **maladie** pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Dès lors que ces 3 conditions sont satisfaites, nous prenons en charge les mensualités venant à échéance mentionnées sur le tableau d'amortissement produit au jour du **sinistre**.

Les conditions de limitation des prestations et de cessation de la garantie sont identiques à celles définies à l'article 2.4 « Garantie en cas d'ITT, d'IPT et d'IPP » et « Cessation des prestations ». La date de début de versement des prestations correspond à la date de reconnaissance par le médecin-conseil de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus. Les exclusions de garantie définies à l'article 2.8 « Limites et exclusions de garanties » s'appliquent également à la Gis.

2.7 - COEMPRUNTEURS

En cas de décès, de PTIA, d'ITT, d'IPT ou d'IPP des deux coemprunteurs assurés, le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt, ne peut excéder le montant des sommes dues à l'organisme prêteur pour la même période.

2.8 - LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

Les garanties sont accordées sous réserve des limites et exclusions suivantes :

- le suicide pendant les douze mois qui suivent l'adhésion, sauf pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du plafond défini à l'article R. 132-5 du Code des assurances. En cas de modification(s) apportée(s) aux garanties (augmentation des capitaux assurés ou en cas de remise en vigueur de l'adhésion à la suite d'une suspension des garanties pour non-paiement des cotisations), le suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de la modification apportée aux garanties, mais ne concerne le cas échéant que l'augmentation de garantie ;
- les conséquences directes ou indirectes d'explosion, de dégagements de chaleur ou de l'irradiation provenant de la modification de la structure du noyau atomique ainsi que les conséquences directes ou indirectes d'accidents liés aux rayonnements nucléaires et ionisants ou de la transmutation de l'atome ou de la radioactivité qui ne sont pas en rapport avec un traitement médical ;
- les faits de guerres étrangères ou civiles, des participations actives de l'assuré à des émeutes, rixes, actes de terrorisme, étant précisé que les actes de légitime défense ou assistance à personne en danger sont garantis. Il en est de même si l'assuré n'a pas participé activement à l'un de ces évènements ou si cette participation résulte de l'exercice de sa profession préalablement garantie par l'assureur lors de l'adhésion au contrat ;
- les risques aériens se rapportant à des activités militaires, des compétitions aériennes, raids aériens, vols acrobatiques, démonstration, voltige, tentatives de records, vol sur prototype, ou vols d'essais, ainsi que les vols effectués sur des appareils non munis d'un certificat valable de navigabilité, ou pilotes par un pilote non muni d'un brevet valable, sauts effectués avec des parachutes non homologués ;
- les accidents de la circulation résultant d'un état d'ivresse de l'assuré caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation du Code de la route en vigueur à la date de survenance de l'accident ;
- les accidents résultant de la participation de l'assuré à un délit intentionnel ou un crime ;
- les suites et conséquences des affections et accidents visées au questionnaire de santé dont la première constatation médicale est antérieure à l'émission du certificat d'adhésion. Toutefois, les conséquences d'accidents ou maladies déclarées au questionnaire de santé sont couvertes dès lors que les conditions particulières ne les excluent pas explicitement.

En outre, sont également exclues les suites et conséquences d'accidents résultant de la pratique par l'assuré des sports ou activités indiqués ci-après :

- les sports pratiqués à titre professionnel ou rémunéré ;
- la pratique du saut à l'élastique ;
- les paris, défis, raids et tentatives de record ;
- les activités sportives non encadrées par une fédération sportive reconnue par le ministère des Sports français ;
- le kitesurf, base jump, windboard, saut à l'élastique, sky surfing, vols en wingsuit, rooftopping ;
- les sports de vitesse avec engin à moteur incluant des participations à des compétitions.

Dans le cadre d'une pratique ponctuelle, d'une initiation ou d'un baptême encadré par un personnel qualifié titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigées, les exclusions sportives ci-dessus ne s'appliquent pas. Tout ou partie de ces exclusions sportives peut faire l'objet d'un rachat d'exclusion lors de l'adhésion au contrat.

