

PREPAR-VIE
ASSURANCE



Zen Initial
EMPRUNTEUR

NOTICE D'INFORMATION – CONDITIONS GÉNÉRALES
DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT
ZEN INITIAL EMPRUNTEUR N° CE/20 016

zen'up

Les avantages du contrat Zen Initial Emprunteur



Garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- Décès : possibilité d'adhérer jusqu'à 80 ans, couverture jusqu'à 85 ans
- PTIA : possibilité d'adhérer jusqu'à 65 ans, couverture jusqu'à 71 ans, y compris pour les retraités



Garanties Incapacité Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale¹ :

- Possibilité d'adhérer jusqu'à 65 ans
- Couverture jusqu'à 71 ans en cas de poursuite d'une activité professionnelle



Couverture des situations à risques

- Professions, sports spécifiques et risques aggravés de santé



Garantie Renforcée¹ :

- Couverture des affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation



Le contrat Zen Initial Emprunteur est 100% compatible avec les exigences bancaires



Votre tarif personnalisé est garanti pendant toute la durée du prêt même en cas de changement de situation.



Couverture de la plupart des sports sans surprime, y compris pratiqués en club amateur

¹ Garanties optionnelles

Sommaire

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 : DUREE DES GARANTIES	4
ARTICLE 3 : LA GARANTIE DECES	5
ARTICLE 4 : LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A).....	6
ARTICLE 5 : LES GARANTIES INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T), INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T), INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P) ET GARANTIE RENFORCEE	6
ARTICLE 6 : LA GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS	8
ARTICLE 7 : LES EXCLUSIONS ET LIMITE DE PRISE EN CHARGE.....	8
ARTICLE 8 : TERRITORIALITE DES GARANTIES.....	11
ARTICLE 9 : LES BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS.....	11
ARTICLE 10 : LES CONDITIONS POUR ADHERER	11
ARTICLE 11 : LES FORMALITES POUR ETRE ASSURE	11
ARTICLE 12 : LES COTISATIONS D'ASSURANCE	12
ARTICLE 13 : LES DECLARATIONS DE SINISTRE	12
ARTICLE 14 : PRESTATIONS, CONTROLE ET EXPERTISE.....	13
ARTICLE 15 : PRESCRIPTION.....	14
ARTICLE 16 : CONTINUITE DU CONTRAT CE/20 016.....	14
ARTICLE 17 : CONTROLE DE L'ASSUREUR	14
ARTICLE 18 : GESTION DU CONTRAT CE/20 016.....	14
ARTICLE 19 : RECLAMATIONS - MEDIATIONS	14
ARTICLE 20 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	15
ARTICLE 21 : LOI APPLICABLE	16

Notice d'Information – Conditions générales du contrat d'assurance emprunteur Zen Initial N° CE/20 016 (version Juin 2022)

Le contrat d'assurance de prêts et crédits Zen Initial est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle (n°CE/20 016), régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat d'assurance de groupe et est réservé aux seuls membres de l'Association des Assurés de Lifesquare.

La langue utilisée au cours du contrat sera la langue française.

Le souscripteur est l'Association des Assurés de Lifesquare (AAL) - association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 située 73 rue du Château 92100 Boulogne Billancourt, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par l'Assureur relevant du Code des assurances.

Quelques définitions :

Les termes débutant par une majuscule et en italiques, non définis dans le corps de la notice ont la signification suivante.

« **Prêteur** » ci-après, désigne l'organisme *Prêteur* identifié sur la demande d'adhésion l'assurance.

« **Assureur** » ci-après des garanties d'assurance de prêts et de crédits, désigne PREPAR-VIE, Entreprise régie par le Code des assurances, filiale de la BRED Banque Populaire. Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 182 183 792 euros - 323 087 379 RCS Nanterre (n°LEI : 969500WDOCIF97N6D206). Siège social : Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 90241 - 92981 Paris La Défense cedex.

..
L'Assureur délègue la gestion au gestionnaire : MNCAP (Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété), situé au 5 rue Dosne 75116 Paris.

« **Emprunteur** » ci-après, désigne toute personne physique ou morale à qui le *Prêteur* consent un *Prêt*.

« **Adhérent** » ci-après, désigne la personne physique ou morale qui adhère à l'Association et à la présente Convention.

« **Assuré** » ci-après désigne la personne qui bénéficie des garanties de la présente Convention. L'Assuré, ci-après également désigné par « vous », est inscrit au Certificat d'adhésion.

« **Prêt** » ci-après désigne un prêt (amortissable ou in fine) immobilier avec ou sans différé, libellé en Euros pour un bien situé en France.

« **Quotité assurée** » : La *Quotité assurée* correspond pour chaque Assuré à la part, en pourcentage du capital emprunté, couverte par l'assurance de l'Opération de crédit. Elle doit être inférieure ou égale à 100 %.

« **Franchise** » : période fixée au certificat d'adhésion au cours de laquelle aucune indemnisation n'est due, quelle que soit la durée de l'arrêt de travail. Elle peut être au choix de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours consécutifs.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'une même Opération de crédit, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une *Quotité assurée* de 100%.

En cas d'investissement locatif effectué dans le cadre d'une SCI non-familiale, la *Quotité assurée* en Décès/PTIA, ITT, IPP et IPT ne peut en aucun cas être supérieure à la part détenue par l'Assuré dans la SCI au moment de l'adhésion.

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de garantir, postérieurement à la prise d'effet des garanties, et avant le remboursement intégral du *Prêt* et/ou la cessation des garanties, l'Assuré contre tout ou partie des risques couverts suivants, selon l'âge de l'Assuré au jour de l'adhésion (cf. article 10.1 ci-après) et le cas échéant le montant du capital assuré :

Risques couverts (en tout ou partie) :

Garanties Obligatoires :

- Décès (DC),
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.).

