



ASSURANCE DES EMPRUNTEURS « ASSUR – PRET »

Prêts immobiliers

Notice d'information valant informations précontractuelles et contractuelles

PREAMBULE ET OBJET DU CONTRAT

Le Contrat de groupe à adhésion facultative est souscrit par les Caisses Fédérales de Crédit Mutuel pour les Caisses de Crédit Mutuel adhérentes, les Banques CIC ainsi que la Banque Transatlantique et la Banque Européenne du Crédit Mutuel auprès de ACM VIE SA et de ACM IARD SA au profit de leurs emprunteurs. Il est régi par le Code des assurances. Il relève des opérations d'assurances des branches n°1, n°2, n°16 et n°20 (article R321-1 du Code des assurances) et est soumis au régime fiscal de cette catégorie de contrats. Le contrat ASSUR-PRET a pour objet de garantir à l'assuré ou aux assurés personnes physiques en cas de réalisation des risques garantis, le paiement des sommes dues au Prêteur, dans les conditions fixées ci-après.

L'assureur des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente et Incapacité Temporaire Totale de Travail est ACM VIE SA. L'assureur de la garantie Perte d'Emploi est ACM IARD SA

La société ACM VIE SA est désignée comme la société interlocutrice chargée d'assurer les relations entre les assurés et l'assureur.

Toutes les dispositions du contrat collectif peuvent être modifiées par avenant au contrat collectif signé entre le souscripteur et l'assureur.

QUELQUES DEFINITIONS

Accident

On entend par accident, toute atteinte corporelle, violente et imprévisible, non intentionnelle de la part de l'emprunteur, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine d'une cause extérieure. Toute autre définition de l'Accident ou toute classification d'Accident retenue par un autre organisme, et en particulier par la Sécurité sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

A.E.R.A.S (Convention) : S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

La Convention AERAS est une convention signée entre les pouvoirs publics, les professionnels, des associations de consommateurs et des associations de personnes malades ou handicapées pour permettre un meilleur accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site officiel www.aeras-infos.fr

Affection

Toute altération aiguë ou chronique de l'état de santé et d'évolution variable.

Consolidation

Stabilisation, médicalement constatée, de l'état de santé de l'emprunteur en arrêt de travail suite à un accident ou une maladie garantie, dans les conditions prévues par le contrat. Cet état n'est plus amené à évoluer ni vers une amélioration, ni vers une aggravation, compte tenu des connaissances de la médecine.

Avant consolidation, on parle d'incapacité. Après consolidation, on parle d'invalidité.

Délai de carence

Période pendant laquelle les garanties ne sont pas en vigueur. La garantie est acquise après le délai de carence.

Franchise

Période ininterrompue d'incapacité temporaire totale de travail ou de chômage non indemnisée par l'assureur. Pour donner lieu à indemnisation, l'arrêt de travail ou le chômage doit être total, continu et supérieur à la franchise.

Licenciement

Perte d'emploi de l'emprunteur consécutive à un licenciement ouvrant droit aux prestations du POLE EMPLOI ou celles prévues par les régimes de la GSC ou de l'APPLI.

Maladie

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

Médecin conseil de l'assureur

Médecin chargé d'évaluer l'état de santé de la personne à la demande de l'assureur, directement ou via un expert. Comme tout médecin, il est soumis au Code de déontologie médicale et au secret professionnel.

Prêteur/organisme créancier

Personne morale, le plus souvent un établissement de crédit, qui met à la disposition de l'emprunteur une somme d'argent, à charge pour ce dernier de la rembourser.

Quotité assurée

Pourcentage du prêt ou des échéances de remboursement couvert par l'assurance. Ce pourcentage peut varier en fonction du type de garantie (décès/PTIA, invalidité/incapacité, perte d'emploi). En cas de pluralité d'emprunteurs, cette quotité peut être différente pour chacun des emprunteurs.

Rechute

Tout arrêt de travail concernant le même motif qu'un arrêt de travail antérieur et intervenant après une reprise d'activité.

Résidence habituelle de l'emprunteur

Correspond au centre des intérêts personnels et patrimoniaux de l'emprunteur, à savoir, par exemple, la résidence principale, la résidence fiscale, le lieu de résidence du conjoint et des enfants, le caractère temporaire d'un détachement ou d'une expatriation et la volonté de retour en France, etc.

Salarié

Personne exerçant une activité rémunérée auprès d'un employeur.

Est assimilé au salarié, le fonctionnaire ou agent de l'Etat ou de collectivité territoriale.

Sinistre

Réalisation du risque garanti.

Travailleur Non Salarié (TNS)

Professions libérales, artisans, commerçants ou exploitants agricoles.

1 – PERSONNES ASSURABLES

Les emprunteurs, cautions, associés ou dirigeants d'une personne morale emprunteuse, sont assurables s'ils bénéficient d'un financement sous la forme d'un crédit et plus généralement s'ils interviennent à l'acte de prêt. Ces personnes sont désignées ci-après sous le terme générique d'«emprunteurs».

Pour être assurable, l'emprunteur doit résider habituellement en France ou dans un pays pour lequel l'assureur dispose d'un agrément.

La date limite d'entrée dans l'assurance est fixée au 31 décembre de l'année du :

- 75^{ème} anniversaire de l'emprunteur pour la garantie décès

- 65^{ème} anniversaire de l'emprunteur pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente

- 60^{ème} anniversaire de l'emprunteur pour la garantie Perte d'Emploi

2 – ADHESION AU CONTRAT

Les documents contractuels sont formés par :

- la demande d'adhésion ou la demande d'avenant ou la demande d'adhésion valant certificat de garantie ou l'avenant valant certificat de garantie,

- le cas échéant, la déclaration d'état de santé et les formalités médicales,

- la notice d'information,

- la proposition d'assurance, le cas échéant.

2.1 Formalités nécessaires à l'adhésion au contrat

IMPORTANT : VOS DECLARATIONS

L'adhésion est conclue sur la base des déclarations de l'emprunteur. Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur (article L.113-2 du Code des Assurances).