Limites et exclusions spécifiques à la garantie PTIA

En plus des limitations communes à toutes les garanties, la garantie PTIA est accordée sous réserve des limites et exclusions suivantes :

- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- les conséquences d'accidents liés à l'utilisation de substances classées par le Code de la santé publique comme stupéfiants ou psychotropes, en dehors d'une prescription médicale ;
- les accidents et les maladies occasionnés par l'imprégnation alcoolique de l'assuré (ivresse ou l'alcoolisme chronique de l'assuré reconnue médicalement).

Limites et exclusions spécifiques aux garanties ITT, IPT, IPP et Gis

En plus des limitations communes à toutes les garanties, les garanties ITT, IPT, IPP et GIS sont accordées sous réserve des limites et exclusions suivantes :

- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- les conséquences d'accidents liés à l'utilisation de substances classées par le Code de la santé publique comme stupéfiants ou psychotropes, en dehors d'une prescription médicale ;
- les accidents et les maladies occasionnés par l'imprégnation alcoolique de l'assuré (ivresse ou l'alcoolisme chronique de l'assuré reconnue médicalement) ;
- la période de grossesse couverte par le congé légal de maternité, ou assimilé pour les non-salariées tel que prévu par le Code du travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité temporaire totale de travail ; cette disposition s'applique aussi par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées ;
- les cures de toute nature, notamment thermales, marines de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en établissement de repos ;
- les interventions chirurgicales esthétiques et/ou traitements esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat.

En outre, si l'option « Confort » prévue à l'article 1.3 « Formules de garanties » n'a pas été souscrite, les exclusions suivantes s'appliquent en cas d'ITT, d'IPT et d'IPP :

- pathologies relatives à l'axe rachidien, paravertébrales, disco-vertébrales ou dorsolombaires et leurs suites et conséquences, de lumbago, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales, ainsi que les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours continus. La matérialisation de cette hospitalisation n'entrainera pas une indemnisation rétroactive portant sur la période d'incapacité antérieure au 1^{er} jour d'hospitalisation ;
- troubles anxieux, troubles névrotiques, schizophrénie, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome de burn-out ou d'épuisement, du syndrome de fatigue chronique, de la fibromyalgie, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation en établissement psychiatrique, ou service de psychiatrie d'un établissement hospitalier, supérieure ou égale à 9 jours continus. La matérialisation de cette hospitalisation n'entrainera pas une indemnisation rétroactive portant sur la période d'incapacité antérieure au 1^{er} jour d'hospitalisation.

3 - Les cotisations

3.1 - TARIF

La cotisation est fixée en fonction des garanties souhaitées, de la date d'adhésion, de votre activité professionnelle et de ses conditions d'exercice, de votre qualité de fumeur ou non-fumeur, de vos risques médicaux et sportifs déclarés, des caractéristiques du prêt, du capital initial, de la quotité choisie et du coemprunteur assuré.

La cotisation est déterminée, selon votre choix, et selon le conseil donné par votre interlocuteur, soit :

1. En pourcentage du capital initial et fonction de votre âge à l'adhésion.

L'âge à l'adhésion est déterminé par différence entre la date de calcul de la date d'effet des garanties souhaitées et votre date de naissance. En cas d'erreur dans l'indication de votre date de naissance, l'ajustement nécessaire sera fait conformément à l'article L. 132-26 du Code des assurances.

Le taux de cotisation est fixe et s'applique sur le capital initial compte tenu de la quotité assurée.

2. En pourcentage du capital restant dû et fonction de l'âge atteint chaque année.

Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû, compte tenu de la quotité assurée.

Le montant du capital restant dû, assiette de la cotisation, est déterminé par l'assureur en fonction des caractéristiques du prêt garanti fournies par vous lors de l'adhésion ou celui du dernier tableau d'amortissement émis en cas d'évolution de votre prêt notamment les prêts à taux variables.

