

Notice d'information du contrat d'assurance de groupe DIRECT EMPRUNTEUR

N°4043/2000 souscrit par l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances (ASSOCIAREA).

SOMMAIRE

CHAPITRE	PAGE	CE QUE VOUS ALLEZ Y TROUVER
1. Définitions	3	<ul style="list-style-type: none">Définitions des mots « essentiels » de cette notice
2. L'objet de votre contrat	3	<ul style="list-style-type: none">Objet du contratNotion d'acceptation
3. Votre adhésion et ses modalités	3	<ul style="list-style-type: none">Conditions d'adhésionCautionFormalités médicalesEmission du certificat d'adhésionCapital assuréLimite d'Engagement de l'assureur
4. A partir de quand et pour combien de temps êtes-vous couvert ?	4	<ul style="list-style-type: none">A quelle date est conclue votre contrat ?A quel moment prennent effet vos garanties ?Quelle est la durée de votre adhésion et des garanties ?Quand prend fin votre adhésion ?Cessation des garanties
5. Qu'est-ce qui est assuré ?	5	<ul style="list-style-type: none">Qu'est-ce qui est assuré ?Qu'est-ce que le décès accidentel ?Qu'est-ce que la Garantie perte totale et irréversible d'autonomie ?Garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale ou partielleIndemnisationContrôle en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle
6. Quelles sont les exclusions de garantie ?	8	<ul style="list-style-type: none">Liste des exclusions
7. La vie de votre contrat	8	<ul style="list-style-type: none">Etendue territoriale des garantiesBénéficiaire de l'assuranceCotisationsAménagement du prêt en cas de remboursement anticipé partiel et changement de quotitéCumul des garanties
8. Que faire en cas de sinistre ?	9	<ul style="list-style-type: none">Modalités en cas de sinistre
9. Informations générales	10	<ul style="list-style-type: none">PrescriptionInformations sur l'utilisation des données personnellesEn cas de réclamationOrganisme de contrôle de l'assureurFaculté de renonciationFourniture d'opérations à distanceRenonciation, vente à distance et démarchageDémarchage téléphoniqueConvention AERAS, droit à l'oubli et grille de référenceConvention de preuveDroit applicable et juridictions compétentesLutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorismeSanctions internationales

Préambule

Les informations qui sont fournies dans la notice d'information sont de caractère commercial et sont valables sans limitation de durée, sous réserve que l'adhésion soit conclue, et hors changements légaux ou réglementaires.

Elles ont pour objet de décrire les différentes garanties accordées par le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°4043/2000

- souscrit par l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances (ASSOCIAREA), Association régie par la loi de 1901 dont le siège est à MEYREUIL (13590) Technopole du Moulin, Rond-Point du Canet CS 10019 (ci-après dénommée « le Souscripteur »)
- auprès d'AXA France Vie S.A. au capital de 487 725 073,50 € immatriculée sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre siège social 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex - Entreprise régie par le Code des assurances et sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09, (ci-après « l'Assureur »)
- au profit de ses Adhérents, en vue de garantir des prêts immobiliers et professionnels ou des prêts personnels accordés par des organismes prêteurs (ci-après dénommés le ou les « Organismes Prêteurs »).

Votre contrat d'assurance est composé de la présente notice d'information valant Conditions Générales, de la demande d'adhésion dûment complétée et signée et du certificat d'adhésion ainsi que de tout avenant portant modification au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°4043/2000.

Pour vous faciliter la lecture de cette notice :

- « vous » désigne l'Assuré à ce Contrat;
- « nous » et « AXA » désignent l'Assureur ;
- « Contrat » désigne votre contrat d'assurance emprunteur, composé de la présente notice d'information valant Conditions Générales, de la demande d'adhésion dûment complétée et signée et du certificat d'adhésion

Il faut entendre par :

ITT :	Incapacité temporaire totale de travail
ITP :	Invalidité temporaire partielle de travail
IPT :	Invalidité permanente totale
IPP :	Invalidité permanente partielle
PTIA :	Perte totale et irréversible d'autonomie

1 Définitions

Voici les définitions des mots « essentiels » en matière d'assurance de prêt que vous allez lire dans cette notice.

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action violente et soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure, survenue après la prise d'effet des garanties du Contrat. L'Assuré ne doit pas avoir volontairement déclenché cette action.

! Ne sont pas considérées comme un Accident au sens du Contrat : les conséquences directes d'une intervention chirurgicale, les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux.

Adhérent : Personne physique majeure ou personne morale, membre de l'ASSOCIAREA (l'adhésion à l'ASSOCIAREA figure dans la demande d'adhésion au Contrat), qui répond aux conditions d'adhésion listées au paragraphe 3.1 « Conditions d'adhésion », a adhéré au Contrat et est désigné comme tel dans la demande d'adhésion et le contrat de prêt. L'Adhérent est redevable des cotisations.

Assuré : l'Adhérent ou toute autre personne physique désignée dans la demande d'adhésion, répondant aux conditions d'adhésion listées au paragraphe 3.1 « Conditions d'adhésion », au Contrat et sur laquelle reposent les garanties souscrites. Le terme « assuré » désigne chacun des assurés : emprunteur, co-emprunteur, dirigeant ou caution éventuelle.

Capital assuré : montant du capital emprunté couvert par le Contrat et calculé sur la base de la quotité assurée.

Capital restant dû : montant total du prêt dont l'Assuré est redevable auprès de l'Organisme Prêteur au jour du Sinistre. Ce montant est calculé sur la base des caractéristiques du Prêt fourni par l'Assuré lors de l'adhésion et figurant sur le tableau d'amortissement ou ses éventuels avenants.

Caution : personne physique qui s'engage auprès de l'Organisme Prêteur à rembourser les échéances du prêt contracté par l'Emprunteur.

Distributeur : MEILLEURTAUX, société par actions simplifiée au capital de 1.000.000 € dont le siège social est situé 36 rue de Saint-Petersbourg 75008 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le n°424 264 281 et immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 022 955 sous le statut de courtier en assurances (www.orias.fr) ou son réseau de distribution affilié

Emprunteur : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès de l'Organisme Prêteur.

Franchise : Période de 30, 60, 90 et 180 jours consécutifs à la survenance du risque ITT durant laquelle les prestations ne sont pas dues. La Franchise est appliquée pour chaque Sinistre ITT.

Gestionnaire : MULTI IMPACT, SAS au capital de 54 852 €, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Reims sous le numéro B 402 502 108, dont le siège social est situé 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX. Courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 004 884 (www.orias.fr). MULTI IMPACT exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article R.511-2 du Code des assurances sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - acpr.banque-france.fr.

Prêt : Les caractéristiques des prêts immobiliers et professionnels ou les prêts personnels entrant dans le champ d'application du présent contrat sont les suivantes :

- **Prêts amortissables**, à taux fixe ou à taux indexé, d'une durée maximale de 30 ans.
- **Prêts relatifs à une VEFA** (Vente en Etat Futur d'Achèvement), prêts amortissables tels que définis ci-dessus, à déblocages successifs, avec une période maximale de 3 ans entre la date de l'offre de prêt et le dernier déblocage des fonds,
- **Prêts par paliers** ou prêts lissés d'une durée maximale de 30 ans
- **Prêts modulables** : ils sont remboursables par échéances constantes ou variables et ont une durée maximale de 30 ans (y compris le rallongement de la durée initiale liée à une baisse du montant de la mensualité). Il est précisé que l'assurance peut être prolongée dans la limite de 2 ans sans nouvelle formalité médicale.
- **Prêts in fine** : ces prêts sont d'une durée maximum de 20 ans. Les intérêts sont réglés périodiquement
- **Crédits relais** : ces prêts sont d'une durée maximum de 3 ans. Les intérêts peuvent être réglés soit périodiquement, soit capitalisés et réglés avec le remboursement global du prêt.