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie du contrat, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut nous amener à prendre les sanctions ci-dessous :

- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des Assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé) ;

- Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L.113-9 du Code des Assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés).

Si dans le cadre d'un sinistre, l'emprunteur fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des préjudices, emploi comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat. Il en va de même pour les Bénéficiaires qui demanderaient indûment une prestation au titre d'une garantie décès de l'assuré.

Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires.

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, l'emprunteur (ou les Bénéficiaires) sont tenus de déclarer à l'assureur l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire et/ou forfaitaire couvrant le même risque.

A l'adhésion, l'emprunteur doit, le cas échéant, compléter une déclaration d'état de santé et se soumettre aux formalités administratives et/ou médicales fixées par l'assureur. Ce faisant, l'emprunteur lève le secret médical au bénéfice du Service Médical et du Médecin Conseil de l'assureur.

Ces formalités médicales sont fonction des réponses à la déclaration d'état de santé, du montant de l'encours à assurer et de l'âge de l'emprunteur.

Les frais en résultant sont pris en charge par l'assureur sur présentation des justificatifs d'usage et dans la limite du tarif conventionnel de la Sécurité sociale dans les cas suivants :

- lorsque l'adhésion est effective
- lorsque l'adhésion est proposée par l'assureur à des conditions particulières (surprime, exclusion)
- lorsque l'adhésion est refusée par l'assureur

En revanche, les frais restent à la charge de l'emprunteur dans les cas suivants :

- lorsque les examens pratiqués n'ont pas été demandés par l'assureur
- lorsque l'emprunteur ne donne pas suite à la demande d'adhésion pour un motif autre que celui cité au paragraphe précédent.

L'admission est subordonnée au résultat jugé satisfaisant par l'assureur des formalités médicales : celui-ci se réserve le droit de demander d'autres renseignements, de n'accepter l'emprunteur qu'à des conditions particulières, de l'ajourner ou de le refuser.

Lorsque l'assureur est amené à accepter un emprunteur à des conditions spéciales comportant une majoration de la cotisation, l'assureur lui soumet une proposition d'assurance : l'emprunteur dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date d'émission de la proposition pour lui notifier par écrit son accord sur les conditions proposées.

Passé ce délai, l'assureur n'est plus lié par la proposition et l'adhésion est classée sans suite.

Dans le cadre du dispositif AERAS, toute proposition d'assurance est valable 4 mois.

L'assureur s'engage à respecter les dispositions et les procédures de la Convention AERAS.

3 – SOUSCRIPTION DES GARANTIES

3.1. L'emprunteur souscrit aux garanties proposées en fonction de l'option choisie. Le contenu de chaque garantie est défini à l'article 8.

3.2. Quotité assurée

La garantie peut couvrir chaque emprunteur, soit à hauteur de 100 % chacun, soit à hauteur du pourcentage choisi au moment de l'adhésion et précisé sur la demande d'adhésion.

Lorsque la couverture d'assurance d'un emprunteur est inférieure à 100 %, les garanties souscrites sont réduites en proportion du pourcentage retenu.

Toute augmentation du pourcentage assuré en cours de prêt intervenue dans les 180 jours précédant un sinistre ne sera pas prise en compte par l'assureur.

3.3. En ce qui concerne la garantie Perte d'Emploi, l'adhésion à cette garantie doit être demandée exclusivement à l'occasion de l'adhésion à l'assurance et avant la prise d'effet des garanties. Cette garantie ne peut être accordée en cours de vie du contrat.

Par ailleurs, la garantie Perte d'Emploi n'est acquise qu'à condition que l'emprunteur bénéficie de la garantie Décès.

4 – CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION, PRISE D'EFFET DES GARANTIES

4.1 Conclusion et durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue à la date d'acceptation par l'assureur. La durée de l'adhésion est identique à la durée du contrat de prêt assuré, sous réserve de l'application des limitations de garanties.

4.2. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date demandée par l'emprunteur sur la demande d'adhésion, à savoir soit la date d'acceptation de l'offre de prêt, soit la date du premier déblocage des fonds, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par l'assureur.

Toutefois, le risque décès résultant d'un accident est couvert à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, pour une durée maximale de 60 jours, sous réserve de l'existence d'un engagement contractuel réciproque entre l'Emprunteur et l'organisme prêteur.

Cette garantie décès accidentel cesse à compter de l'acceptation de l'adhésion par l'assureur pour l'ensemble des garanties ou à la date du refus formulé par l'assureur d'accepter l'adhésion de l'emprunteur.

Dans la mesure où l'assureur a confirmé son acceptation par écrit, le déblocage partiel ou total du crédit entraîne automatiquement la prise d'effet des garanties.

4.3. Période de carence

La garantie Perte d'Emploi n'est acquise qu'après un délai de carence de 180 jours à partir de la date d'admission à l'assurance (date de confirmation de l'adhésion par l'assureur).

Tout licenciement notifié durant la période de carence ne peut donner lieu à indemnisation, même après expiration du délai, quel que soit la durée ou le motif du chômage, la date faisant foi étant celle de l'envoi de la lettre de licenciement.

5 – CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

5.1. L'adhésion et les garanties prennent fin :

- le jour où le crédit a été intégralement remboursé,
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'assuré, après accord du prêteur, dans les conditions prévues à l'article 19,
- à la date de déchéance du terme prononcé par l'organisme créancier du prêt garanti qui est bénéficiaire des indemnités d'assurance (dans les conditions prévues à l'article 15),
- en cas de non-paiement des cotisations en application de l'article L.141-3 du Code des assurances. La résiliation interviendra au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi par le Prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt 10 jours après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées,
- en cas de résiliation du contrat de prêt pour quelque motif que ce soit.