Cette cotisation est fixée taxes actuelles comprises. L'échéancier des cotisations reprenant le coût de l'assurance (coût global, coût par période et la durée) figure sur le certificat d'adhésion. Elle est définie pour la durée totale du contrat et ne peut être aménagée que lors d'une demande de modification de votre part (selon l'article 5.1 « Modification en cours de contrat ») ou une évolution relative aux taxes en vigueur.

3.2 - PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation d'assurance est due à compter de la date de prise d'effet des garanties. Elle est payable d'avance mensuellement par prélèvement bancaire. Cependant, vous avez la faculté de choisir une autre périodicité lors de votre adhésion. Le prélèvement est effectué le 5 du mois. Il est exclusivement effectué en euros.

Vous êtes exonéré du paiement des cotisations pendant toute la durée d'une prise en charge au titre des garanties ITT, Gaf, IPT ou IPP.

3.3 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, nous vous adressons, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée vous informant, conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances, que le contrat sera résilié 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation est toujours impayée à l'issue de ce délai.

Une copie de la lettre recommandée de mise en demeure est adressée à l'organisme prêteur.

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, le délai de suspension des garanties après mise en demeure est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande, conformément à l'article L. 722-13 du Code de la consommation.

4 - Formalités à accomplir en cas de sinistre

Tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties est à déclarer :

- par courrier à Multi-Impact - 41-43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 Reims cedex ;
- via l'espace assuré <https://espaceclient.multi-impact.com> ;
- ou par téléphone au 03 26 47 91 49.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel à Multi-Impact, à l'attention du médecin-conseil. Sous peine de suspension des garanties, vous devez nous adresser dans les délais fixés, tous les justificatifs que nous vous demandons.

Quelle que soit la garantie, nous nous réservons le droit de demander tout autre document que nous jugerons utile pour l'étude de la demande de prestations.

4.1 - FORMALITÉS EN CAS DE DÉCÈS

Les pièces à produire pour l'étude de la demande d'indemnisation sont :

- un extrait d'acte de décès ;
- un justificatif d'identité ;
- un certificat médical de décès, précisant notamment la cause du décès (naturelle, accidentelle, suicide ou homicide), complétée et signée par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès ;
- les comptes rendus hospitalier, histologique et opératoire s'il y a lieu ;
- le procès-verbal de gendarmerie ou le rapport de police en cas d'accident ;
- l'offre de prêt ;
- le tableau d'amortissement du (des) prêt(s) concerné(s) en vigueur au jour du décès ;
- un relevé de compte faisant ressortir le prélèvement de la dernière échéance de remboursement du (des) prêt(s) à la date du décès ;
- une attestation précisant les coordonnées du compte bancaire de l'organisme prêteur, bénéficiaire acceptant, et indiquant le capital restant dû à créditer en cas de prise en charge.

La preuve du décès hors de France est fournie par un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Les sommes dues sont payables au bénéficiaire (article 4.7 « Bénéficiaire des prestations »).

4.2 - FORMALITÉS EN CAS DE PTIA

Les pièces à produire pour l'étude de la demande d'indemnisation sont :

- un justificatif d'identité ;
- une attestation médicale indiquant la cause, la nature, le début et l'évolution de la PTIA, complétée et signée par votre médecin traitant ;
- le justificatif pour assistance d'une tierce personne ;
- et, si vous êtes salarié(e) : la notification d'attribution de la pension d'invalidité 3^e catégorie ou la notification de rente accident du travail à 100 % du régime général de la Sécurité sociale ou régimes similaires ;
- les comptes rendus hospitalier, histologique et opératoire s'il y a lieu ;
- le procès-verbal de gendarmerie ou le rapport de police en cas d'accident ;
- l'offre de prêt ;
- le tableau d'amortissement du (des) prêt(s) concerné(s) en vigueur au jour de la reconnaissance de la PTIA ;
- un relevé de compte faisant ressortir le prélèvement de la dernière échéance de remboursement du (des) prêt(s) à la date du sinistre ;
- une attestation de l'organisme prêteur précisant les coordonnées du compte bancaire à créditer, en cas de prise en charge.