Il est précisé que la durée maximale des prêts amortissables et des prêts modulables est portée à 35 ans pour les Adhérents âgés de moins de 45 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

- **Les prêts personnels** amortissables d'un montant minimum de 10.000 € entrent également dans le champ d'application du présent contrat.

Quotité assurée : Pourcentage du capital emprunté couvert par le Contrat. Ce pourcentage est renseigné par l'Adhérent sur la demande d'adhésion et peut être inférieur ou égal à 100% par assuré.

Sinistre : La réalisation d'un événement donnant lieu à garantie au titre de votre Contrat. L'ensemble des événements se rattachant à un même fait génératrice constitue un seul et même Sinistre.

2 L'objet de votre Contrat

DIRECT EMPRUNTEUR permet aux emprunteurs, co-emprunteurs et à leurs cautions, aux dirigeants ou cautions de personne morale, de s'assurer, en fonction de leur choix et de la nature de leur activité professionnelle, contre tout ou partie des risques se réalisant avant le terme du prêt et lié :

- Au Décès
- A la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- A l'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)
- A l'Invalidité Permanente Totale (IPT)
- A l'Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Le Contrat relève des branches 1 (Accident), 2 (Maladie), 16 (Pertes pécuniaires) et 20 (vie-décès) de l'article R 321-1 du Code des assurances.

En fonction de votre éligibilité, le Distributeur , vous proposera l'une des formules suivantes :

Garanties	Formule 1	Formule 2 ⁽¹⁾
Décès	✓	✓
PTIA	✓	✓
ITT		✓
IPT		✓
IPP		Optionnelle
Option 1 : BENEFICIAIRES LIBRES ^{(2) (3)}	Optionnelle	
Option 2 : Préférence ⁽⁴⁾		Optionnelle

⁽¹⁾ Cette formule ne s'applique pas pour un prêt relais

⁽²⁾ Cette formule ne s'applique pas pour un prêt personnel

⁽³⁾ La garantie Bénéficiaire libre sera à garantir au bénéficiaire de son choix, tout ou partie de la quotité non couverte par un contrat d'assurance de prêt souscrit au profit du prêteur .

⁽⁴⁾ L'option Préférence permet de racheter les deux dernières exclusions du chapitre 6 « [Quelles sont les exclusions de garantie ?](#) », concernant les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Le choix des formules et options figure sur la demande d'adhésion. Toutefois, sous réserve de l'accord de l'Assureur et du renouvellement des formalités d'adhésion, ce choix pourra être modifié.

Comme tout contrat d'assurance, le Contrat est par nature un contrat à l'éatoire par lequel en contrepartie d'une cotisation, l'Assureur s'engage vis-à-vis de l'Assuré à une prestation en cas de réalisation d'un ou plusieurs risques contre lesquels l'Assuré souhaite se protéger. Ces risques sont des événements dont la survenance est incertaine en son principe (par exemple un accident) ou sa date (par exemple le décès). En conséquence, le contrat d'assurance ne peut conduire à l'indemnisation d'un risque que l'Assuré sait déjà réalisé au jour de l'adhésion, aucune garantie ne pouvant être due par l'Assureur en l'absence d'aléa sur le risque assuré.

2.1 ACCEPTATION

Compte tenu de l'objet du Contrat, chaque Organisme Prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du Contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties prévues par ledit Contrat et s'engage à reverser, conformément aux dispositions du paragraphe « [BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE](#) » du chapitre 7 [« La vie de votre contrat »](#), les éventuels reliquats.

3 Votre adhésion et ses modalités

3.1 CONDITIONS D'ADHESION

Sous réserve de notre acceptation, pour avoir la qualité d'Assuré au titre du Contrat, vous devez respecter les conditions cumulatives suivantes :

- Être une personne physique résidant en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe dans l'Union Européenne,
- Remplir et signer la demande d'adhésion,
- Contracter un Prêt libellé en euros défini au chapitre 1 « **DEFINITIONS** » en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur, de dirigeant, ou de caution de personne physique ou morale,
- Être âgé(e) de plus de 18 ans à la date de signature de la demande d'adhésion et :
 - moins de 85 ans pour la garantie DÉCÈS, si le capital total à assurer est inférieur ou égal à 500 000 €,
 - moins de 65 ans pour la garantie DÉCÈS, si le capital total à assurer est supérieur à 500 000 €,
 - moins de 65 ans pour les garanties PTIA, IPT, IPP et ITT
 - moins de 65 ans pour la couverture BÉNÉFICIAIRES LIBRES,
- pour un représentant d'un Adhérent, personne morale « emprunteuse » : être âgé(e) de plus de 18 ans et constituer, à l'appréciation du prêteur, un élément primordial de la bonne marche et de la stabilité de la personne morale « emprunteuse » ou qui s'engage avec cette dernière à rembourser le prêt.
- Pour les garanties ITT, IPT et IPP : exercer une activité professionnelle rémunérée en France métropolitaine ou résider dans l'un des pays de l'Union Européenne et être titulaire d'un contrat de travail français, sans réduction ou limitation pour raison de santé, étant précisé que **ne sont pas admissibles à l'adhésion les femmes ou hommes au foyer ainsi que les étudiants, de même que les personnes en situation de retraite ou préretraite, les pensionnaires ou rentiers;**



Nous attirons votre attention sur le fait que toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte peut entraîner l'application des sanctions prévues par :

- l'article L.113-8 du Code des assurances : « **indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.** », ou
- l'article L.113-9 du Code des assurances : « **L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.** »

3.2 CAUTION

Lorsqu'elles répondent aux conditions d'adhésions définies au paragraphe 3.1, les personnes physiques intervenant au contrat de prêt en qualité de caution peuvent adhérer aux formules 1, 2 ou 3. Elles acquittent alors les cotisations prévues.

Toutefois, les garanties ne leur sont acquises qu'en cas d'insolvenabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur et si elles apportent la preuve qu'elles sont les payeurs réguliers et reconnus du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

3.3 FORMALITES MEDICALES

Les formalités médicales à effectuer sont déterminées en fonction de la totalité des prêts assurés par AXA et de l'âge de l'Assuré au jour de l'adhésion. Ces formalités sont précisées par le Souscripteur. Selon le montant du capital à assurer et de son âge à la date de la demande d'adhésion, l'Assuré devra :

- répondre au questionnaire simplifié ou détaillé de l'Assureur, préalablement remis par le Gestionnaire. Il peut, s'il le souhaite, adresser directement le questionnaire médical, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur. Ce dernier peut demander un complément d'information.
- se soumettre aux examens médicaux demandés par le Médecin conseil de l'Assureur. Les honoraires médicaux relatifs à ces formalités médicales sont à la charge de l'Assureur, dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale. Toutes les pièces médicales sous pli confidentiel et demandes de remboursement d'honoraires destinées au Médecin conseil de l'Assureur sont à envoyer à l'adresse suivante

Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR - MULTI-IMPACT

M. LE MEDECIN CONSEIL

41/43 AVENUE HOCHE CS 110002

51687 REIMS CEDEX

Si, lors de l'octroi d'un Prêt, l'Assuré est déjà garanti par le présent Contrat et/ou par uno des contrats souscrits par le Souscripteur auprès d'AXA France VIE et IARD, pour des prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme, les formalités à accomplir sont celles correspondant au cumul des sommes à assurer, en tenant compte des capitaux restant dus sur les précédents prêts.