Garanties Facultatives :

- Incapacité Totale de Travail (I.T.T.),
- Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
- Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).
- Garantie renforcée

Avant la prise d'effet des garanties visées ci-dessus, l'Assuré bénéficie d'une garantie temporaire préalable en cas de Décès Accidentel dans le cadre d'un nouveau prêt, à concurrence du montant assuré avec un maximum de cent vingt mille euros (120 000 €). Cette garantie ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au contrat de prêt, suite à substitution d'assurance (cf. article 3 ci-après).

Seules sont accordées à l'Assuré, les garanties choisies au jour de l'adhésion et acceptées par l'Assureur, mentionnées sur le certificat d'adhésion valant délégation de bénéfice et à condition que le risque couvert ne soit pas réalisé à la date d'effet du contrat.

Règles d'éligibilité pour l'ensemble des garanties :

	France continentale		Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane, Corse	
	En activité	Sans activité	En activité	Sans activité
Décès	✓	✓	✓	✓
PTIA	✓	✓	✓	✓
IPT	✓	✓	✓	✗
ITT Franchise 30j *	✓	✗	✗	✗
ITT Franchise 60j *	✓	✗	✗	✗
ITT Franchise 90j	✓	✓	✓	✗
ITT Franchise 120j	✓	✓	✓	✗
ITT Franchise 180j	✓	✓	✓	✗
IPP	✓	✗	✗	✗
Garantie renforcée	✓	✗	✗	✗

✓ Garantie Éligible

✗ Garantie Non éligible

*Non éligible, si la part assurée sur votre encours cumulé de contrats de Prêt n'excède pas 200 000 euros et si l'échéance de remboursement du *Prêt* contracté intervient avant votre soixantième (60ème) anniversaire

ARTICLE 2 : DUREE DES GARANTIES

QUELLE EST L'ÉTENDUE DE VOS GARANTIES ?

2.1 Prise d'effet des garanties

2.1.1. Adhésion à la même date que le contrat de prêt

Les garanties prennent effet à la date d'acceptation de l'offre ou du contrat de *Prêt* par le dernier signataire, sous réserve :

- que cette acceptation intervienne dans les 6 (six) mois - 12 (douze) mois pour les prêts différés -, suivant l'envoi à l'*Assuré* de la notification de couverture par l'*Assureur* (cf. article 11 ci-après),
- que le premier décaissement intervienne dans les 6 (six) mois (ou 12 (douze) mois pour les prêts différés), suivant l'acceptation de l'offre ou du contrat de *Prêt*,
- et du paiement de la première cotisation d'assurance dans le délai mentionné ci-avant.

2.1.2. Adhésion à une date postérieure au contrat de prêt, suite à substitution d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des Assurances, les garanties prennent effet dix jours après la réception par l'*Assureur* de la décision du *Prêteur* ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le *Prêteur* si celle-ci est postérieure.

2.2 Durée des garanties

La durée maximale de l'assurance, décomptée à partir de la date d'effet des garanties, est fonction de votre âge et de l'âge limite de la dernière garantie active (la garantie Décès), dans la limite de la durée du *Prêt* garanti. Elle correspond à la période comprise entre la date de prise d'effet des garanties et leurs dates de cessation stipulées au 2.3 ci-après.

2.3 Cessation des garanties

Vos garanties et les prestations cessent :

- en tout état de cause, à l'âge limite de couverture fixé pour chaque garantie, c'est-à-dire :

Garanties obligatoires :

Décès (DC)	Jusqu'au 31/12 de l'année des 85 ans.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)	Jusqu'au 31/12 de l'année des 71 ans

Garanties facultatives :

Incapacité Totale de Travail (I.T.T)	A la date de retraite (sauf raisons médicales) ou à l'âge légal de retraite (en cas de retraite anticipée pour raisons médicales) ou jusqu'au 31/12 de l'année des 71 ans en cas de poursuite d'une activité professionnelle rémunérée.
Invalidité Permanente Totale (I.P.T)	
Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)	
Garantie renforcée	

- au terme normal ou anticipé du *Prêt*,
- à la date de déchéance du terme,
- en cas de non-paiement des cotisations, le souscripteur pouvant exclure l'*Assuré* du bénéfice du contrat d'assurance dans les conditions de l'article L.141-3 du Code des assurances,
- à la date à laquelle vous résiliez votre engagement de caution,
- en cas de paiement de la prestation par l'*Assureur* suite à la mise en jeu de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) ou de la garantie Décès (DC),
- à la date de résiliation effective de l'adhésion par l'*Assuré* (cf. 2.4 Résiliation de l'adhésion ci-après).

2.4 Résiliation de l'assurance associée à des prêts immobiliers relevant de l'article L 313-1 1° du Code de la consommation

2.4.1.. Modalités de résiliation

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'*Assuré* peut demander la résiliation de son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L. 313-24 du Code de la consommation. Cette demande peut

s'effectuer par tous moyens prévus au L. 113-14 du Code des assurances et notamment par lettre ou tout autre support durable.

Cette résiliation ne peut intervenir qu'après que l'*Assuré* a demandé au *Prêteur* la substitution de son adhésion par un autre contrat d'assurance emprunteur, présentant à minima les mêmes garanties.

En cas d'acceptation de substitution d'assurance par le *Prêteur*, celui-ci doit dans un délai de 10 (dix) jours à compter de la réception de la demande de substitution, procéder à la modification par voie d'avenant du contrat de crédit établi en application de l'article L.313-39 du Code de la consommation. L'*Assuré* doit ensuite notifier à l'*Assureur*, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, la décision du *Prêteur* ainsi que la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution. La résiliation de l'adhésion au présent contrat d'assurance prend effet 10 (dix) jours après la réception de la décision du *Prêteur* ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le *Prêteur* si celle-ci est postérieure.