L'état de PTIA doit être constaté en France métropolitaine. Les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré. Cependant, pour les résidents hors France métropolitaine et hors Drom, la reconnaissance s'appuiera sur un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays de résidence de l'assuré.

4.3 - FORMALITÉS EN CAS D'ITT[✉], D'IPT[✉], D'IPP[✉] OU DE GIS

Toute incapacité de travail doit être déclarée à partir du 91^e jour d'incapacité de travail et au plus tard, le 180^e jour. **Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration, si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a porté préjudice.**

Les pièces à produire pour l'étude de la demande d'indemnisation sont :

- un justificatif d'identité ;
- un questionnaire arrêt de travail, complété et signé par vos soins ;
- une attestation médicale indiquant la cause de l'arrêt de travail ou la cause de l'invalidité, complétée et signée par votre médecin traitant ;
- les comptes rendus hospitalier, histologique et opératoire s'il y a lieu ;
- une copie des examens médicaux (ex : radiologiques, sanguins...) s'il y a lieu ;
- le procès-verbal de gendarmerie ou le rapport de police en cas d'accident ;
- une déclaration détaillant les circonstances en cas d'accident ;
- l'offre de prêt ;
- le tableau d'amortissement du (des) prêt(s) concerné(s) en vigueur au jour de l'arrêt de travail pour la garantie ITT, ou en vigueur à la date de consolidation pour les garanties IPT et IPP ;
- un relevé de compte faisant ressortir le prélèvement de la dernière échéance de remboursement du (des) prêt(s) à la date du sinistre ;
- une attestation de l'organisme prêteur précisant les coordonnées du compte bancaire à créditer, en cas de prise en charge ;
- et, en cas d'IPT, d'IPP ou de Gis :
 - la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou la rente d'accident du travail ;
 - et, les justificatifs de paiement de la pension ou de la rente ;
- et, en cas d'ITT :
 - si vous êtes salarié(e) : les relevés/décomptes d'indemnités journalières du régime social auquel vous êtes affilié(e) ;
 - si vous êtes fonctionnaire ou assimilé : les attestations de votre employeur ou arrêtés du comité médical départemental ;
 - si vous êtes travailleur non salarié (TNS) : les décomptes de règlements des indemnités journalières du régime social des indépendants (RSI) ou régimes similaires si vous y êtes affilié. À défaut, les certificats médicaux d'arrêt de travail.

Par ailleurs :

- **en cas de temps partiel thérapeutique** : le certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique précisant la date ainsi que les décomptes de règlement des indemnités journalières mi-temps si vous êtes affilié(e) à un régime social ;
- **en cas de rechute** : l'attestation médicale, précisant la date de la rechute et permettant d'établir qu'il s'agit de la même maladie ou accident que celle ou celui qui est à l'origine de l'arrêt de travail initial.

Les pièces émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires ne nous engagent pas. En cours de sinistre, nous pourrons solliciter le renouvellement de certaines formalités pour poursuivre l'indemnisation.

L'état de d'IPT, d'IPP ou de Gis doit être constaté en France métropolitaine ou dans les Drom. Les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré. Cependant pour les résidents hors France métropolitaine et hors Drom, la reconnaissance s'appuiera sur un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays de résidence de l'assuré.

Le paiement des prestations et le décompte de la période de **franchise[✉]** pour la garantie ITT ne pourra pas avoir lieu après le jour de la 1^{re} constatation médicale faite en France métropolitaine ou dans les Drom.

4.4 - FORMALITÉS EN CAS DE GAF

Vous devez nous transmettre dans les 180 jours à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la Garantie aide à la famille accompagnée des pièces suivantes :

- l'attestation d'accord de prise en charge par la Caisse d'allocations familiales (Caf) de l'Allocation journalière de présence parentale (AJPP) ;
- le décompte mensuel de paiement de la prestation Caf concernant le règlement de l'allocation AJPP : ces attestations doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme Caf.