Toutefois et par dérogation aux dispositions ci-avant, pour les prêts immobiliers mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, et lorsque la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit du postulant à l'assurance n'excède pas 20000 euros, et que l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré, le postulant à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule la signature d'une demande d'adhésion est exigée.

3.4 L'EMISSION DU CERTIFICAT D'ADHESION

Après l'étude des pièces médicales et financières, l'Assureur peut :

- accepter votre demande d'adhésion aux conditions normales du Contrat ;
- accepter votre demande d'adhésion moyennant une majoration de la cotisation dite surprime et/ou des restrictions de garanties (refus de certaines garanties ou exclusions de garanties) ;
- refuser votre demande d'adhésion.

Lorsque nous acceptons l'adhésion avec une surprime et/ou des restrictions de garanties, une lettre de notification précisant les conditions particulières d'acceptation vous est adressée. Vous devez alors nous retourner cette lettre dûment datée et signée, celle-ci une durée limitée dans le temps.

3.5 CAPITAL ASSURE

À partir des éléments figurant sur la demande d'adhésion, il est défini un CAPITAL TOTAL À ASSURER permettant de déterminer les formalités médicales à accomplir par l'Assuré, dont le montant est égal :

- au montant du capital emprunté multiplié par la valeur de la quotité figurant sur la demande, sous réserve de l'application des dispositions du paragraphe « Limite d'Engagement De L'Assureur » du présent chapitre,
- majoré des capitaux restant dus à la date de demande d'adhésion, assurés au titre du présent Contrat et de contrats souscrits par le Souscripteur auprès d'AXA France VIE et IARD.

L'attention de l'Assuré est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'Assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'Emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'Organisme Prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'Organisme Prêteur, ce solde sera versé conformément aux dispositions du paragraphe « **BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE** » du chapitre 7 « **La vie de votre contrat** » ..

3.5.1 LIMITE D'ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur, pour un même Assuré, quel que soit le nombre de Prêts garantis au titre du présent Contrat et/ou au titre de contrats souscrits par le Souscripteur auprès d'AXA France VIE et IARD, est limité à 3 000 000 euros (**TROIS MILLIONS D'EUROS**).

Si, lors de l'octroi d'un Prêt, l'Assuré est déjà garanti par le présent Contrat et/ou par un ou des contrats souscrits par le Souscripteur auprès d'AXA France VIE et IARD, au titre de prêts non encore arrivés à terme, le montant de l'engagement de l'assureur au titre du nouveau prêt est limité au maximum ci-dessus, diminué du montant total des sommes restant dues au titre de prêts antérieurs à la date de signature de la demande d'adhésion.



4 A partir de quand et pour combien de temps êtes-vous couvert ?

4.1 À QUELLE DATE EST CONCLUE VOTRE ADHESION ?

Votre adhésion est conclue à la date de signature de l'offre de prêt octroyée par l'Organisme Prêteur et prend effet sous réserve du paiement des cotisations et de l'acceptation des risques par l'Assureur au plus tôt :

- 1/ à la date d'effet des garanties figurant sur le bulletin d'adhésion
- 2/ ou à la date du premier versement de la cotisation.

4.2 À QUEL MOMENT PRENNENT EFFET VOS GARANTIES ?

Sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, les garanties prennent effet :

Selon les cas	Date d'effet
Pour chacun des prêts	<ul style="list-style-type: none">À la date d'effet indiquée sur votre demande d'adhésion.A la date d'acceptation de l'offre de prêt ou du déblocage des fonds (ou de l'offre de prêt modifiée en cas de substitution d'assurance) ou à la date de conclusion de l'adhésion, si celle-ci est antérieure, ou du bon pour accord de l'Assureur en cas de formalités médicales.
Pendant la période d'accomplissement des formalités d'adhésion et médicales	<p> En phase d'accomplissement des formalités d'adhésion et médicales, vous êtes couvert contre le risque de décès accidentel à titre provisoire. La date d'effet de la garantie décès accidentel provisoire est la date de signature de la demande d'adhésion. Cette garantie prend fin à la date d'envoi :</p> <ul style="list-style-type: none">Du certificat d'assurancede l'accord de l'assuré sur la lettre de notification des surprimés et/ou des exclusions. <p>Si au vu des conclusions du Médecin conseil, l'Assureur se prononce sur le refus de l'adhésion de l'Assuré, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification du refus à l'Assuré.</p> <p>Cette garantie décès accidentelle provisoire prend fin au plus tard 180 jours après sa date d'effet.</p>

En cas de refus d'un prêt par l'Organisme Prêteur, les cotisations d'assurance afférentes à ce prêt, éventuellement perçues lors de l'adhésion, sont intégralement remboursées. Les garanties sont alors réputées ne jamais avoir pris effet pour ce prêt.

4.3 QUELLE EST LA DUREE DE VOTRE ADHESION ET DES GARANTIES ?

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction pendant toute la durée du Prêt communiquée par l'Assuré, sans préjudice des dispositions du paragraphe 4.5 « [CESSATION DES GARANTIES](#) » ci-dessous

Les garanties joueront conformément à l'échéancier prévu à l'origine du Prêt, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification. L'Assuré est tenu d'informer le :

Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR – MULTI-IMPACT
41/43 AVENUE HOCHE CS 110002
51687 REIMS CEDEX

de toute modification concernant le ou les Prêt(s) assuré(s). Il lui appartient alors de fournir le nouvel échéancier.

4.4 QUAND PREND FIN VOTRE ADHESION ?

L'adhésion et les garanties cessent :

- A l'initiative de l'Assuré :

Pour les prêts immobiliers :

Conformément aux dispositions de l'article L.113-12-2 du Code des assurances, l'assuré pourra demander la résiliation de son adhésion au présent Contrat à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt, par lettre au Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR, à l'adresse mentionnée ci-dessous, ou par courriel adressé à oav@multi-impact.com, ou par tout moyen listé à l'article L.113-14 du Code des assurances.

L'Assuré devra transmettre en parallèle à son Organisme Prêteur, une proposition de nouveau contrat d'assurance afin que l'Organisme Prêteur puisse statuer sur l'équivalence des garanties. Il devra par la suite notifier au Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR à l'adresse mentionnée ci-dessous par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, la décision de son Organisme Prêteur ainsi que la date de prise d'effet du nouveau contrat d'assurance.

En cas d'acceptation de la substitution par l'Organisme Prêteur, la résiliation du Contrat prendra effet dix (10) jours après la réception par le Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR à l'adresse mentionnée ci-dessous de l'acceptation de l'Organisme Prêteur ou à la date de prise d'effet du nouveau contrat si cette date est postérieure. En cas de refus de la substitution par l'Organisme Prêteur, le présent Contrat ne sera pas résilié et continuera de produire ses effets sans aucune formalité.

Pour les prêts non immobiliers :

L'assuré peut résilier le Contrat à tout moment à l'issue de la première année, par courrier au Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR à l'adresse mentionnée ci-dessous, ou par courriel adressé à oav@multi-impact.com, ou par tout moyen listé à l'article L.113-14 du Code des assurances.

- A l'initiative de l'Assuré :

En cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances.

L'Assuré pourra, à tout moment, décider de modifier les garanties souscrites par le biais d'un avenant à son Contrat avec l'accord du bénéficiaire acceptant au Contrat.