En cas de refus de substitution d'assurance par le *Prêteur*, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

2.4.2. Information annuelle relative au droit de résiliation à tout moment

L'*Assureur* est tenu d'informer chaque année l'*Assuré* du droit de résiliation à tout moment du contrat d'assurance emprunteur, des modalités de résiliation et des différents délais de notification et d'information.

2.5 Résiliation de l'assurance associée à des prêts immobiliers ne relevant pas de l'article L. 313-1 1° du Code de la consommation

La résiliation annuelle à l'initiative de l'*Assuré* ou de l'*Assureur* sur le fondement de l'article L. 113-12 du Code des assurances ; ou à tout moment pour aggravation de risque, à l'initiative de l'*Assureur* ou pour diminution du risque à l'initiative de l'*Assuré* sur le fondement de l'article L. 113-4 du Code des assurances est possible pour les assurances de prêts immobiliers ne relevant pas de l'article L. 313-1 1° du Code de la consommation.

ARTICLE 3 : LA GARANTIE DECES

3.1 La garantie préalable du décès accidentel

La garantie préalable du décès accidentel est applicable uniquement dans le cadre de la mise en place d'un nouveau prêt. **Elle ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au contrat de prêt, suite à substitution d'assurance.**

Tant que l'acceptation des risques n'a pas pu être formulée par l'*Assureur*, seule la garantie Décès Accidentel est acquise temporairement à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, aux conditions ci-après et sous réserve des exclusions définies à l'article 8.

Par « Décès Accidentel », il faut entendre le décès consécutif à toute atteinte corporelle résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'*Assuré*.

L'*Assureur* verse la prestation définie à l'article 4. **La garantie du Décès Accidentel cesse :**

- dès la prise d'effet des garanties prévue à l'article 2.1 ci-avant en cas d'acceptation par l'*Assureur* de votre d'adhésion,
- ou de plein droit, à la date du courrier de l'*Assureur* vous notifiant son refus de votre d'adhésion, si après examen des pièces médicales fournies, l'*Assureur* se prononce pour le refus de votre d'adhésion.

Dans le cas où vos garanties n'auraient pu prendre effet, la couverture du risque Décès Accidentel cesse de plein droit à la fin du sixième (6^{ème}) mois - douzième (12^{ème}) mois pour les prêts Relais, suivant la signature de votre demande d'adhésion.

3.2 La garantie décès toutes causes

Par « Décès », il faut entendre le décès consécutif à une maladie ou à un accident.

Cette garantie vous est acquise, dans les limites de la quotité assurée, sous réserve du respect de la limite d'âge pour adhérer (cf. article 10.1 ci-après), de l'acceptation de votre adhésion à l'assurance par l'Assureur et des exclusions définies à l'article 7.

L'Assureur verse la prestation due dans les conditions suivantes :

- le capital assuré restant dû au Prêteur au jour du décès tel qu'indiqué au tableau d'amortissement remis par le Prêteur, multiplié par la Quotité assurée, dans la limite du montant indiqué au certificat d'adhésion.

En cas de Décès de l'Assuré avant que les fonds ne soient totalement ou partiellement débloqués, sous réserve du paiement des cotisations d'assurance et conformément au Certificat d'Adhésion, l'Adhésion au Contrat produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de Prêt que l'opération pour laquelle le Prêt est consenti demeure.

Pour les Prêts à déblocages successifs des fonds, les prestations versées à l'Organisme Prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du Décès (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du Sinistre). Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'Organisme Prêteur au jour du Décès, est versé à l'Organisme Prêteur au fur et à mesure des déblocages successifs des fonds, dans la mesure où l'opération de crédit se poursuit sur décision du Co-Emprunteur ou des héritiers de l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique, de l'Adhérent lorsque celui-ci est une personne morale.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3 ci-avant.

ARTICLE 4 : LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A)

Par « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A), il faut entendre l'état, à la suite d'une maladie ou d'un accident, qui place l'Assuré après consolidation de son état de santé dans l'incapacité totale et irréversible reconnue par le médecin Conseil de l'Assureur, de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque. De plus, son état doit nécessiter l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes essentiels et ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Pour bénéficier de la garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A), vous devez obligatoirement remplir ces 2 (deux) conditions cumulatives.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un quelconque organisme de régime obligatoire d'assurance maladie ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

Cette garantie a pour objet de couvrir les formes d'invalidité mettant l'Assuré dans un état tel qu'il est complètement et définitivement dépendant de l'assistance permanente d'une tierce personne pour tous les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Elle vous est acquise dans les limites de la quotité assurée, sous réserve que la limite d'âge pour adhérer soit respectée (cf. article 10.1 ci-après), que la consolidation de l'état P.T.I.A. intervienne avant la limite d'âge mentionnée à l'article 2.3 et dans la limite des exclusions définies à l'article 7 ou incluses dans vos conditions particulières.

Dès que cet état est reconnu comme tel par le médecin conseil de l'Assureur, l'Assureur verse la prestation due selon les modalités définies pour la garantie Décès (article 3 ci-avant) dont le montant est arrêté à la date de la reconnaissance de votre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, déterminée par le médecin conseil de l'Assureur.

Le versement de la prestation au titre de la garantie P.T.I.A met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3 ci-avant.