À défaut de présentation de ces pièces, la prise en charge cesse.

4.5 - DROIT D'ENQUÊTE ET D'EXPERTISE

Sous peine de suspension des garanties, vous devez nous adresser dans les délais fixés, tous les justificatifs demandés. De plus, à tout moment, nous pouvons faire procéder par un médecin à une expertise médicale relative à la demande ou au maintien des prestations. Notamment lorsque votre état d'incapacité ou d'invalidité est constaté par expertise médicale en dehors de toute considération du régime obligatoire auquel vous êtes affilié. Les honoraires médicaux relatifs à cet examen sont à notre charge. Vous avez la possibilité de vous faire assister du médecin de votre choix et à vos frais ou d'opposer les conclusions de votre propre médecin.

L'expertise médicale entraîne la suspension de tout règlement. Les prestations ne sont pas dues si vous refusez de vous soumettre à l'expertise ou si l'expertise révèle que les conditions prévues par les garanties ne sont pas ou plus réunies.

En cas d'accident ou de maladie hors de France métropolitaine, vous êtes tenu de faire élection de votre domicile en France métropolitaine pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre. Une enquête peut également être diligentée pour déterminer les origines du décès de l'assuré.

4.6 - EXPERTISE ARBITRALE ET EXPERTISE JUDICIAIRE

Expertise médicale arbitrale

À toute époque les médecins experts mandatés par l'assureur devront pouvoir contrôler l'état de santé de l'assuré atteint d'incapacité ou d'invalidité. À défaut, aucune prestation n'est exigible.

Le médecin traitant de l'assuré a toujours la faculté d'assister à la visite du médecin expert mandaté par l'assureur.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, les parties s'engagent à n'avoir recours à la voie judiciaire qu'après une expertise d'arbitrage amiable effectuée par un médecin expert désigné d'un commun accord.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais du médecin qu'elle a désigné pour l'assister à l'expertise d'arbitrage et supportera par moitié ceux de l'expert arbitre désigné.

Expertise judiciaire

En tout état de cause, les parties conservent la faculté de porter le litige devant les juridictions compétentes. Aussi, le recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations est possible dès que survient un différend entre l'assuré et le médecin-conseil mandaté par l'assureur. Ce recours est également possible si, à l'issue de l'expertise amiable, une des parties est en désaccord avec l'avis du médecin expert.

4.7 - BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées à l'organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant, à concurrence des sommes qui lui sont dues au jour du sinistre. Sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur, les prestations relatives aux garanties **ITT** , **IPT** , **IPP** , **Gaf** et **Gis** peuvent être versées à l'assuré.

5 - Dispositions générales

5.1 - MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

En cours d'adhésion, les changements intervenus dans votre situation personnelle ou professionnelle n'ont aucune incidence sur les garanties qui vous ont été accordées, elles sont maintenues aux mêmes conditions.

Départ du dirigeant assuré ou de l'associé assuré de la personne morale adhérente

En cas de départ du dirigeant assuré ou de l'associé assuré de la personne morale adhérente, cette dernière doit obligatoirement informer Multi-Impact - 41-43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 Reims cedex, ainsi que l'organisme prêteur.

Modification du (des) prêt(s)

En cours d'adhésion, vous êtes tenu de nous faire part de toutes les modifications de votre tableau d'amortissement et nous vous procurerons un avenant intégrant ces modifications.

En cas de modification des caractéristiques du prêt en cours de contrat sollicitée par l'adhérent, pour bénéficier de garanties adaptées, vous devez nous en informer par écrit.