Toute demande de résiliation par lettre est à adresser à :

Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR – MULTI-IMPACT
41/43 AVENUE HOCHE CS 110002
51687 REIMS CEDEX

4.5 CESSATION DES GARANTIES

GARANTIE	DATE DE FIN DE GARANTIE
Décès	<ul style="list-style-type: none">à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 90ème anniversaire de l'Assuré si le Capital Assuré est inférieur à 500 000 € à la souscription ;à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 75ème anniversaire de l'Assuré si le Capital assuré est supérieur à 500 000 € à la souscription ;pour la garantie DECES de l'OPTION 1 : à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 70ème anniversaire de l'Assuré ;
PTIA / IPT / IPP	à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit : <ul style="list-style-type: none">Le départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail ;La mise en situation de retraite ou de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes, ou tout autre régime assimilable ;Au plus tard le 70ème anniversaire de l'Assuré ;
ITT	à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit : <ul style="list-style-type: none">au plus tard le 70ème anniversaire de l'Assuré oula date de sa mise en préretraite ou retraite quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail si celle-ci intervient avant le jour de son 70ème anniversaire

En tout état de cause, les garanties prennent fin pour chaque Assuré :

- 180 jours après la date de signature de l'offre de prêt si aucun versement de fonds, total ou partiel, n'a été effectué,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L.113-12-2 du Code des assurances, ou du deuxième alinéa de l'article L.113-12 du Code des assurances,
- lors du remboursement total, anticipé ou non, du Prêt garanti,
- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du Prêt,
- à la date de résiliation par l'Adhérent de son adhésion à l'ASSOCIAREA,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances,
- .



5 Qu'est-ce qui est assuré ?



Nous vous proposons des garanties de base et des garanties optionnelles. Avant d'adhérer au Contrat, étudiez-les attentivement au regard de vos besoins et de votre mode de vie. Elles détermineront l'étendue de votre assurance.

Pour toutes les garanties énoncées ci-après, le versement des prestations est effectué dans la limite de la Quotité assurée.

Les prestations auxquelles un Assuré peut prétendre sont calculées en tenant compte :
a) du pourcentage garanti sur sa tête ; ce pourcentage est fixé lors de l'adhésion ;
b) des quotités et des plafonds de prise en charge définis ci-après pour chaque risque couvert

Lorsque le Contrat porte sur plusieurs têtes pour un même prêt (emprunteur, co-emprunteur,

caution) :

- en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou Invalidité Permanente Partielle, si plusieurs droits à prestations sont ouverts pendant une même période, les prestations ne pourront excéder 100% des échéances du prêt;
- en cas de Décès, d'Invalidité Permanente Totale ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, si plusieurs droits à prestations sont ouverts pendant une même période, les prestations ne pourront excéder le montant du capital restant dû ;
- en cas de Décès, d'Invalidité Permanente Totale ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'un des assurés dont le pourcentage garanti sur sa tête est de 100%, le capital restant dû est versé une seule fois, les autres assurés cessant d'être garantis.



Vous avez droit UNIQUEMENT aux garanties que vous avez choisies et qui ont été acceptées par l'Assureur.

Un Assuré pourra demander à ne plus être assuré lorsque son changement de situation professionnelle lui fait perdre son statut du secteur privé. Pour ce faire, il adresse à

**Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR – MULTI-IMPACT
41/43 AVENUE HOCHE CS 110002
51687 REIMS CEDEX**

une lettre recommandée avec accusé de réception en justifiant de sa perte de qualité de salarié du secteur privé affilié au régime général de la Sécurité sociale française.

! Pour tout Assuré se trouvant en situation de retraite ou de préretraite ou non soumise aux régimes sociaux français à la date d'adhésion : **seul le risque décès est couvert.**

5.1 LA GARANTIE DÉCÈS

■ En cas de décès consécutif à un accident ou à une maladie survenu(e) en cours de Contrat, l'Assureur verse selon le type de Prêt octroyé :

Type de prêt	Prestation assurée (hors impayés, intérêts de retard ou pénalités)
Prêts amortissables relatifs à une VEFA, par paliers, modulables	le Capital restant dû au jour du décès, majoré : (i) des fonds non encore versés au jour du décès si pour le prêt consenti la totalité du capital n'a pas encore été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées ; (ii) des intérêts courus non perçus entre la dernière échéance* qui précède le décès et la date du décès ; (iii) des intérêts courus depuis la réalisation du prêt jusqu'au jour du décès lorsque le prêt prévoit une période de préfinancement ou de différé d'amortissement.
Prêts relais ou « in fine »	le capital initial, majoré des intérêts courus : (i) entre la date de déblocage des fonds et la date du décès, pour les prêts avec différé total d'amortissement (ii) entre la date de dernière échéance précédant le décès et la date du décès, pour les prêts avec différé partiel d'amortissement.

*Une échéance survenant le jour du décès est considérée comme postérieure à cette date. Par conséquent l'amortissement du capital ainsi que des intérêts compris dans cette échéance sont inclus dans la garantie Décès.

Le paiement des prestations au Bénéficiaire tel que défini au paragraphe « BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE » du chapitre 7 « La vie de votre contrat », est fait dans la limite de la quotité assurée, laquelle est **plafonnée à 3 000 000 Euros**.

Le paiement du Capital assuré en cas de décès entraîne la fin de toutes les garanties pour l'Assuré concerné.

Par Décès accidentel, il faut entendre le décès résultant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure forte et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Il est précisé que la conséquence directe d'une intervention chirurgicale, les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme un accident au sens de cette garantie.

■ En cas de décès consécutif à un accident survenu pendant l'accomplissement des formalités d'adhésion dans un délai de 90 jours entre la signature de la demande d'adhésion et l'obtention de votre certificat d'adhésion, l'Assureur prend en charge le montant du Capital assuré, **dans la limite de 350 000 euros (TROIS CENT CINQUANTE MILLE EUROS)**.

5.2 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

5.2.1 QU'EST-CE QUE LA PTIA ?

L'Assuré est considéré en état de PTIA par l'Assureur lorsqu'il est dans l'incapacité absolue et définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque à la suite d'une maladie ou d'un Accident lui procurant salaire, gain ou profit, et l'obligeant, en outre, à recourir en permanence à l'assistance viagère d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie (état correspondant au classement en 3^{ème} catégorie des invalides par la Sécurité sociale ou bénéficier au titre d'un Accident de travail d'une majoration pour tierce personne) et que cette PTIA survient pendant une période où les garanties sont en vigueur et au plus tard avant le jour du **70^{ème} anniversaire de l'Assuré** ou à la date de sa mise en préretraite ou retraite quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail.

5.2.2 MONTANT DE LA PRESTATION EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le montant du Capital assuré est égal à celui prévu en cas de décès à la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par le Médecin conseil de l'Assureur.

Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par l'Assureur au titre des garanties ITT et IPP pour un même Prêt sont déduites du montant du capital à régler, au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans la mesure où ces sommes en capital sont venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du Contrat de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à l'ensemble des garanties du Contrat.

Les prestations sont versées au Bénéficiaire tel que défini au paragraphe « BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE » du chapitre 7 « La vie de votre contrat ».

5.3 COUVERTURE BÉNÉFICIAIRES LIBRES

La présente garantie concerne les personnes :

- âgées de moins de 65 ans lors de la demande d'adhésion,
- qui ont souscrit, lors de l'octroi d'un Prêt, une « assurance emprunteur », dont le Bénéficiaire est l'Organisme Prêteur, pour un pourcentage inférieur à 100%,
- et qui souhaitent compléter cette première couverture en garantissant au Bénéficiaire Libre désigné au bulletin d'adhésion (conformément aux dispositions du chapitre 7 de la présente notice) le paiement du Capital restant dû, au jour du décès ou à la date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, correspondant au pourcentage non couvert par le contrat « assurance emprunteur », dans la limite du montant maximum assuré fixé ci-dessous.