A l'égard de chaque emprunteur, les garanties cessent, au plus tard :

- pour le risque Décès : au 31 décembre de l'année du 80^{ème} anniversaire de l'emprunteur ;
- pour les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente :
 - au 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite de l'emprunteur ;
- pour le risque Perte d'Emploi :
 - au 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite de l'emprunteur ;
 - en tous les cas au plus tard, au 31 décembre de l'année pendant laquelle l'emprunteur a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général de la Sécurité Sociale;

5.2. Cessation des prestations

La cessation des garanties entraîne la cessation des prestations versées au titre des garanties prévues aux articles 8.2. et 8.3.

Les prestations cessent également pour les garanties :

- Incapacité temporaire totale de travail : selon les conditions prévues à l'article 8.2.1.3.,
- Invalidité permanente : selon les conditions prévues à l'article 8.2.2.,
- Perte d'emploi : selon les conditions prévues à l'article 8.3.2.

5.3. Obligation d'information de la liquidation de la retraite

L'emprunteur s'oblige à informer l'assureur de la liquidation de sa retraite. Cela permettra la modification de ses garanties. Dans le cas contraire, si l'emprunteur n'a pas informé l'assureur, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente ou Perte d'Emploi, celles-ci étant devenues sans objet.

6 – BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE

L'organisme créancier du prêt garanti est le bénéficiaire des prestations versées.

Le présent contrat d'assurance n'entraîne aucune subrogation de l'assureur dans le paiement des échéances du prêt dû par l'emprunteur à l'organisme créancier du prêt garanti.

L'emprunteur est tenu de respecter ses engagements et ses obligations vis-à-vis de l'organisme créancier et reste lié en vertu du contrat de prêt envers son prêteur.

7 – LES FORMULES DE GARANTIES PROPOSEES

L'assurance des emprunteurs comprend les options suivantes :

Pour les emprunteurs qui adhèrent avant le 31 décembre de l'année de leur 65^{ème} anniversaire :

- Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- Incapacité Temporaire Totale de Travail supérieure à 90 jours et Invalidité Permanente ;
- Incapacité Temporaire et Totale de Travail supérieure à 180 jours et Invalidité Permanente ;
- Perte d'emploi à hauteur de 50 % uniquement en cas d'adhésion avant le 31 décembre du 60^{ème} anniversaire.

Les options Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité permanente et Perte d'emploi ne peuvent être souscrites qu'en complément de l'option Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Pour les emprunteurs qui adhèrent après le 31 décembre de l'année de leur 65^{ème} anniversaire :

- Décès seul.

8 – DEFINITION DES GARANTIES

Les garanties définies ci-dessous couvrent les sinistres survenus après la date d'adhésion.

8.1. Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

L'assureur intervient pour le remboursement du montant du prêt restant dû au jour du décès (en proportion de la quotité assurée) en cas de décès de l'emprunteur avant le 31 décembre de l'année de son 80^{ème} anniversaire. L'assureur intervient pour le remboursement du montant du prêt restant dû au jour de la reconnaissance par le Médecin Conseil de l'assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'emprunteur (en proportion de la quotité assurée) lorsque cet état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survient avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite de l'emprunteur.

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'emprunteur qui se trouve dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller).

L'état d'invalidité sera apprécié par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur. Les expertises sont diligentées dans les conditions des articles 12 et 13.

Avant déblocage intégral du prêt, la garantie porte, à partir de la date d'effet, sur le montant total du prêt accordé par l'organisme créancier et déclaré à l'assureur, sous déduction des remboursements effectués au jour du décès ou à la date de la reconnaissance par le Médecin Conseil de l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Lorsque l'emprunteur a choisi la date d'acceptation de l'offre comme date d'effet des garanties et que le sinistre intervient avant tout déblocage de fonds, l'indemnisation ne sera due que sous réserve du maintien de l'engagement contractuel liant l'emprunteur avec l'organisme créancier.

Dans le cas contraire, en cas d'annulation du contrat de crédit, aucune indemnisation ne sera due, le contrat d'assurance étant résolu avec pour conséquence le remboursement à l'emprunteur des primes déjà prélevées.

Le paiement par l'assureur des sommes dues au titre des garanties Décès et PTIA met fin à l'adhésion.

8.2. Incapacité de Travail

8.2.1. Incapacité Temporaire Totale de Travail

8.2.1.1. Définition du risque garanti

L'assureur prend en charge le paiement des échéances garanties du prêt lorsque l'emprunteur est en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de sa retraite.

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'emprunteur qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle ou contraint d'observer un repos complet (c'est-à-dire hospitalisation ou obligation de garder la chambre) pour les emprunteurs n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre.

Si l'emprunteur a la qualité d'assuré social, il doit bénéficier des indemnités journalières du régime de la sécurité sociale auquel il est affilié.

8.2.1.2. Franchises

Au moment de l'adhésion :

L'emprunteur choisit entre une franchise de 90 jours et une franchise de 180 jours.

Au jour de l'arrêt de travail :

Référence 16.59.88 – 06/2022

Page 3/8

Si l'emprunteur a opté pour la franchise de 90 jours, celle-ci est réduite à 15 jours lorsque l'emprunteur exerce une activité médicale ou paramédicale à titre libéral, à condition d'être toujours membre d'une profession de santé exercée à titre libéral au jour de l'arrêt de travail ou de l'invalidité.

Quelle que soit la franchise choisie par l'emprunteur, celle-ci est doublée dans la limite de 180 jours lorsque l'arrêt de travail ou l'invalidité est motivé par l'une des affections suivantes : maladie psychosomatique, dépression nerveuse, affection psychiatrique ou neuro-psychiatrique, fibromyalgie, affections cervico-dorso-lombaires, et que cette affection n'a pas nécessité une hospitalisation de plus de 10 jours continus ou une intervention chirurgicale pendant la période d'arrêt de travail.

Le calcul de la franchise débute le 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Toute diminution de la franchise en cours de vie de prêt intervenue dans les 180 jours précédant un sinistre ne sera pas prise en compte par l'assureur.

8.2.1.3. Montant pris en charge

L'assureur prend en charge le montant des échéances garanties du prêt. L'échéance garantie correspond :

- soit à l'échéance hors assurance telle que prévue au tableau d'amortissement,

- soit aux intérêts courus en cas de différé d'amortissement,

en y appliquant la quotité assurée indiquée sur le certificat de garantie.