Dispositions spécifiques

- **Prêts à échéances modulables** : l'allongement de la durée du prêt qui découle du fonctionnement normal du contrat de prêt est accepté d'office, dans la limite de la durée maximale de 360 mois (30 ans).
- **Prêts faisant l'objet d'un plan de surendettement** : le nouveau plan de financement résultant du prêt assuré à l'origine, est accepté d'office, sous réserve de l'ajustement du montant des cotisations.

Modification des garanties

Aucune diminution de garantie (formule de garanties et/ou quotité) demandée par l'adhérent ne pourra être effectuée sans le consentement exprès de l'organisme prêteur. En cas de modification des quotités ou des garanties en cours de contrat, l'assuré concerné par une augmentation de garanties doit satisfaire à de nouvelles formalités d'adhésion.

La modification prend effet :

- en cas de diminution de garantie : le jour de la réception de l'accord du bénéficiaire par l'assureur ;
- en cas d'augmentation : à la date d'effet des garanties souhaitée mentionnée sur la nouvelle demande d'adhésion et au plus tôt, à la date d'acceptation de la modification par l'assureur.

Si la demande de modification des garanties est effectuée alors que vous êtes en incapacité ou en invalidité (article 2.4 « Garantie en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT), d'invalidité permanente totale (IPT), d'invalidité permanente partielle (IPP) »), la modification prendra alors effet à la date de fin d'indemnisation du sinistre concerné.

5.2 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions ou des informations sur les clauses ou conditions d'application de votre contrat, Multi-Impact est en mesure d'étudier vos demandes. Multi-Impact est à l'écoute de tout mécontentement sur l'application de ce contrat ou la mise en œuvre de ses garanties.

Pour cela, vous pouvez, à tout moment, déposer une réclamation :

- par courrier : Multi-Impact - Service Réclamation - CS 110002 - 51687 Reims cedex ;
- par mail : medical@multi-impact.com ;
- par téléphone au 03 26 47 91 49.

Multi-Impact s'engage à accuser réception de votre réclamation dans les dix jours ouvrables suivant sa réception.

Une réponse argumentée vous est apportée dans un délai maximal de deux mois.

Passé ce délai, si celle-ci ne vous convient pas, vous pouvez recourir gratuitement à la médiation de l'Assurance :

- par voie électronique sur le site de la médiation de l'Assurance www.mediation-assurance.org ;
- par courrier, à l'adresse suivante, Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

Le Médiateur de l'Assurance formule une proposition de solution que les parties sont libres d'accepter ou de refuser.

Le recours à la médiation n'exclut pas la possibilité pour les parties d'un recours devant une juridiction.

Vous trouverez sur le site de la médiation de l'Assurance www.mediation-assurance.org toutes les informations utiles sur la mission du Médiateur de l'Assurance et la procédure de médiation.

L'autorité de tutelle des entreprises régies par le Code des assurances est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

5.3 - PRESCRIPTION

Aucune action, ni réclamation concernant le présent contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire après un délai fixé par la loi.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° *En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.*
- 2° *En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.*

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

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

Article L. 114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées dans cet article sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après :

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périr l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

Article L. 114-3 du Code des assurances

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.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr.

5.4 - SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, nous pouvons exercer un recours conformément aux dispositions légales, à concurrence des prestations et indemnités versées.

5.5 - CONVENTION DE PREUVE

En cas d'adhésion au contrat à distance avec option pour le mode de souscription numérique, la signature électronique de la demande d'adhésion vaut manifestation de votre accord sur les conditions de votre adhésion dont vous avez préalablement pris connaissance.

Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble des déclarations que vous avez effectuées de façon dématérialisée, y compris celles relatives à votre état de santé.

Vous êtes informé(e) et accepté(e) expressément que les données et documents d'adhésion sous forme électronique, conservés par Multi-Impact ou chez un hébergeur de données de santé mandaté par cette dernière et agréé au sens de l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique, vous soient opposables et puissent être admis comme preuve de votre identité, de vos déclarations et de votre consentement relatif à l'adhésion au présent contrat ainsi qu'à son contenu et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

Ces données et documents ayant fait l'objet d'une signature électronique conforme aux dispositions du décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 auront la même force probante qu'un support écrit en cas de contestation.