Le montant minimum à garantir est fixé à 20.000 €. Le montant maximum à garantir est fixé à 750.000 €.

5.4 GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE.

Ces garanties sont réservées aux personnes qui auront effectivement souscrit la FORMULE 2 du présent Contrat et :

- qui sont âgées de moins de 70 ans au moment du Sinistre, résident en France et y exercent leur activité professionnelle ou sont demandeurs d'emploi, ou résident dans l'un des pays de l'Union Européenne et sont titulaires d'un contrat de travail français.
- à la caution qui apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du (des) prêt(s) concerné(s) depuis au moins six mois continus au jour du Sinistre suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou le co-emprunteur.

Toutefois, les Assurés, ayant opté pour la FORMULE 2, qui au moment du Sinistre sont âgés de moins de 70 ans, n'exercent plus d'activité professionnelle au moment du Sinistre et résident fiscalement en France, sont assurés en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail uniquement.

PERIODE DE FRANCHISE

Le délai de franchise est fixé **30, 60, 90 et 180 jours** continus d'Incapacité Totale de Travail, décomptés à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

5.4.1 GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Est en Incapacité Temporaire Totale de Travail au sens du présent Contrat :

- l'Assuré exerçant une activité professionnelle ou demandeur d'emploi, se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un Accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession,
- l'Assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle, se trouvant à la suite d'une maladie ou d'un Accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

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

Pour l'Assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du Sinistre, l'état d'incapacité de travail ouvrant droit à prestation cesse le jour de

la reconnaissance par le Médecin conseil de l'Assureur de l'invalidité permanente de l'Assuré, et au plus tard trois ans après la date de début de l'arrêt de travail.

5.4.2 GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

L'Assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du 1er jour d'incapacité de travail, sera en invalidité permanente au sens du présent Contrat, s'il se trouve, à la suite d'une maladie ou d'un Accident, dans l'impossibilité totale ou partielle et de façon permanente, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession, et dont l'état de santé est stabilisé, et qui justifie d'un **taux contractuel d'incapacité supérieur ou égal à 33 %**.

Les garanties Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle sont déterminées en fonction du TAUX CONTRACTUEL d'incapacité fixé par le Médecin conseil de l'Assuré.

Le TAUX CONTRACTUEL d'incapacité qui détermine le droit aux prestations est calculé en fonction du taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE et du taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE de l'Assuré selon le barème ci-après.

Le taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de capacité physique ou mentale suite à la maladie ou à l'Accident, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

Le taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'INCAPACITE FONCTIONNELLE par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'Accident, des conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Barème des taux contractuels d'incapacité (Extrait) :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10					33%	37%	40%	43%	46%	
20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30			36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%	
40		33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%	
50		36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%	
60		38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%	
70		40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%	
80		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

Le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 33% : l'assuré n'est pas en capacité de travail	Le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% : l'assuré est en invalidité permanente partielle.	Le taux contractuel d'incapacité est égal ou supérieur à 66% : l'assuré est en invalidité permanente totale.
--	--	--

L'Assureur considère alors :

- en Invalidité Permanente Totale, tout Assuré dont le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66%,
- en Invalidité Permanente Partielle, tout Assuré dont le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

5.5 INDEMNISATION

5.5.1 MONTANT DES PRESTATIONS

L'Assureur règle au Bénéficiaire tel que défini au paragraphe « BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE » du chapitre 7 « La vie de votre contrat », à l'expiration de la période de franchise et dans les limites prévues aux paragraphes « LIMITATIONS DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP » du présent chapitre et « CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP » du chapitre 8 « Que faire en cas de sinistre ? » :

- 100 % du montant de l'échéance mensuelle due en application du contrat de prêt, conformément au tableau d'amortissement fourni lors de la déclaration du Sinistre, affecté de la quotité assurée pour un Assuré reconnu en état d'Incapacité Totale de Travail (ITT).
- Le montant du capital assuré est égal à celui prévu en cas de décès à la date de reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Totale (IPT). Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par l'Assureur au titre des garanties ITT et IPP pour un même prêt sont déduites du montant du capital à régler, au titre de l'IPT dans la mesure où ces sommes en capital sont

venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du Contrat, de l'Invalidité Permanente Totale.

L'indemnisation de l'Incapacité Temporaire Totale de travail est étendue à l'Assuré qui, au moment du Sinistre n'exerce plus d'activité professionnelle. L'indemnité est versée pendant une durée maximale de 3 ans.

La prestation versée au titre de la période allant du 31^e, 61^e, 91^e ou 181^e jour à la prochaine échéance est calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail.

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique sur prescription médicale, l'Assureur règle 50% du montant de l'échéance mensuelle due, conformément au tableau d'amortissement, multiplié par la quotité assurée.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Le cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le(s) Organismes Prêteur(s) et valides depuis plus de six mois au moment du Sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision. L'Assuré devra avoir régulièrement fourni les nouveaux tableaux d'amortissement.

L'Assureur prend en charge également les fractions de cotisations relatives aux garanties DÉCES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE afférentes aux échéances indemnisées.

Il est précisé que pour les prêts sans amortissement d'intérêt, aucune prestation n'est due pendant la période de différé total d'amortissement.

Ne sont pas pris en compte dans le montant de la prestation versée par l'Assureur :

- les augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt et intervenues moins de six mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'incapacité de travail,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le(s) prêteur(s),
- pour les prêts à remboursement in fine, en cas de garantie ITT et IPP, le montant du capital.

À la date de la consolidation de l'état de santé de l'Assuré le maintien des prestations, leur réduction ou leur suppression, est fonction du taux contractuel d'incapacité et de la FORMULE et OPTION choisie par l'Assuré dans sa demande d'adhésion :

- FORMULE 2, garanties ITT et IPT :
 - si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations sont maintenues,
 - si le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 66 %, les prestations sont supprimées.
- FORMULE 2, garanties ITT, IPT et IPP optionnelle :
 - si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations sont maintenues,
 - si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, les prestations sont calculées de la façon suivante : **N-33 des sommes dues en cas d'incapacité totale x quotité, 33 (N étant le taux contractuel d'incapacité),**
 - si le taux contractuel est inférieur à 33 %, les prestations sont supprimées.

5.5.2 LIMITATIONS DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP

Le montant de la prestation mensuelle est limité à 8 000 euros (HUIT MILLE EUROS) pour un même Assuré tous Prêts confondus pour l'ITT et l'IPP.

Le montant des prestations au titre du Contrat est limité à la quotité assurée, laquelle est limitée à 3 000 000 Euros (TROIS MILLIONS D'EUROS) pour l'IPT

Le versement du capital en cas d'invalidité permanente totale met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

S'il apparaît, au moment du Sinistre, que les sommes assurées, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du présent Contrat, sont supérieures au montant maximal fixé au paragraphe « LIMITE DE L'ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR » du chapitre 3 « Votre adhésion et ses modalités », l'indemnisation sera réduite à concurrence dudit montant.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité de travail et Invalidité n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur au remboursement du prêt garanti.

5.5.3 DUREE D'INDEMNISATION

L'Assureur prend en charge au terme du délai de franchise les échéances d'amortissement des prêts, calculées prorata temporis et ce dans les limites indiquées ci-dessus, et conformément aux dispositions du paragraphe « CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP » du chapitre 8 « Que faire en cas de sinistre ? ».