ARTICLE 5 : LES GARANTIES INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T), INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T), INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P) ET GARANTIE RENFORCEE

Vous bénéficiez de tout ou partie de ces garanties si vous avez adhéré avant votre 65ème anniversaire et avant votre départ en retraite ou en pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail, sous réserve des exclusions définies à l'article 7, **sauf :**

- **encas de refus formel de votre part d'adhérer à ces garanties,**
- **en cas de refus d'adhésion à ces garanties par l'Assureur,**
- **lorsque l'offre de Prêt ou la demande d'adhésion à l'assurance, associée à cette offre n'accorde pas ces garanties.**

5.1 Définitions des garanties

INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T)

A la suite d'une maladie ou d'un accident, vous êtes temporairement contraint de cesser sur prescription médicale :

- votre activité professionnelle si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre,
- vos activités constituant l'aide à votre conjoint si vous êtes conjoint collaborateur non rémunéré au jour du sinistre,
- toute occupation pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas conjoint collaborateur au jour du sinistre, il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles ».

Le taux d'incapacité temporaire doit être **égal à 100%**. Vous bénéficiez de cette garantie tant que votre état de santé n'est pas considéré comme consolidé.

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant, l'Assureur versera pendant 6 (six) mois maximum les arrérages de remboursement venant à échéance à hauteur de 50% du montant garanti sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins 2 (deux) mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.

Le versement des prestations est suspendu durant le Congé légal de maternité de l'Assurée, qu'elle soit ou non salariée. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'Assurée ne peut pas reprendre son activité du fait de son état pathologique, les garanties du contrat reprennent.

NB : La date de consolidation est la date à partir de laquelle, compte tenu des connaissances de la médecine à cette date, votre état n'est plus susceptible de s'améliorer, soit spontanément, soit sous l'effet d'aucun traitement.

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T)

Cette garantie peut venir relayer la garantie Incapacité Totale de Travail (I.T.T) une fois votre état de santé consolidé.

Vous bénéficiez de cette garantie, si à la suite d'une maladie ou d'un accident, le médecin conseil de l'Assureur constate la consolidation de votre état de santé, vous rendant **définitivement** inapte :

- à l'exercice de votre activité professionnelle si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre,
- à vos activités constituant l'aide à votre conjoint si vous êtes conjoint collaborateur non rémunéré au jour du sinistre,
- à toutes vos occupations pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas conjoint collaborateur au jour du sinistre, il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

et évalue que votre taux d'invalidité (cf. 5.2 ci-après) est **supérieur ou égal à 66%**.

INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P)

Cette garantie peut venir relayer la garantie Incapacité Totale de Travail (I.T.T) une fois votre état de santé consolidé.

Vous bénéficiez de cette garantie, si à la suite d'une maladie ou d'un accident, le médecin conseil de l'Assureur constate la consolidation

de votre état de santé, vous rendant inapte à exercer à temps plein :

- tout ou partie de votre activité professionnelle pouvant vous apporter gains et profits si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre,
- tout ou partie des activités constituant l'aide à votre conjoint si vous êtes conjoint collaborateur non rémunéré au jour du sinistre,

et évalue que votre taux d'invalidité (cf. 5.2 ci-après) est **supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66%**.

GARANTIE RENFORCEE

Cette option peut être souscrite en complément des garanties I.T./I.P.T./I.P.P., uniquement au moment de l'adhésion.

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègement des exclusions en cas d'incapacité ou d'invalidité, mentionnées à l'article 7 : les sinistres résultant de toutes les maladies neuropsychiatriques énumérées à cet article, ou résultant d'une atteinte disco-vertébrales (cervicale, dorsale, lombaire ou sacrée), ou para-vertébrales ou des racines nerveuse, ou ostéoporoses du rachis ou des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires énumérées à cet article, sont indemnisés sans condition d'hospitalisation.

5.2 Détermination des taux d'incapacité et d'invalidité

La détermination des taux d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) doit être médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur.

Le médecin désigné par l'Assureur détermine par le biais d'une expertise médicale le taux d'incapacité ou d'Invalidité permanente, et ce, **indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire dont vous dépendez.**

Le taux d'incapacité et/ou d'invalidité est :

- la conjugaison des taux d'incapacité/d'invalidité fonctionnelle et professionnelle si vous exercez une activité professionnelle rémunérée ou si vous êtes conjoint collaborateur non rémunéré à la date du sinistre,
- dépendant uniquement du taux d'incapacité/d'invalidité fonctionnelle si vous n'exercez aucune activité professionnelle rémunérée et si vous n'êtes pas conjoint collaborateur au jour du sinistre.

BAREME CONTRACTUEL /D'INVALIDITE

		TAUX /D'INVALIDITE FONCTIONNELLE									
		10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
TAUX / D' INVALIDITE PROFESSIONNELLE	10 %	10 %	16 %	21 %	25 %	29 %	33 %	37 %	40 %	43 %	46 %
	20 %	13 %	20 %	26 %	32 %	37 %	42 %	46 %	50 %	54 %	58 %
	30 %	14 %	23 %	30 %	36 %	42 %	48 %	53 %	58 %	62 %	67 %
	40 %	16 %	25 %	33 %	40 %	46 %	52 %	58 %	63 %	69 %	74 %
	50 %	17 %	27 %	36 %	43 %	50 %	56 %	63 %	68 %	74 %	79 %
	60 %	18 %	29 %	38 %	46 %	53 %	60 %	66 %	73 %	79 %	84 %
	70 %	19 %	30 %	40 %	48 %	56 %	63 %	70 %	76 %	83 %	89 %
	80 %	20 %	32 %	42 %	50 %	58 %	66 %	73 %	80 %	86 %	93 %
	90 %	21 %	33 %	43 %	52 %	61 %	69 %	76 %	83 %	90 %	96 %
	100 %	22 %	34 %	45 %	54 %	63 %	71 %	79 %	86 %	93 %	100 %

 Barème de la garantie Invalidité Permanente Partielle

 Barème de la garantie Invalidité Permanente Totale

Le taux /d'invalidité **professionnelle** est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité par rapport à votre profession. Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le taux /d'invalidité **fonctionnelle** est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique, suite à votre accident ou à

votre maladie. Il est fixé d'après le barème indicatif des incapacités en vigueur au jour du sinistre, publié par le Concours médical.