5.6 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Responsable de traitement concernant la distribution de votre contrat

Meilleurtaux est située au 36 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 Paris et a désigné un délégué à la protection des données personnelles. Vous pouvez le contacter, en joignant une copie d'une pièce d'identité, par courrier postal en écrivant à : DPO VALUE - 1 rue Georges Stephenson - 78180 Montigny-le-Bretonneux ou par courrier électronique en écrivant à l'adresse de courriel : dpo-groupe-meilleurtaux@meilleurtaux.com

Responsable de traitement concernant la gestion de votre contrat

Multi-Impact est situé 41-43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 Reims cedex et a désigné un délégué à la protection des données personnelles. Vous pouvez le contacter, en joignant une copie d'une pièce d'identité, par courrier postal en écrivant à : DPO VALUE - 1 rue Georges Stephenson - 78180 Montigny-le-Bretonneux ou par courrier électronique en écrivant à l'adresse de courriel : dpo-groupe-meilleurtaux@meilleurtaux.com

Destinataires des données à caractère personnel

Vos données personnelles sont destinées, dans le cadre de leurs missions, aux personnes habilitées des responsables de traitement et à leurs sous-traitants, partenaires ou prestataires, lorsqu'ils participent à la réalisation des finalités pour lesquelles les données sont collectées, dans le cadre de la souscription et l'exécution des contrats d'assurance.

À ce titre, en fonction de la situation, peuvent être également rendues destinataires des données les personnes intervenant au contrat, les personnes intéressées au contrat et les personnes habilitées au titre des tiers.

Finalités de traitements et bases légales

Vos données personnelles sont utilisées dans le cadre de notre relation contractuelle pour répondre à plusieurs finalités et sur différents fondements juridiques.

Toutes les données personnelles collectées sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives.

À défaut de fourniture des données obligatoires, les responsables de traitement seront dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

La législation impose certaines exigences au titre desquelles vos données sont obligatoirement traitées.

Ces traitements sont réalisés sur le fondement juridique des textes les imposant et notamment le Code des assurances ou le Code monétaire et financier. Nous utilisons vos données pour :

- l'identification et la connaissance de la clientèle lorsque celles-ci sont requises ;
- le respect de la réglementation en matière de devoir de conseil ;
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- l'application des mesures nationales ou internationales de sanction, notamment le gel des avoirs ;
- la réalisation de déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques ;

- la réponse aux demandes de tiers autorisés notamment en cas de réquisitions judiciaires légalement formées ou de demande de communication ;
- la gestion des demandes relatives à l'application de la législation sur la protection des données personnelles.

Nous utilisons vos données personnelles sur le fondement juridique de l'exécution des contrats ou pour des mesures précontractuelles prises à votre demande. Dans ce cadre, nous utilisons vos données pour :

- la passation et la gestion administrative des contrats et services de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat incluant notamment la signature électronique de vos contrats, les opérations liées aux paiements ;
- l'étude des besoins spécifiques pour proposer des produits ou services adaptés à vos besoins ;
- les opérations nécessaires à la mise en œuvre des opérations notamment dans le cadre de la gestion du contrat ;
- communiquer avec vous dans le cadre de la gestion de vos contrats. À cet égard, nous sommes susceptibles de vous adresser des appels, courriers, courriels, SMS ou messages téléphoniques préenregistrés ;
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles.

Nous traitons certaines de vos données personnelles pour nous permettre de réaliser nos intérêts légitimes.