Lorsque le prêt est remboursable au terme, la part de capital comprise dans la dernière échéance n'entre pas dans le calcul de l'indemnité journalière.

Le paiement de l'échéance garantie intervient sous la forme d'indemnités journalières calculées au prorata des jours d'arrêt de travail et selon le rythme de versement des échéances (1/30^{ème} si mensuel, 1/90^{ème} si trimestriel, 1/180^{ème} si semestriel, 1/360^{ème} si annuel).

Le montant de l'indemnité journalière ne pourra être supérieur à la perte de revenu subie par l'emprunteur.

La perte de revenu est la différence entre le « revenu de référence » de l'assuré (1) avant l'arrêt de travail et son « revenu de remplacement » (2).

Cependant, le montant minimum versé par l'assureur est fixé à 50% de l'échéance garantie, en proportion de la quotité assurée.

Pour les emprunteurs n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, le montant versé par l'assureur est fixé à 50% de l'échéance garantie, en proportion de la quotité assurée.

(1) Calcul du revenu de référence :

Pour les salariés : Le revenu de référence est égal à la moyenne des salaires ou traitements nets perçus au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail. Les primes, frais de mission et autres avantages financiers imposables faisant partie intégrante de la rémunération entrent dans le calcul du salaire.

Pour les TNS : Le revenu de référence est le revenu net mensuel moyen évalué sur la base de 125 % du bénéfice professionnel retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu de l'année qui précède l'arrêt de travail, peu importe la nature du régime d'imposition (réel, réel simplifié ou forfait)

(2) Calcul du revenu de remplacement :

Le revenu de remplacement est égal au montant mensuel des revenus perçus pendant la période d'incapacité de travail (rémunérations, traitements ou indemnités versées par l'employeur, indemnités journalières Sécurité Sociale ou prestations équivalentes perçues par les personnes assujetties à des régimes similaires au régime général de la Sécurité Sociale, prestations versées par des organismes de prévoyance complémentaire obligatoires)

La perte de revenu est calculée le premier mois suivant l'expiration du délai de franchise contractuel.

Elle est révisable à la demande de l'emprunteur tous les 180 jours en fonction de l'évolution du revenu de remplacement.

L'indemnité journalière est versée au maximum pendant une période de 1095 jours. **La prise en charge cesse de plein droit à la survenance du premier des événements suivants :**

- la reprise même partielle d'une activité par l'emprunteur et/ou en cas d'interruption du paiement des prestations en espèces par le régime de Sécurité Sociale auquel l'assuré est affilié ;

- la consolidation de l'état de santé de l'emprunteur ;

- au 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite de l'emprunteur.

En cas de reprise d'une activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, l'assureur intervient toutefois à hauteur de 50% du montant de l'indemnité journalière définie ci-dessus.

Si, après une reprise du travail pendant une période inférieure ou égale à 60 jours 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 des prestations et il ne sera pas appliqué de nouveau délai de franchise.

Lorsque pour un même prêt la garantie est souscrite par plusieurs emprunteurs, le total des indemnités journalières versées pour une même période d'incapacité ne pourra excéder tout ou partie du montant des échéances de remboursement ou du montant des intérêts courus en cas de différé d'amortissement.

8.2.2. Invalidité Permanente

La garantie Invalidité Permanente intervient en relais de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et à la condition que cet état d'Invalidité Permanente de l'emprunteur survienne avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite de l'emprunteur.

On entend par Invalidité Permanente de l'emprunteur, la perte définitive d'une part significative ou totale de la capacité d'exercer toute activité rémunérée suite à une atteinte corporelle, par maladie ou par accident.

L'indemnité cesse au 31 décembre de l'année de la liquidation de sa retraite.

8.2.2.1. La base de remboursement est l'échéance garantie définie au paragraphe 8.2.1. A ce montant sera appliqué le taux de prise en charge déterminé ci-dessous.

8.2.2.2. Détermination du taux de prise en charge

Le taux de prise en charge résulte :

- du taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale,
- du taux d'incapacité professionnelle.

Ces taux d'incapacité seront évalués par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur, indépendant et soumis au code de déontologie médicale. Les expertises sont diligentées dans les conditions des articles 12 et 13.

L'incapacité fonctionnelle sera appréciée et chiffrée en se référant au barème indicatif des incapacités en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur) en appliquant la règle de Balthazard.

L'incapacité professionnelle sera appréciée en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Taux de prise en charge :

TIP	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	0%	0%	0%	0%	0%	50%	50%	50%	50%
20	0%	0%	0%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
30	0%	0%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	100%
40	0%	0%	50%	50%	50%	50%	50%	100%	100%
50	0%	50%	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%
60	0%	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%
70	0%	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%
80	0%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%
90	0%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%
100	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%

TIP : Taux d'Incapacité Professionnelle

La prise en charge à hauteur de 50% correspond à un taux d'invalidité global compris entre 33% à 66%.

La prise en charge à hauteur de 100% correspond à un taux d'invalidité global supérieur à 66%.

Le taux d'invalidité global est déterminé par croisement des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle définis ci-dessus.

L'assureur n'est en aucun cas lié par les décisions des organismes sociaux. En effet, l'appréciation par l'assureur de la notion d'incapacité ou d'invalidité peut être différente de celle retenue par les organismes sociaux. Pour le calcul de l'indemnité à verser, la perte de revenu est recalculée au jour de la reconnaissance de l'invalidité.

8.2.3. Garantie Invalidité Spécifique AERAS

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS révisée, une garantie Invalidité Spécifique est proposée par l'assureur, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente ont été refusées pour des raisons médicales.

Il ne s'agit pas d'une option, un emprunteur ne peut solliciter directement cette garantie ni la demander lorsqu'il a souhaité une couverture uniquement pour les garanties Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie qui fait l'objet d'une exclusion et/ou d'une surprime.