5.5.4 REPRISE DU TRAVAIL

Si, après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à **DEUX MOIS**, l'Assuré est victime d'une rechute provenant de la même maladie ou du même Accident, la

durée de reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations.

En revanche, une rechute survenant plus de **DEUX MOIS** après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera une nouvelle application du délai de franchise.

5.6 CONTROLE EN CAS DE Perte Totale Et IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'Assureur relatives à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, et à l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, et celles de la Sécurité Sociale ou d'organismes de même nature.

L'Assureur se réserve le droit dans tous les cas de désigner un médecin afin d'examiner l'Assuré pour contrôler son état de santé. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de tout règlement. Les honoraires médicaux de cet examen sont à la charge de l'Assuré.

En cas de refus de l'Assuré de se soumettre à cet examen, l'Assuré et ses ayants droit seront considérés comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin de l'Assureur sur l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal judiciaire du domicile de l'Assuré.

L'Assuré et l'Assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

6 Quelles sont les exclusions de garantie ?

Votre Contrat ne peut pas couvrir tout type de situation. Voici la liste des accidents, maladies, pratiques et autres traitements qui ne sont pas pris en charge au titre de votre Contrat. Nous vous recommandons de les lire très attentivement.

Exclusions applicables à toutes les garanties

Ne sont pas garantis les cas suivants, leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

- de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de ceux qui résultent de tentative de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner,
- des affections antérieures à la date d'effet de l'assurance sauf (i) celles relevant du droit à l'oubli, (ii) pour les assurés pour lesquels aucune formalité médicale n'a été demandée à l'adhésion, (iii) si l'Assuré en a fait état lors de son adhésion et que l'assureur n'a pas formulé de restrictions,
- des accidents résultant de l'usage par l'Assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- des accidents résultant de la consommation par l'Assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du Sinistre dans le pays où se produit l'accident, ou de l'alcoolisme chronique de l'Assuré,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,
- de la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques,
- des blessures ou lésions survenant ou contractées au cours de courses comportant un véhicule à moteur, de la pratique de sports de combat, d'ascensions de haute montagne.
- toute participation à des raids, exhibitions, paris, essais préparatoires ou de réception, paris, courses, matches et/ou défis et tentatives de records, acrobaties, de quelle que nature que ce soit,
- la pratique de tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat rémunéré par l'Assuré à l'adhésion sauf si elle a été déclarée et acceptée par l'Assureur,
- les risques de navigation aérienne se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vol sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel, autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même

- tout sport ou activité sportive non représenté par une fédération française et agréé par le Ministère de la Ville, des Sports et de la Jeunesse,
- la pratique du saut à l'élastique,
- la pratique de tout sport nécessitant l'usage d'un véhicule terrestre à moteur et/ou de tout sport aérien (à voile, aile ou moteur), sauf dans le cadre d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état. Ces sports peuvent être garantis s'ils ont été déclarés par l'Assuré à l'adhésion ou en cours d'adhésion et acceptés par l'Assureur
- les rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active. La garantie reste acquise (i) en cas de légitime défense, (ii) en cas d'assistance à personne en danger, (iii) si l'Assuré n'a pas pris n'a pas de participation active à l'un de ces événements, (iv) aux personnes qui sont exposées dans le cadre de l'exercice de leur profession.
- les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.

Exclusion applicable à la garantie DECES :

- N'est pas pris en charge au titre de la garantie décès, le suicide lorsqu'il intervient pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion. En cas d'augmentation de la garantie décès, le risque de suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de ce changement au titre du capital augmenté. La garantie reste acquise si le prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R132-5 du Code des assurances).

Exclusions applicables aux garanties PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL :

Ne sont pas pris en charge au titre des garanties PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL :

- le congé légal de maternité, étant précisé que pour les Assurées exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,
- les arrêts de travail résultant de traitements esthétiques, d'opérations de chirurgie esthétique, traitements de malformations constitutionnelles hors chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou à un accident garanti,
- l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une dépression nerveuse ou à un burn out ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 7 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou cette invalidité, ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire (lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie) sauf si une intervention chirurgicale a été nécessaire pendant cette incapacité ou cette invalidité.

OPTION PREFERENCE : Pour les Assurés ayant souscrit l'**OPTION 2 « PREFERENCE »** sur la demande d'adhésion, et par conséquent fait le choix de racheter ces deux dernières exclusions moyennant une cotisation majorée et l'accord de l'Assureur, celles-ci ne seront pas appliquées aux affections survenues postérieurement à la date d'effet du Contrat, ou aux affections antérieures déclarées et non exclues par l'Assureur.

7 La vie de votre contrat

7.1 ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties d'assurance du présent Contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées au chapitre 6 « [Quelles sont les exclusions de garantie ?](#) ».

PRINCIPE GENERAL

L'Assuré est garanti pour toute la durée de l'opération de crédit sous réserve de l'application des dispositions prévues au paragraphe « [CESSATION DES GARANTIES](#) » du chapitre 4 « [A partir de quand et pour combien de temps êtes-vous couvert ?](#) ». Les garanties joueront conformément à l'échéancier prévu à l'origine du prêt, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification. L'Assuré est tenu d'informer le :

Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR II – MULTI-IMPACT
41/43 AVENUE HOCHE CS 110002
51687 REIMS CEDEX

de toute modification concernant le ou les prêt(s) assuré(s). Il lui appartient alors de fournir le nouvel échéancier.

7.2 BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le Contrat, l'**Organisme Prêteur est le bénéficiaire acceptant** dans la limite des sommes dues par l'Assuré.

Pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) Organismes Prêteur(s), le bénéficiaire est :

- en cas de décès :
 - le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps, non divorcé,
 - à défaut et conjointement entre eux, les enfants vivants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, le père et la mère de l'assuré, conjointement ou le survivant d'entre eux,
 - à défaut, les ayants-droits de l'Assuré,
 - ou toute autre personne expressément désignée par l'Assuré par lettre recommandée, datée, signée et adressée au service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR La modification interviendra à compter de la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).
- en cas de perte totale et irréversible d'autonomie :
 - l'Assuré lui-même.

En ce qui concerne la garantie décès de l'OPTION 1 "BÉNÉFICIAIRES LIBRES" c'est la clause bénéficiaire en cas de décès ci-dessus qui s'applique.

7.3 COTISATIONS

Les cotisations d'assurances sont dues à partir de la date d'effet des garanties. Cependant, l'Assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion.

Le montant de la cotisation est fixé en pourcentage du CAPITAL INITIAL et en fonction :

- du type de prêt assuré,
- de l'âge de l'assuré à la date de la demande d'admission,
- de l'activité professionnelle de l'Assuré exercée à la date d'entrée en vigueur de l'assurance,
- du statut de fumeur ou de non-fumeur de l'Assuré à la date de signature de la demande d'admission. Tout changement de ce statut devra avoir été préalablement déclaré par l'assuré à l'assureur ou à son gestionnaire mandaté,
- des garanties retenues par l'assuré sur la demande d'admission et acceptées par l'Assureur,
- des caractéristiques de la garantie ITT/IPT/IPP souscrite (rachat des exclusions),
- de la quotité assurée,

En outre :

- pour les prêts amortissables, relatifs à une VEFA, par paliers, modulables, personnels, le montant de la cotisation est revu chaque année. Son calcul tient compte de l'âge réel de l'Assuré, c'est-à-dire l'âge atteint au jour de la date d'effet de l'adhésion pour la première cotisation, et les années suivantes, l'âge atteint à la date anniversaire de la date d'effet,
- pour les prêts à taux révisables ou modulables, l'Assuré est tenu de fournir au service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR chaque nouveau tableau d'amortissement,
- pour les prêts in fine et crédits relais, la cotisation est fixe pendant toute la durée de l'adhésion.