Nous poursuivons plusieurs intérêts et utilisons vos données pour :

– **l'amélioration de la qualité et de la relation adhérent :**

- la réalisation d'enquêtes de satisfaction pour solliciter votre avis et améliorer ainsi notre compréhension de vos besoins ou de vos insatisfactions ;
- l'évaluation et la formation du personnel ;
- assurer la cohérence et maintenir à jour les données que vous nous fournissez, notamment en réalisant des opérations de normalisation ou d'enrichissement ;

– **le marketing, la publicité et le développement commercial :**

- comprendre la façon dont vous utilisez nos services et mieux vous connaître afin d'améliorer nos produits et services et développer de nouvelles offres ;
- élaborer des statistiques commerciales ou d'utilisation de nos services, sites et applications ;

– **la sécurité et préservation des intérêts collectifs :**

- améliorer la sécurité, éviter les dysfonctionnements ou prévenir et réagir à des problèmes de sécurité ou d'autres activités potentiellement interdites ou illégales ;
- détecter des cas de fraude et enquêter pour préserver nos intérêts collectifs.

Traitement des données de santé

Des données de santé vous concernant pourront être collectées. Dans les cas où le traitement des données de santé vous concernant est soumis à votre consentement, celui-ci est recueilli spécifiquement au moment de la collecte de vos données de santé.

Durée de conservation

La durée de conservation de vos données personnelles varie en fonction des finalités pour lesquelles vos données sont traitées et de votre contrat. Elle peut également résulter d'obligations légales de conservation.

Pour les contrats d'assurance, la durée est liée à celle de votre contrat, des garanties et à la mise en œuvre de ces garanties augmentées des délais durant lesquels vous en bénéficiez et des durées de prescription applicables. Cette durée peut atteindre trente années.

Dans le cadre de la prospection commerciale, vos données sont conservées pour une durée de trois ans au maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

Exercice des droits sur les données personnelles

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, de définir des directives post mortem relatives à vos données et de portabilité.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière ou, lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection commerciale, sans avoir à vous justifier.

Lorsque le traitement des données est soumis à consentement, vous pouvez retirer ce consentement sans préjudice.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Cnil via une procédure de droit d'accès indirect.

Néanmoins, vous pouvez exercer votre droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière auprès du responsable de traitement concerné.

Sur la gestion de vos données personnelles dans le cadre de la distribution de votre contrat

Vous pouvez exercer vos droits auprès de DPO VALUE - 1 rue Georges Stephenson - 78180 Montigny-le-Bretonneux ou par courrier électronique en écrivant à l'adresse de courriel : dpo-groupe-meilleurtaux@meilleurtaux.com

Sur la gestion de vos données personnelles dans le cadre de la gestion de votre contrat

Vous pouvez exercer vos droits auprès de DPO VALUE - 1 rue Georges Stephenson - 78180 Montigny-le-Bretonneux ou par courrier électronique en écrivant à l'adresse de courriel : dpo-groupe-meilleurtaux@meilleurtaux.com

En cas de réclamation relative au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission nationale informatique et libertés (Cnil), TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

5.7 - LANGUE, LOI APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPÉTENTES

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

Le contrat collectif Avantage Emprunteur a été souscrit par l'Association pour l'union et le recours en assurances auprès de MAIF VIE. Ce contrat, conçu par MAIF VIE, est géré par Multi-Impact et proposé par le groupe Meilleurtaux.

MAIF VIE - Société anonyme au capital de 122 000 000 € - RCS Niort 330 432 782 - 50 avenue Salvador Allende - CS 90000 - 79029 Niort cedex 9. Entreprise régie par le Code des assurances.

Meilleurtaux - Société par actions simplifiée au capital de 1 000 000 €. Inscrite au RCS Paris 424 264 281 et à l'Orias sous le numéro 07 022 955 (www.orias.fr) Siège social : 36 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 Paris.

Multi-Impact - Société par actions simplifiée au capital de 54 852 €. Inscrite au RCS Reims 402 502 108 et à l'Orias sous le numéro 07 004 884 (www.orias.fr) Siège social : 41-43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 Reims cedex.

Association pour l'union et le recours en assurances - Siège social : Technopole du Moulin - Rond-point du Canet - CS 10019 - 13590 Meyreuil.

NIAVEM.MT - 08/25 - Réalisation : Studio de création MAIF.