L'emprunteur bénéficie de la garantie Invalidité Spécifique AERAS lorsque les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé doit être définitif et consolidé ;

- son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le Médecin Conseil de l'assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;

- l'assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle attestée par la production:
 - lorsqu'il est salarié : d'un titre de pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité Sociale selon la définition de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale,

- lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : un congé de longue maladie,
- lorsqu'il est non-salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession,

- l'état d'invalidité intervient avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite de l'emprunteur.

L'assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical dans les conditions des articles 12 et 13 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS. En cas de poly-pathologies, le taux d'invalidité fonctionnelle sera déterminé par l'addition des taux des différentes pathologies.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les exclusions de garantie (à l'exception des exclusions de pathologies) et les conditions de cessation de garantie sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité de Travail à l'exception de la date de reconnaissance de l'état d'invalidité qui sera la date de reconnaissance par le Médecin conseil de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus. Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

Retrouvez toutes les informations sur la convention AERAS sur le site

www.aeras-infos.fr

8.3. Perte d'Emploi

8.3.1. Nature du risque

L'assuré salarié licencié percevant l'une des allocations chômage prévues aux articles L.5422-1 et suivants du Code du Travail, ou d'une indemnité au titre de la GSC ou de l'APPI pour les mandataires sociaux, est susceptible de bénéficier de la garantie Perte d'Emploi définie ci-après, à condition toutefois qu'il justifie d'une activité minimum de 180 jours en continu chez le dernier employeur au moment de la survenance du chômage.

Sont également considérées comme périodes de chômage, les périodes donnant lieu à versement par la Sécurité Sociale de prestations en espèces en cas de maladie ou d'accident, entraînant une suspension du versement de l'allocation par le POLE EMPLOI.

8.3.2. Montant indemnisé

L'assureur prend en charge le paiement de 50% des échéances du prêt (hors assurance) telles que prévues au tableau d'amortissement, selon la quotité assurée.

Le règlement intervient sous la forme d'indemnités journalières calculées au prorata des jours de chômage, selon le rythme de versement des échéances (1/30è si mensuel, 1/90è si trimestriel, 1/180è si semestriel, 1/360è si annuel). Cette indemnité est versée après une période de franchise de 90 jours pendant 540 jours au maximum pour un même licenciement.

Le calcul du délai de franchise débute à compter du premier jour d'indemnisation par le POLE EMPLOI.

Le montant mensuel payé ne pourra être supérieur à la différence entre le revenu net moyen évalué sur la base des 12 derniers salaires mensuels perçus avant le licenciement, hors indemnités de licenciement, et le montant des prestations mensuelles versées par le POLE EMPLOI.

Pendant la durée totale du prêt, la période indemnisée ne pourra excéder 1080 jours d'indemnités journalières quel que soit le nombre de périodes de chômage. En cas de reprise d'activité supérieure à 180 jours, toute nouvelle période de chômage donne lieu à application du délai de franchise de 90 jours.

Le cumul de l'indemnité Perte d'Emploi versée par l'assureur, des aides au logement (A.P.L. ...) et des garanties perte d'emploi ou incapacité de travail existantes par ailleurs pour un autre assuré au titre du même prêt ne peut excéder le terme de remboursement prévu au tableau d'amortissement pour la période d'indemnisation considérée.

L'indemnité Perte d'Emploi est versée au maximum jusqu'au dernier terme prévu par le contrat de prêt ou ses avenants ultérieurs.

L'indemnité cesse également à la survenance du premier des événements suivants :

- en cas d'interruption du versement des allocations d'assurance chômage ;
- à la liquidation de la retraite de l'emprunteur ;
- au 31 décembre de l'année pendant laquelle l'emprunteur a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

En cas de chômage atteignant plusieurs emprunteurs assurés au titre d'un même prêt, l'indemnité ne pourra excéder le montant de l'échéance (hors assurance).

8.3.3. Révision des dispositions de la garantie

En cas de modification des règles actuelles du POLE EMPLOI et en fonction de l'évolution des risques, l'assureur se réserve la possibilité de modifier les conditions de souscription et d'indemnisation de la garantie Perte d'Emploi. Dans ce cas, les conditions d'information et de résiliation mentionnées à l'article 16 sont applicables.

9 – LIMITE DES GARANTIES

L'ensemble des prestations que l'assureur peut être amené à verser dans le cadre d'un même prêt, ne peut excéder le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement, ou le montant total du prêt accordé par l'organisme créancier.

Dans le cadre des prêts modulables, l'échéance de référence pour le versement des prestations en cas d'incapacité de travail ou de perte d'emploi correspond à l'échéance en cours à la date du sinistre, à savoir à la date du premier jour d'arrêt de travail, ou à la date du licenciement, sauf si une augmentation de l'échéance est intervenue dans les 180 jours précédant le sinistre. Dans ce cas, l'échéance de référence sera l'échéance en vigueur avant l'augmentation.

Les augmentations d'échéance intervenant après la date du sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées.

En présence d'un prêt remboursable au terme, la part capital comprise dans la dernière échéance n'entre pas dans le calcul de l'indemnité versée dans le cadre des garanties Incapacité de Travail (Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Partielle ou Totale) et Perte d'Emploi

10 – ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier. Toutefois, les prestations Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente ne seront versées que pour les périodes d'incapacité constatées médicalement en France.

11 – RISQUES EXCLUS

11.1. Au titre de l'ensemble des garanties

Tous les risques sont garantis à l'exclusion :

- du risque de guerre lorsqu'elle est déclarée par le Parlement dans les formes de l'alinéa 1^{er} de l'article 35 de la Constitution ;
- du suicide dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet du contrat. Toutefois, le suicide est couvert dès la prise d'effet du contrat pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'emprunteur, dans la limite du montant mentionné au Décret visé par l'article L.132-7 du Code des Assurances (120.000 € au 1^{er} novembre 2015) ;
- des modifications de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes.