A la date de consolidation de votre état de santé et/ou au plus tard 3 ans après le début de votre incapacité totale de travail, si le taux d'invalidité contractuel retenu est :

- **égal ou supérieur à 66%**, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T), dans les limites fixées à l'article 5.3 ci-après,
- **supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66%**, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), si vous bénéficiez de cette garantie, dans les limites fixées à l'article 5.3 ci-après
- **inférieur à 33%**, les prestations cessent.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité est strictement inférieur à 66 % pour la garantie I.P.T. et 33 % pour la garantie I.P.P.

En tout état de cause :

- votre état de santé doit être consolidé avant la date à laquelle vous faites valoir vos droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de votre 71ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'accident ou la maladie qui en est la cause est antérieur.
- la prise en charge des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de votre incapacité ou invalidité proportionnellement à cette durée.

5.3 Prestations

L'Assureur verse les prestations au Prêteur selon la Franchise souscrite à l'adhésion à compter du 31ème, 61ème, 91ème ou du 181ème jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

L'Assureur n'applique pas de nouvelle franchise si, après une période d'incapacité de travail (I.T.T) indemnisée par ses soins, vous avez repris une activité professionnelle pendant moins de 90 (quatre-vingt-dix) jours et si vous êtes de nouveau en incapacité de travail pour la même maladie ou le même accident. Dans tous les autres cas, l'Assureur applique à nouveau la franchise souscrite à l'adhésion.

5.3.1 Base de calcul

L'indemnité versée par l'Assureur est calculée sur la base des échéances de Prêt.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales. L'Assureur verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés. Pour les prêts relais et in fine, ainsi que le cas échéant, pendant la période de différé d'amortissement pour les Prêts amortissables, seules les échéances d'intérêts et les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'Assureur.

L'Echéance ne couvre pas, le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais. En aucun cas, le remboursement anticipé partiel du capital intervenant pendant une période d'ITT, IPT, IPP n'est pris en charge par l'Assureur.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé tels que prévus sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant à l'adhésion entériné par l'Assureur.

- sur la base du Capital Restant Dû à la date de la reconnaissance de l'I.P.T. par l'Assureur, si vous avez souscrit l'option « I.P.T. en capital », dans la limite du montant garanti tel qu'indiqué au certificat d'adhésion.

- Dans ce cas, l'Assureur prend en charge :

- **Pour les Prêts amortissables et les Prêts à paliers :** 100% du Capital Restant Dû (multiplié par la Quotité assurée) au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT par l'Assureur, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur. Concernant les Prêts à paliers intégrant les Prêts achat-revente, si l'Assuré est reconnu en état d'IPT avant le remboursement anticipé partiel et programmé du capital

provenant de la vente de l'ancien bien de l'*Emprunteur*, le versement est effectué sur la base du *Capital Restant Dû* déduction faite de ce remboursement programmé.

- **Le versement sous forme de capital en cas d'IPT met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que le capital versé au titre de l'IPT soit égal au Capital Restant Dû multiplié par la *Quotité assurée* au titre de la garantie Décès/PTIA.**
- **Si le capital versé au titre de l'IPT est inférieur au Capital Restant Dû multiplié par la *Quotité assurée* au titre de la garantie Décès/PTIA, l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès et PTIA, pour un montant égal au Capital Restant Dû multiplié par la *Quotité assurée* Décès/PTIA, déduction faite du capital déjà versé au titre de l'IPT.**

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenant pendant la prise en charge d'un sinistre par l'*Assureur* au titre de l'une des garanties,
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,
- les échéances des remboursements de *Prêts* ayant un différé total d'une durée supérieure à 36 mois, sauf pour les *Prêts* à taux zéro,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le *Prêteur*,
- le remboursement du capital pour les prêts relais et les prêts in fine.

5.3.2 Montant des prestations

L'indemnité versée par l'*Assureur* est fonction de la situation professionnelle de l'*Assuré* au moment du sinistre.

5.4 Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

Les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) cessent contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3 ci-avant.

Les prestations dues au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) cesseront également d'être versées dans les cas ci-après :

a) communs aux trois garanties

- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'*Assureur* lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par l'*Assureur*, indispensable à la poursuite de l'indemnisation.

b) propres à chaque garantie

Garanties	Cas de cessation de versement des prestations
Pour l'I.T.T.	• dès que vous reprenez votre activité professionnelle même à temps partiel, • si votre taux d'incapacité devient strictement inférieur à 100% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par l'<i>Assureur</i>, • à la date de la Consolidation de l'état de santé de l'<i>Assuré</i>, • pendant la période de congé légal de maternité pour les <i>Assurées</i>.
Pour l'I.P.T	• dès que vous reprenez votre activité professionnelle à temps complet, • si votre taux d'invalidité devient strictement inférieur à 66% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par l'<i>Assureur</i>.
Pour l'I.P.P	• dès que vous reprenez votre activité professionnelle, • si votre taux d'invalidité devient strictement inférieur à 33% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par l'<i>Assureur</i>.

Les prestations au titre de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) 48et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) sont liées à la justification du degré d'invalidité, qui a ouvert droit à la prestation. Toute modification (aggravation ou amélioration) de cet état d'invalidité entraîne la modification correspondante de la prestation telle que définie au point 5.2 ci-avant.