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de réviser le taux de cotisation à la prochaine échéance des cotisations, si les pouvoirs publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations et ce, pour l'ensemble des Assurés du présent Contrat.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur se réserve le droit d'adresser à l'Assuré une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 30 jours après son envoi, la cotisation ou la fraction de cotisation due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues, et 10 jours plus tard l'adhésion sera résiliée de plein droit sans autre formalité (article L.113-3 du Code des assurances). **MULTI-IMPACT - Service DIRECT EMPRUNTEUR adressera alors une copie de cette lettre à chaque organisme prêteur concerné par cette adhésion.**

En cas de dépôt d'une demande de surendette, 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.

Sans préjudice de la règle de recouvrement édictée à l'article L.113-3 du Code des assurances, en cas de contestation du mode de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation, telle que prévue par la réglementation bancaire européenne, vous disposez d'un délai de 2 jours ouvrés à compter de cette contestation pour le remplacer par un tout autre mode de paiement.

En cas de remboursement anticipé du Prêt, l'Assuré est tenu d'en informer MULTI-IMPACT par lettre recommandée avec attestation de la banque concernée qui aura enregistré ce remboursement anticipé. MULTI-IMPACT procédera au remboursement d'une portion de la cotisation sur la période non courue, calculée à compter de la date où MULTI-IMPACT aura reçu la lettre recommandée.

7.4 AMENAGEMENT DU PRET EN CAS DE REMBOURSEMENT ANTICIPE PARTIEL ET CHANGEMENT DE QUOTITE

En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties joueront conformément au nouvel échéancier, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

Changement de quotité :

En cas d'augmentation : Un changement de quotité en cours de Prêt sera possible, sous réserve d'une nouvelle sélection médicale

En cas de réduction de la Quotité assurée : la modification prendra effet le jour de réception de la demande écrite du Bénéficiaire par l'Assureur.

7.5 CUMUL DES GARANTIES

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du présent Contrat et/ou de contrats souscrits par le Souscripteur auprès de l'Assureur, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100 %.

Le total des garanties cumulées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'Assureur n'en reste pas moins limitée à ce montant pour l'ensemble des Assurés d'un même prêt, et ce, tous contrats confondus.

8 Que faire en cas de sinistre ?

8.1 DECLARATION DES SINISTRES

Tout Sinistre doit être déclaré :

- par courrier à l'adresse :
Service Prestations PREMIUM EMPRUNTEUR II - MULTI-IMPACT 41/43 AVENUE HOCHE CS 10002, 51687 REIMS CEDEX ou
- par courriel à l'adresse : prestations@multi-impact.com

En outre, et en vue du règlement, les pièces suivantes sont à adresser au Médecin conseil du Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR à l'adresse mentionnée au paragraphe 33 « [FORMALITES MEDICALES](#) » dans les 6 mois suivant la survenance du Sinistre ; à défaut, la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception de l'ensemble des pièces par l'Assureur.

8.2 DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

- l'acte de décès de l'Assuré,
- le certificat d'assurance,
- la demande d'adhésion,
- l'échéancier certifié conforme à la date du décès par le(s) prêteur(s),
- un certificat obtenu par les ayants-droits auprès du médecin traitant de l'Assuré, sans mention diagnostique, indiquant la cause du décès (naturelle, accidentelle, suicide ou homicide) et précisant, si le défunt, à la date de souscription, suivait ou non un traitement médical, et/ou était soumis ou pas à une surveillance médicale, en relation directe ou non avec le décès. Ce certificat devra être transmis par les ayants-droits au Médecin conseil sous pli confidentiel-,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe,
- une attestation du prêteur, si l'assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

et, pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) prêteur(s) :

- le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s),
- la carte nationale d'identité du (des) bénéficiaire(s),
- un acte de notoriété héréditaire.

8.3 DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

- l'échéancier certifié conforme par le(s) prêteur(s) à la date de la demande de prise en charge,

- le certificat d'assurance,
- la demande d'adhésion,
- un certificat médical du médecin traitant, sur formulaire de l'Assureur apportant les précisions nécessaires sur la maladie ou l'Accident qui est à l'origine de la demande de prise en charge,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
- et pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, la notification de la pension d'invalidité 3ème catégorie établie par la sécurité sociale si l'assureur le juge nécessaire,
- une attestation du prêteur, si l'Assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du Sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

En ce qui concerne la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du dossier.

8.4 EN CAS DE COUVERTURE BENEFICIAIRES LIBRES

En vue du règlement, les documents précisés au chapitre 8.2 et 8.3 du présent Contrat pour les risques de DECES et de PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLES D'AUTONOME, sont à adresser au Médecin conseil du Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR à l'adresse mentionnée au paragraphe 3.3 « FORMALITE MEDICALES » dans les 6 mois suivant la survenance du sinistre ; à défaut, la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception de l'ensemble des documents par l'Assureur.

En ce qui concerne la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du dossier.

8.5 EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

8.5.1 DELAIS DE DECLARATION

Sauf effet de la prescription légale rappelée ci-après, les sinistres déclarés plus de **180 jours** après leur survenance, seront considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration. Toutefois, il ne sera pas fait application du délai de franchise.

8.5.2 CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP

Le paiement des prestations cesse :

- lorsque le taux contractuel d'incapacité est :
 - inférieur à 66 % pour la **FORMULE 2**,
 - et inférieur à 33 % pour la **FORMULE 2 avec l'IPP en option**,
 - à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - à la date de reprise même partielle d'une activité professionnelle, sauf s'il s'agit d'un mi-temps thérapeutique,
 - à la date de départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise à la retraite ou de préretraite en application de la législation en vigueur,
- au plus tard,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'assuré atteint son 70ème anniversaire, et, en tout état de cause,
 - au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

8.5.3 DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS D'ITT, IPT OU IPP

En vue du versement des prestations prévues au paragraphe « [Indemnisation](#) » du chapitre 5 « [Qu'est-ce qui est assuré ?](#) », le Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR constitue le dossier sinistre.

Quel que soit le régime social de l'Assuré ou le type de prêt souscrit, la première demande de prestations doit être accompagnée :

- de la copie du certificat d'assurance,
- de la copie de la demande d'adhésion,
- d'un certificat médical du médecin traitant, sur le formulaire fourni par l'assureur,
- du tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le ou les prêteurs à la date du Sinistre,
- d'une attestation du prêteur, si l'Assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du Sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur.

Outre ces documents, les justificatifs suivants doivent être transmis :

- pour les assujettis au régime général de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :
 - les décomptes de règlement dudit organisme,
- au cours de la période indemnisée :
- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
 - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé, si l'Assureur le juge nécessaire,
 - les justificatifs de paiement de pension ou rente,

- pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :
 - une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,
 - le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme,
- au cours de la période indemnisée :
- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
 - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
 - les justificatifs de paiement de pension ou rente.
- pour les assujettis au Régime des Travailleurs Non-Salariés de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :
 - les certificats de prolongation établis par le médecin traitant.

Toute modification de l'état de santé de l'Assuré, toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent être signalées à l'Assureur dans le plus bref délai par la production de pièces justificatives, à défaut, l'état de santé est considéré comme consolidé au dernier jour d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander tout document complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier.