11.2. Au titre de la garantie Perte d'emploi

Sont exclues les périodes de chômage consécutives :

- aux mises en retraite, préretraite ou départs volontaires dans le cadre des contrats de solidarité,
- aux contrats de travail à durée déterminée (emplois temporaires, intérimaires, saisonniers),
- au chômage partiel,
- au licenciement pour lequel l'emprunteur était prévenu ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion,
- au congé de formation prévu dans le cadre d'un licenciement pour lequel l'emprunteur était prévenu au moment de l'adhésion,
- au licenciement consécutif à une mise en liquidation judiciaire de l'entreprise prononcée avant l'adhésion,
- à une démission, même prise en charge par le POLE EMPLOI,
- à la rupture du contrat de travail durant la période d'essai,
- à toute forme de cessation d'activité pour laquelle l'emprunteur est dispensé de rechercher un emploi,
- aux licenciements atteignant le conjoint ou les enfants d'un chef d'entreprise lorsque ce dernier les emploie, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.

12 – OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Pour l'ensemble des garanties, les décisions prises par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme similaire, ne s'imposent pas à l'assureur.

Pour ne pas perdre son droit aux prestations, l'emprunteur (ou ses ayants droit) doit fournir toute pièce justificative, répondre à tous questionnaires de l'assureur et se prêter, le cas échéant, à toute expertise ou toute vérification que l'assureur estime nécessaire. Sous réserve de la législation

applicable au pays, l'emprunteur donne mandat à l'assureur en vue d'effectuer toute démarche auprès des autorités compétentes pour l'obtention des justificatifs afférents au sinistre.

Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant. L'assuré est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques...)

L'assuré a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix et de produire les conclusions de ce médecin.

Par ailleurs, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance l'emprunteur en incapacité de travail devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par la Sécurité Sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le Contrôleur pour les autres. L'assuré conserve tout comme l'assureur la faculté d'exercer une action en justice

13 – ARBITRAGE

Dans le cadre des expertises médicales, en cas de désaccord entre le médecin de l'assureur et l'emprunteur, les deux parties peuvent choisir un médecin arbitre pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise d'arbitrage et supporteront pour moitié les honoraires de ce médecin.

14 – PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des Assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :

Aux termes de l'article L.114-1 du Code, « 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^o En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2^o 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^o, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

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

Causes d'interruption de la prescription :

L'interruption de la prescription efface le délai de prescription acquis et fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien.

Aux termes de l'article L.114-2 du Code, « 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 réception, 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 d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé ;
 - tout acte d'exécution forcée ;
 - toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré ;
 - toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution

La prescription peut être aussi suspendue. La suspension de la prescription en arrête temporairement le cours sans effacer le délai déjà acquis, les causes de suspension étant régies par les articles 2233 à 2239 du Code civil.

15 – GARANTIES EN CAS D'IMPAYES, DE PROROGES ET/OU D'EXIGIBILITE TOTALE DU PRÊT

15.1. Pour les échéances impayées ou prorogées seules les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont maintenues.

Dans ce cas, s'ajoute à la cotisation obligatoire une cotisation complémentaire de 0,50 % l'an des sommes impayées ou prorogées.

15.2. En cas d'exigibilité totale du prêt, cette cotisation de 0,50 % l'an est calculée sur l'intégralité des sommes dues et se substitue à la cotisation de base pour ne couvrir que les seuls risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les autres garanties étant suspendues de plein droit.

16 – COTISATIONS

L'assurance est accordée moyennant le versement de cotisations dont le taux, taxes actuellement en vigueur comprises, est fixé pour chaque assuré compte tenu de l'option retenue. A cette cotisation peut s'ajouter une surprime éventuelle. Les cotisations sont payables par l'assuré en même temps que les échéances de son prêt.

Lorsque l'assuré a choisi comme date de prise d'effet des garanties la date d'acceptation de l'offre de prêt, les cotisations commenceront à être prélevées à partir de cette date, indépendamment du paiement des échéances du prêt.

Le montant des cotisations est déterminé en fonction des déclarations faites par le candidat à l'assurance. La cotisation d'assurance étant notamment calculée sur la base du capital restant dû, la modification de l'amortissement du crédit entrainera un nouvel échéancier assurance.

En cas d'augmentation des taxes en vigueur ou de création d'une nouvelle taxe, l'augmentation ou l'intégration de la nouvelle taxe dans la cotisation pourra être immédiatement répercutée par l'assureur sur le montant de la cotisation.

L'éventuelle cessation pour l'emprunteur de la garantie PTIA n'emporte aucune réduction de cotisation. La part de cotisation afférente à cette garantie est affectée, après sa date limite de fin, au seul risque Décès pour compenser l'aggravation de ce risque du fait de l'âge.

Tarifs différenciés fumeurs, non-fumeurs

Les personnes pouvant certifier qu'elles ne fument pas quotidiennement à la date de l'adhésion et qu'elles n'ont pas fumé quotidiennement durant les 720 jours précédant cette date, y compris cigarettes électroniques peuvent bénéficier du tarif non-fumeur.

Règles spécifiques à la garantie Perte d'Emploi :

Pour chaque emprunteur, le taux de cotisations en vigueur à la date d'effet de l'adhésion est garanti un an. Par la suite, ce taux est révisable au 1^{er} janvier par périodes annuelles successives.

En cas de modification du taux, l'emprunteur en sera informé au plus tard le 1^{er} octobre de chaque année. S'il le souhaite, il pourra alors résilier l'adhésion à cette garantie à condition d'en informer l'organisme créancier avant le 30 novembre de la même année par lettre recommandée.

Toute résiliation est définitive, l'emprunteur ne pourra plus souscrire à cette garantie sauf dans le cadre d'un nouveau prêt.

17 – REGLEMENTS DES PRESTATIONS

17.1 Formalités de déclarations

Les formulaires de déclaration mentionnés sont disponibles auprès de votre agence bancaire habituelle.