ARTICLE 6 : LA GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS

Vous bénéficiez de la garantie invalidité spécifique AERAS, lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- votre état de santé est consolidé,
- votre taux d'incapacité/d'invalidité fonctionnelle tel que défini à l'article 5.2 ci-avant, apprécié par le médecin désigné par l'*Assureur* par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70%.

La prestation garantie, l'âge limite à respecter à l'adhésion pour pouvoir bénéficier de cette garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion sont identiques à celles définies pour les garanties Incapacité Totale de Travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de l'*Assureur* de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

La garantie Invalidité Spécifique AERAS garantit les suites et conséquences des seules affections déclarées, dont l'*Assureur* a eu connaissance lors de l'adhésion à l'assurance.

Le paiement des prestations cesse :

- à défaut de présentation des justificatifs requis par l'*Assureur*, pour la poursuite de l'indemnisation,

Garanties	Situation de l'Assuré au jour du sinistre	Taux de prise en charge des échéances de Prêt
I.T.T I.P.T	Activité professionnelle rémunérée	100 %
	Conjoint collaborateur non rémunéré	100 %
	Aucune activité professionnelle rémunérée	100 %
I.P.P	Activité professionnelle rémunérée	Prestation ITT x (N - 33) / 33 N étant le taux d'invalidité compris entre 33% et 66%
	Conjoint collaborateur non rémunéré	

- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'*Assureur* lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- dès que, par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, votre taux d'incapacité fonctionnelle devient strictement inférieur à 70 %,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel ou que suite à un contrôle médical initié par l'*Assureur*, vous êtes reconnu capable d'exercer une activité professionnelle ou non professionnelle, même partielle.

ARTICLE 7 : LES EXCLUSIONS ET LIMITES DE PRISE EN CHARGE

Exclusions :

L'*Assureur* couvre à titre principal les risques de Décès (DC), de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), et à titre facultatif les risques d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), et, le cas échéant, la garantie invalidité spécifique AERAS **sous les réserves prévues par le Code des Assurances et à l'exclusion des suites et conséquences des événements indiqués dans le tableau ci-après. Attention, les exclusions dépendent des garanties pour lesquelles vous êtes assuré.**

Les risques déjà réalisés, préexistants à la date d'effet de l'adhésion, ne sont pas garantis.

EVENEMENTS	GARANTIES		
	Décès Accidentel Décès toutes causes	Perte Totale et Irréversible d' Autonomie (P.T.I.A)	Incapacité Totale de Travail (I.T.T) Invalidité Permanente Totale (I.P.T) Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) Invalidité spécifique AERAS (GIS)
Le suicide s'il survient au cours de la première année d'assurance qui suit la date d'effet des garanties, ou de leur augmentation ou de leur remise en vigueur, sauf pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du plafond fixé par décret (art L132-7 et R132-5 du Code des assurances : 120 000 euros au 01/01/2018).	Exclu		
Les accidents dus à la pratique de tout sport ou activité sportive : • non représenté(e) par une fédération française agréée par le Ministère des Sports français, • à titre professionnel ou à titre amateur sous contrat rémunéré, • nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre à moteur, sauf à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état, • nécessitant l'utilisation d'une embarcation à moteur, sauf à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état, • nécessitant l'utilisation d'un quelconque engin aérien (à moteur, à aile ou à voile), sauf à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état. Rachat d'exclusions possible sur étude de l'Assureur.	Exclu	Exclu	Exclu
Les accidents de navigation aérienne, si l'appareil n'est pas pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, les compétitions, démonstrations acrobatiques et voltige libre, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototype, pratique du delta-plane et de l'ULM.	Exclu	Exclu	Exclu
Les accidents dus à la pratique du saut à l'élastique du Wing surf et du base jump.	Exclu	Exclu	Exclu
La conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la Route français, ou du pays où a lieu l'accident si le taux d'alcool maximum autorisé par la réglementation locale est plus faible.	Exclu	Exclu	Exclu
EVENEMENTS	Décès accidentel et toutes causes	PTIA	ITT / IPT/ IPP/ GIS
L'usage de médicaments, de stupéfiants, de tranquillisants et/ou de drogues non prescrits par une autorité médicale, ou à des doses non prescrites.	Exclu	Exclu	Exclu
Des événements causés ou aggravés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome, ou tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou toute autre source de rayonnements ionisants.	Exclu	Exclu	Exclu
Participation de l'Assuré à un record, une tentative de records, une exhibition, un pari ou un essai, de toutes natures.	Exclu	Exclu	Exclu
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, sauf pour les militaires de carrière en mission et les cas d'accomplissement du devoir professionnel.	Exclu	Exclu	Exclu
Les conséquences de la guerre lorsque la France en est partie prenante	Exclu	Exclu	Exclu
Les accidents, maladies et invalidité dont la première constatation médicale est antérieure à l'émission du certificat d'adhésion.		Exclu	Exclu
Les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'Assuré ou d'une tentative de suicide.		Exclu	Exclu