9 Informations générales

9.1 PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du Contrat sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances et par les articles 2240 à 2246 du Code civil 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. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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 ».

Conformément à l'article L.192-1 du Code des assurances, si l'adhérent a sa résidence principale dans les départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle, « le délai prévu à l'article L.114-1, alinéa 1er, est porté à 5 ans en matière d'assurance vie ».

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réceptions adressés 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 figurent dans les articles 2240 à 2246 du Code civil :

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 incométente 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 ».

9.2 INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA et le Gestionnaire pour un contrat d'assurance, ces derniers agiront en tant que responsables de traitement, à hauteur de leurs obligations légales et contractuelles, et vont principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci.

L'Assureur les utilisera (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et la fraude à l'assurance, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédir (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'Assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre Contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). La liste des sociétés signataires du BCR est disponible sur notre site (<https://group.axa.com/fr-a-propos-d-axa/nos-engagements>).

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrons ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'information, l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir de limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement en y joignant une copie recto/verso de votre carte d'identité. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire au délégué à la protection des données de l'Assureur pour exercer vos droits par email (clp.fr.dataprivacy@partners.axa) ou par courrier :

AXA Partners Credit & Lifestyle Protection – Service Information Client
51 rue des Trois Fontanot, CS 80135 – 92024 Nanterre Cedex

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/cnil-Direct>).

Pour plus d'informations sur notre politique de confidentialité des données, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

9.3 EN CAS DE RÉCLAMATION

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

A votre interlocuteur habituel MULTI-IMPACT :

- Par courriel : reclamations@multi-impact.com
- Par courrier, à l'adresse suivante :

Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR – MULTI-IMPACT
41/43 AVENUE HOCHE CS 110002
51687 REIMS CEDEX

Ou à tout moment, au Service Réclamations d'AXA :

- Par courriel : cip.fr.gestionreclamations@partners.axa
- Par courrier, à l'adresse suivante :

AXA Partners CLP - Service Réclamations Gestion Déléguée – Bureau 200-TSA 92307 - 59784 LILLE CEDEX 9

En précisant le nom de l'Assuré(e), votre numéro de Sinistre (le cas échéant) et le numéro de votre Contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante jours.

La saisine du Médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu ou non une réponse de notre part,
- et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par voie électronique sur le site mediation-assurance.org,
- ou par courrier, à l'adresse suivante : Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

9.4 ORGANISME DE CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'Assureur est soumis au contrôle de :

l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :
4 Place de Budapest,
CS 92459,
75436 Paris Cedex 09.

9.5 RENONCIATION

L'Adhérent bénéfice d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires révolus à compter de l'adhésion (ou à compter du jour où il reçoit les conditions contractuelles et les informations précontractuelles si cette dernière date est postérieure à celle où le Contrat

est conclu). Pour ce faire, il faut adresser avant l'expiration de ce délai une lettre recommandée ou une lettre recommandée électronique à l'attention de

**Service Gestion DIRECT EMPRUNTEUR - MULTI-IMPACT
41/43 AVENUE HOCHE CS 110002
51687 REIMS CEDEX**

sur le modèle suivant : « Je soussigné(e) (Nom et prénom) vous informe que je renonce au bénéfice du contrat d'assurance de groupe n° _____. Fait à ____ le _____. Signature ».

La renonciation prend alors effet à la date d'envoi de la lettre recommandée ou du recommandé électronique. La cotisation éventuellement versée sera remboursée intégralement dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre.

MULTI-IMPACT - Service DIRECT EMPRUNTEUR adressera alors un courrier à chaque Organisme Prêteur concerné par cette adhésion, afin de leur confirmer que l'Assuré a exercé son droit de renonciation à son adhésion.

L'assuré ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

9.6 DEMARCHE TELEPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL.

Pour plus d'informations, consultez le site bloctel.gouv.fr

9.7 CONVENTION AERAS, DROIT A L'OUBLI ET GRILLE DE REFERENCE

Selon certaines conditions de montant et de durée du prêt, l'Assuré peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS. Le Distributeur et l'Assureur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis à l'Assuré par le Distributeur et consultable à l'adresse suivante : www.aeras-infos.fr.

Les dispositions de la Convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes dispositions. Aussi, toute demande d'adhésion d'un candidat présentant un risque aggravé de santé et ne pouvant être accepté aux conditions standard au titre du présent Contrat, est automatiquement transférée vers un dispositif de 2ème niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2ème niveau, l'Assureur transmet le dossier au pool de réassurance de 3ème niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

Si des formalités médicales sont exigées, l'Assureur s'engage à respecter les dispositifs relatifs au droit à l'oubli et à la grille de référence AERAS en vigueur. Pour connaître les conditions d'éligibilité, les modalités d'application et les pathologies concernées par ces dispositifs, reportez-vous au document d'information AERAS annexé au questionnaire médical remis lors de votre demande d'adhésion ou consultable sur le site internet officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr

9.8 CONVENTION DE PREUVE

L'Assuré accepte la dématérialisation des relations, dès la signature du Contrat au moyen d'une signature électronique dématérialisée et sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance. Cette acceptation est valable pour toutes les opérations d'assurances ultérieures et en relation au Contrat. L'Assureur le Souscripteur et l'Assuré conviennent expressément que tout document signé de manière dématérialisée selon la procédure de signature dématérialisée mise en place constitue (i) l'original dudit document, (ii) une preuve littérale au sens de l'article 1316-1 du Code civil ayant la même valeur probante qu'un écrit manuscrit sur support papier et pourra valablement être opposé aux Parties et susceptible d'être produit en justice, à titre de preuve littérale, en cas de litiges. En conséquence, l'Assuré reconnaît que tout document signé de manière dématérialisée vaut preuve du contenu dudit document, de l'identité du signataire et de son consentement aux obligations et conséquences de faits et de droit qui découlent du document signé de manière dématérialisée.

L'identification de l'Assuré est assurée sur la base des informations collectées et/ou vérifiées et les pièces justificatives remises au Souscripteur le jour de l'opération. L'Assuré reconnaît que les informations et pièces justificatives le concernant sont conformes à la réalité et non contestables.

L'Assuré reconnaît que l'utilisation d'un certificat électronique délivré par un tiers certificateur permet d'exprimer son consentement à la conclusion du document signé de manière dématérialisée et/ou de confirmer la validité de ce document.

Sauf si le Contrat est intégralement exécuté sous forme dématérialisée, conformément aux dispositions de l'article L.111-10 du Code des assurances, l'Assuré peut, à tous moments et par tous moyens, s'opposer à la dématérialisation de la relation et demander qu'elle se poursuive sur support papier.

9.9 LANGUE, DROIT APPLICABLE ET ATTRIBUTION DE JURIDICTION

Le droit applicable au Contrat est le droit français. La langue utilisée est le français. L'assuré a reconnu avoir pris bonne note que tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent Contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

9.10 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'assuré a déclaré être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières prononcées au titre des articles L562-1 et suivants du Code monétaire et financier.

L'assuré a certifié sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce Contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

9.11 SANCTIONS INTERNATIONALES

Vous êtes informé(e) et reconnaissiez qu'AXA ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre de ce contrat dès lors que l'exécution dudit contrat exposerait AXA aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

AXA France VIE

SA au capital social de 487 725 073.50 € - RCS Nanterre 310 499 959

Siège social : 313, Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE

Entreprise régie par le Code des Assurances



N°DU FR232655_03PSOH