L'emprunteur a la possibilité d'utiliser l'enveloppe pré-imprimée et confidentielle disponible auprès de l'organisme créancier, préservant ainsi la confidentialité des informations transmises au Service Médical. A défaut, il peut envoyer les documents à l'adresse suivante :

Service Médical Sinistres, 46 rue Jules Méline 53098 LAVAL CEDEX 09 en indiquant « Lettre confidentielle » sur l'enveloppe.

L'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou à ses ayants droits des justificatifs ou questionnaires complémentaires.

Les pièces suivantes sont à remettre à l'organisme créancier pour la constitution du dossier.

En cas de décès

- 1) acte de décès de l'emprunteur,
- 2) formulaire de déclaration « Décès »

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité

1) notification de mise en invalidité émanant de l'organisme social auquel est affilié l'emprunteur (s'il y a lieu),

2) formulaire de déclaration « Invalidité » indiquant la nature des affections ayant motivé la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou la mise en invalidité, la date de survenance, la date de leur première constatation médicale, ainsi que les taux de l'invalidité permanente fonctionnelle et professionnelle.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

1) formulaire de déclaration « Incapacité de Travail » indiquant la nature des affections ayant entraîné l'incapacité ainsi que la date de leur première constatation médicale

2) formulaire de déclaration de perte de revenus

3) si l'emprunteur est assujéti au régime général de la Sécurité Sociale : les décomptes d'indemnités journalières et, sur demande de l'assureur, un certificat médical

4) si l'emprunteur n'est pas assujéti au régime général de la Sécurité Sociale :

- une attestation de son employeur précisant les périodes d'incapacité de travail, - à défaut, un certificat médical établi par son médecin traitant précisant les périodes d'incapacité

- ou tout document émanant d'un organisme obligatoire et portant sur l'incapacité totale.

5) pour l'emprunteur n'exerçant pas d'activité professionnelle : un certificat médical précisant la nécessité du repos complet et la durée de l'incapacité

Ces documents doivent être renouvelés au moins tous les 60 jours,

L'assureur se réserve le droit de faire pratiquer une expertise médicale et de demander communication des justificatifs de revenus à tout moment. Les expertises sont diligentées dans les conditions des articles 12 et 13.

En cas de Perte d'Emploi

1) formulaire de déclaration « Perte d'Emploi »

2) lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par le POLE EMPLOI,

3) décomptes d'allocations du POLE EMPLOI,

4) attestation des 6 mois d'activité chez le dernier employeur à la date du licenciement,

5) la lettre de licenciement.

6) copie des bulletins de paie des 12 derniers mois précédant le licenciement.

17.2. Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être déclaré à l'assureur par l'emprunteur **DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'EXPIRATION DU DÉLAI DE FRANCHISE CONTRACTUEL**, accompagné des pièces justificatives énoncées à l'article 17.1. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces justificatives doivent être adressées à l'assureur, dans un délai maximum de 15 jours.

Toute prolongation parvenant à l'assureur après ce délai sera considérée : - entre le 16^e et le 60^e jour comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif ;

- après le 61^e jour comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu à application du délai de franchise à compter de la date de réception du justificatif.

L'invalidité doit être déclarée à l'assureur par l'emprunteur dans les 120 JOURS DE LA SURVENANCE accompagnée des pièces justificatives énoncées à l'article 17.1. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

La perte d'emploi doit être déclarée à l'assureur par l'emprunteur **DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'EXPIRATION DU DELAI DE FRANCHISE CONTRACTUEL** accompagnée des pièces justificatives énoncées à l'article 17.1. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de la déclaration du sinistre.

18 – MODIFICATION DES GARANTIES

Les demandes de modification de garanties sont à adresser à l'organisme créancier.

19 – RESILIATION DE L'ASSURANCE PAR L'ASSURE

L'assuré peut résilier le présent contrat d'assurance :

- pour les prêts immobiliers relevant du 1^o de l'article L 313-1 du Code de la Consommation : à tout moment à compter de la date d'acceptation de l'offre de prêt.

Cette demande devra être accompagnée de l'accord du prêteur ainsi que de la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

- pour les autres prêts : en adressant une demande accompagnée de l'accord du prêteur.

La demande de résiliation pourra être effectuée, au choix de l'assuré :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- par acte extrajudiciaire ;

- lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'assureur ou son représentant confirme par écrit la réception de la demande de résiliation.

DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES A LA VENTE A DISTANCE :

Information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance

La présente notice vaut également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance.

Droit de renonciation au contrat

Faculté de renonciation :

L'emprunteur dispose de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance.

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

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.

Lorsque l'adhésion a été conclue à distance, l'assuré a la faculté d'y renoncer pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- de la conclusion de l'adhésion au contrat ;
- de la réception des informations obligatoires ou conditions contractuelles si cette date est postérieure,

et expire le dernier jour à 24h00.

Dans tous les cas, et quel que soit le mode de commercialisation, l'assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

En cas de renonciation, l'assuré n'est tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. Le cas échéant, l'assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée

Modalités de renonciation :

Afin de renoncer au contrat, il convient de transmettre à l'assureur, à l'adresse figurant sur les Conditions Particulières ou votre dernier avis d'échéance, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, selon le modèle ci-après : "Je soussigné(e).....(nom, prénom) demeurant(adresse de l'emprunteur) déclare renoncer au contrat d'assurance n°(n° d'adhésion figurant sur les Conditions Particulières du contrat) auquel j'avais adhéré le (date de l'adhésion), par l'intermédiaire de (nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat).

(Date) (Signature de l'emprunteur)

La renonciation entraîne résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

Dispositions spécifiques à l'adhésion par internet

Modalités d'adhésion

L'adhésion via le site internet suppose que l'emprunteur soit, au préalable, connecté à son espace personnel au moyen de son identifiant et de son mot de passe.

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis par l'emprunteur. L'ensemble des renseignements fournis donne lieu à l'établissement d'une proposition d'assurance.