Les sinistres résultant de toutes les maladies neuropsychiatriques suivantes : • les dépressions endogènes ou réactionnelles, • les troubles anxio-dépressifs, • les troubles du sommeil (hypersomnie ou insomnie), l'épuisement, le burn-out, le syndrome de fatigue chronique, • les troubles du comportement et de la personnalité, les TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs), • l'anorexie, • la fibromyalgie, les douleurs chroniques sans cause connue (Syndrome Douloureux Régional Complexe ou SDRC), • les manifestations imputables au syndrome de stress post-traumatique (physique ou verbal), • les psychoses aiguës ou chroniques, • les troubles bipolaires, • les névroses hystériques. Toutefois ne sont pas exclues les affections ayant justifié une hospitalisation d'au moins 30 jours continus pendant les 6 premiers mois de l'arrêt de travail indemnisé au titre du présent contrat. La souscription de la garantie renforcée permet de couvrir ces affections sans condition d'hospitalisation.			Exclu
Les sinistres résultant d'une atteinte disco-vertébrales (cervicale, dorsale, lombaire ou sacrée), ou para-vertébrales ou des racines nerveuse, ou toutes ostéoporoses du rachis ou des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une hospitalisation de plus de 7 jours consécutifs (hors services de Soins de Suite et Réadaptation) ou si elles ont pour origine, une affection tumorale ou infectieuse ou une fracture traumatique d'origine accidentelle. La souscription de la garantie renforcée permet de couvrir ces affections sans condition d'hospitalisation.			Exclu
La participation active de l'Assuré à des faits de rixe, d'émeute, d'insurrection, de délit, de crime, de mouvement populaire, de guerre civile ou étrangère, d'acte de terrorisme et/ou de sabotage. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsque ces faits ont été commis en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel.			Exclu
Le congé maternité prévu par le code du travail, y compris par assimilation pour les personnes non salariées.			Exclu

ARTICLE 8 : TERRITORIALITE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier à titre personnel, professionnel ou humanitaire. Cependant, il est expressément stipulé que pour les *Assurés* résidant hors du territoire français, les prestations au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), Garantie Invalidité Spécifique (GIS), d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) et, le cas échéant, la garantie Invalidité Spécifique AERAS ne sont servies par l'*Assureur* que si l'état de santé de l'*Assuré* est médicalement constaté en France (France métropolitaine, Corse et DOM-COM), les frais de déplacement engagés par l'*Assuré* pour s'y rendre restant à sa charge.

ARTICLE 9 : LES BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le *Prêteur* est bénéficiaire acceptant des prestations garanties, à concurrence des sommes qui lui sont dues.

Le surplus éventuel est versé à l'*Assuré* ou pour la garantie Décès, au conjoint non séparé de corps judiciairement de l'*Assuré* ou à la personne liée à l'*Assuré* par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers de l'*Assuré*.

COMMENT ADHERER AUX GARANTIES ?

ARTICLE 10 : LES CONDITIONS POUR ADHERER

10.1 Personnes assurables

Pour un prêt répondant aux limites fixées à l'article 10.2 ci-après, vous êtes assurable, si vous avez l'une des qualités requises pour être *Assuré* (cf. définition en préambule de la notice).

Vous pouvez demander votre adhésion **au plus tard** selon les limites d'âge suivantes :

Risques couverts	Limite d'adhésion
Décès (DC)	Le 31/12 de l'année de votre 80 ^{ème} anniversaire.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)	Le 31/12 de l'année de votre 65 ^{ème} anniversaire.
Incapacité Totale de Travail (I.T.T)	Le 31/12 de l'année de votre 65 ^{ème} anniversaire et avant votre départ en retraite ou en pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail.
Invalidité Permanente Totale (I.P.T)	
Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)	

10.2 Montant maximum assurable

Le montant total des capitaux assurés par l'*Assureur*, tous contrats d'assurances de financement auprès de l'*Assureur* confondus, est limité par *Assuré*, à **2 000 000 (deux millions) euros**.

Le montant total des capitaux assurés par l'*Assureur* tient compte :

- de tous les capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion,
- et des nouveaux capitaux à assurer.

Quel que soit le contrat, la dette est couverte, pour chaque *Assuré*, à concurrence du montant emprunté multiplié par la quotité choisie qui est au maximum de 100 %.

10.3 Pluralité d'*Assurés* au titre d'un même contrat de Prêt

L'*Assureur* limite ses garanties au montant des prestations qui seraient dues pour un *Assuré* avec une quotité de 100%, en cas de sinistre atteignant en même temps plusieurs *Assurés* pour un même financement.

En cas de Décès simultané de plusieurs *Assurés*, les prestations réglées correspondent au solde du capital restant dû au *Prêteur* dans la limite des montants garantis et sans que le total des prestations puisse être supérieur au solde du capital restant dû.

En cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)

de l'un des *Assurés* dont la quotité assurée est de 100%, le capital restant dû est versé une seule fois, les autres *Assurés* cessant d'être garantis.

En cas d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T) ou d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) simultanées des *Assurés*, les prestations sont réglées conformément aux dispositions de l'article 5 ci-avant, affectées de la quotité assurée sur chaque tête, et ne sauraient excéder le cumul entre les *Assurés* et, pendant toute la période garantie, 100% des échéances du *Prêt*.

Dans tous les cas, le montant des prestations réglées au *Prêteur* ne peut être supérieur au montant du capital restant dû.

Le solde éventuel est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à l'article 9 ci-avant.

ARTICLE 11 : LES FORMALITES POUR ETRE ASSURE

Si la part assurée sur votre encours cumulé de contrats de Prêt n'excède pas 200 000 euros et si l'échéance de remboursement du Prêt contracté intervient avant votre soixantième (60ème) anniversaire, vous n'avez aucune déclaration de santé à faire pour l'assurance des Prêts visés au 1° de l'article L.313-1 du Code de la consommation. Vous devez uniquement compléter et signer la demande d'adhésion, ainsi que le mandat SEPA et un RIB ou RICE, ou RIP.

Dans les autres cas, vous devez compléter et signer la demande d'adhésion, le mandat SEPA et un RIB ou RICE ou RIP ainsi que le questionnaire de santé joint à la demande. Par ailleurs, quand cela est demandé, vous devrez vous soumettre aux formalités médicales précisées par l'*Assureur* lors de la demande.

Les formalités médicales d'adhésion dépendent, pour chaque *Assuré*, de son âge, du montant du financement à assurer et du solde éventuel des capitaux restants assurés, tel que défini à l'article 10.2 ci-avant, au titre de financements antérieurs garantis par l'*Assureur*.