A chaque étape qui précède la signature en ligne du contrat, l'emprunteur dispose de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'assurance est validée par l'emprunteur au moyen de la signature électronique. Celle-ci est déclenchée par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « Confirmer » dans l'interface « acceptation ». Dès validation du contrat, les conditions particulières qui matérialisent l'acceptation de l'assureur et comportent le numéro du contrat sont émises. Un e-mail de confirmation est adressé à l'emprunteur par l'assureur et il pourra consulter ses Conditions Particulières dans son espace personnel.

La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies à l'emprunteur (proposition, conditions générales, conditions particulières). En cas de contestation, ces informations ont seules valeur probante.

Consultation et archivage des documents

Chaque document contractuel mis à disposition de l'emprunteur lors de la souscription peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format Pdf sur le disque dur de son ordinateur. Par ailleurs, les documents contractuels seront archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans l'espace personnel de l'emprunteur, pendant un délai conforme aux exigences légales.

Convention de preuve

Les données fournies par l'utilisateur de ce site internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties. Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur. L'assureur peut se prévaloir à titre de preuve d'un document électronique au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par l'adhérent consisterait en un document établi sur support papier.

Responsabilités

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il appartient à l'emprunteur d'assurer la sécurité de son ordinateur. Lorsqu'il accède au site internet il doit vérifier soigneusement l'adresse affichée par son navigateur internet, vérifier la dernière connexion, se déconnecter après chaque utilisation, ne jamais cliquer sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité, supprimer les e-mails douteux sans les ouvrir.

Durée de validité des informations fournies :

L'ensemble des informations fournies, relatives à la vente à distance, sont valables tout au long de la phase précontractuelle, sous réserve de la durée de validité de la proposition d'assurance et pendant toute la durée du contrat, sous réserve des modifications apportées au contrat collectif par avenant et des éventuelles modifications législatives ou réglementaires.

INFORMATIONS LEGALES

Droit et langue applicables : La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque.

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de la souscription du contrat ou ultérieurement, les Parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

Toute relation avec l'adhérent se fait en langue française, ce que ce dernier accepte expressément.

Autorité de contrôle : L'autorité de contrôle de ACM VIE SA et ACM IARD SA est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest- CS92459 - 75436 PARIS cedex 09.

Vos données personnelles

• Le traitement de vos données personnelles

Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales.

Cela s'entend par exemple de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de nos obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes susceptibles d'utiliser et d'analyser vos données personnelles en vue de l'établissement de votre profil et de la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Le respect d'obligations légales emporte aussi, le cas échéant, de traiter vos données à des fins de lutte contre l'évasion fiscale ou en vue de la gestion des contrats d'assurance-vie non réclamés.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et des prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention.

Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Vos données peuvent aussi être utilisées pour lutter contre la fraude à l'assurance, laquelle recouvre l'exagération frauduleuse du montant des réclamations. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés.

Les déclarations, informations et tous justificatifs présentés en vue de l'acceptation et de l'établissement du contrat, puis à l'appui des demandes de délivrance de services, de règlement de sinistres ou de prestations, peuvent faire l'objet de vérifications. Ces vérifications sont destinées à vérifier la cohérence des déclarations, des circonstances et des conséquences du sinistre ainsi que la réalité, véracité et intégrité des éléments.

Ces vérifications pourront emporter le recours aux autorités, entités ou organismes publics ainsi qu'à tous organismes, tiers ou professionnelles de toutes sortes. Les démarches pourront également emporter recours à des huissiers et des agents de recherche privés.

L'assureur est susceptible de traiter des données rendues publiques par tous supports.

Le cas échéant, si le contrôle devait porter sur des données de santé, il serait opéré dans le respect du cadre protecteur renforcé propre à ce type de données.

Les données collectées seront conservées jusqu'à la prescription de toutes les actions pouvant être exercées. En cas de fraude avérée, l'assureur peut engager des poursuites pénales et inscrire la personne convaincue de fraude sur une liste l'excluant de toute possibilité de contracter avec l'assureur pendant 5 ans.

A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, partenaires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat, de la délivrance et du contrôle des prestations ou de services complémentaires, de l'optimisation de nos services, de la lutte contre la fraude et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation. Elles sont également adressées aux autorités et organismes contribuant à la lutte contre ces phénomènes.

Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont, le cas échéant, transmises à l'administration française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?

Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, ce traitement est opéré par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Ces données font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données sont conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions en découlant directement ou indirectement. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

• Les droits dont vous disposez

De quels droits disposez-vous ?

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

Comment pouvez-vous les faire valoir ?

Pour l'exercice de vos droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Liste d'opposition au démarchage téléphonique : L'emprunteur a la faculté de s'inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de le démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En sa qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques pour lui présenter une offre ou une nouveauté sur les produits ou services de l'assureur afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

Réclamation : En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez lui adresser votre réclamation par écrit. Vous pouvez également adresser votre réclamation par courrier au :

Responsable des relations consommateurs

ACM VIE SA

4, rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen 67906 Strasbourg Cedex 9.

Il sera accusé réception de votre réclamation dans un délai maximal de dix jours.

Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>

Médiation : En l'absence de réponse ou si cette dernière ne vous satisfait pas, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance à l'issue d'un délai de deux mois et dans un délai maximal d'un an à compter de votre première réclamation écrite

Le Médiateur ne pourra examiner votre demande que si aucune action judiciaire n'a été engagée. Après avoir instruit le dossier, il rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties.

Il est possible de saisir la Médiation par voie électronique : <https://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur> ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance »

Changement de domicile

Lors de tout changement de domicile, l'assuré devra impérativement faire connaître à l'assureur sa nouvelle adresse par écrit en rappelant son numéro d'adhésion. A défaut, toutes communications ou notifications lui sont valablement faites à l'adresse indiquée sur sa demande d'adhésion ou à la dernière adresse communiquée.

Communication d'informations par voie électronique

Si l'emprunteur a communiqué à son interlocuteur habituel une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, l'assureur utilisera cette adresse pour la poursuite des relations avec l'emprunteur afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat. L'emprunteur dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de ses relations avec l'assureur.