Vos déclarations et les pièces jointes sont valables 12 (douze) mois à compter de leur émission.

A réception du dossier de demande d'adhésion, le médecin conseil de l'*Assureur* peut vous demander un complément d'information ou des examens médicaux complémentaires.

L'*Assureur* peut :

- ACCEPTER votre demande :
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
 - sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou en refusant certaines garanties.

Si l'*Assureur* vous propose un taux majoré, l'exclusion de certaines pathologies ou le refus de certaines garanties, vous devrez, si vous les acceptez, marquer votre accord (bon pour accord daté signé par l'*Assuré*) sur la lettre de notification puis l'envoyer à l'*Assureur* pour validation.

La proposition de l'*Assureur* est valable 12 (douze) mois, que l'acceptation soit au tarif standard ou en cas de conditions particulières. Le Certificat d'Adhésion est émis après signature de la Demande d'Adhésion dans ce délai. **Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le Proposant.**

- REFUSER votre demande

L'*Assureur* et le *Prêteur* s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis par le *Prêteur* au moment de la demande d'adhésion à l'assurance.

Si les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) vous sont refusées ou vous sont accordées en excluant certaines pathologies, l'*Assureur* vous proposera chaque fois que cela sera possible, pour les prêts visés par la convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique (GIS) (cf. article 6 ci-avant).

La garantie Invalidité Spécifique (GIS) AERAS est accordée si elle est indiquée comme telle sur la lettre de notification de l'acceptation par l'*Assureur*.

De plus, si l'éventuelle majoration de cotisation demandée par l'*Assureur*, visés par la convention AERAS, a pour effet que votre cotisation globale représente plus de 1,4 point dans le taux effectif global (TEG) de votre emprunt, vous serez informé des conditions à

respecter pour que celle-ci soit limitée à 1,4 point ou au taux contractuel sans majoration si ce taux est supérieur à 1,4. Ces conditions d'éligibilité à cet **écrêtement des surprimes** définies par la convention AERAS sont rappelées sur la lettre de notification de l'acceptation par l'Assureur.

Dès lors que l'Assureur vous propose des conditions particulières, vous devrez, si vous les acceptez, marquer votre accord sur la lettre de notification de l'acceptation par l'Assureur.

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations déclarées et/ou fournies à l'Assureur entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

ARTICLE 12 : LES COTISATIONS D'ASSURANCE

Vous vous engagez à payer les cotisations d'assurance aux conditions fixées par l'Assureur.

Les cotisations sont déterminées à l'adhésion et sont garanties sur toute la durée du contrat. Elles pourront évoluer en cas de modification des garanties ou d'évolution législative ou réglementaire en matière sociale ou fiscale.

Les cotisations sont constantes. Pour permettre le prélèvement des cotisations d'assurance, il est nécessaire de transmettre un mandat SEPA et les coordonnées bancaires (RIB ou RICE ou RIP).

Après un remboursement anticipé partiel, les cotisations restant dues sont recalculées sur la base du capital restant dû après cette opération.

Le coût de l'assurance est mentionné sur l'offre ou le contrat de prêt, ou sur l'avenant à ce contrat de prêt en cas d'adhésion suite à substitution. Votre première cotisation est due dès la prise d'effet des garanties.

Une prise en charge au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T) ou de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) et, le cas échéant, de la garantie Invalidité Spécifique AERAS ne suspend pas votre obligation de paiement de vos cotisations d'assurance, même si elles vous sont remboursées ultérieurement.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des assurances, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation. Les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux années de cotisation.

En cas de refus de substitution d'assurance ou de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme Prêteur, l'Adhérent doit déclarer à l'Assureur ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 3 mois, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçues par l'Assureur, lors de l'Adhésion, seront alors intégralement remboursées et le contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

En cas de déclaration dans un délai supérieur à 3 mois à compter de la date de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme Prêteur : l'Assureur procédera à la résiliation du contrat dans les mêmes conditions qu'une résiliation faisant suite à un remboursement anticipé total du prêt.

Paiement des cotisations

L'Adhérent doit s'acquitter des cotisations aux dates convenues et selon les modalités fixées ci-dessus. La cotisation est prélevée automatiquement sur le compte bancaire support du prêt. A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Ce courrier rappelle que, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties et options sont suspendues.

La représentation d'une échéance impayée génère des frais fixe de neuf (9) euros.

A défaut de paiement, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours. L'Assureur informe le Prêteur du non-paiement par l'emprunteur de sa prime d'assurance.

COMMENT METTRE EN JEU LES GARANTIES ?

ARTICLE 13 : LES DECLARATIONS DE SINISTRE

13.1 Délai de déclaration

La déclaration de sinistre au titre des garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) ou Invalidité Spécifique (GIS) AERAS doit intervenir le plus tôt possible et au plus tard dans les 2 (deux) ans à compter de la date de l'évènement. **Passé ce délai, si votre déclaration tardive venait à causer un préjudice à l'Assureur, vous (ou vos ayants droits) seriez alors déchu de vos droits.**

La déclaration de sinistre au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) doit intervenir dans les 180 (cent quatre-vingt) jours qui suivent le premier jour d'arrêt de travail.

Passé ce délai, si votre déclaration tardive vient à causer un préjudice avéré à l'Assureur, votre arrêt est pris en charge à compter du jour de la réception de votre déclaration par l'Assureur sans application du délai de franchise.

Quelle que soit la garantie à mettre en jeu, le sinistre doit être déclaré directement au groupe MNCAP :

Par mail	Par courrier
service-prestation@mncap.fr	GROUPE MNCAP OFFRE PREPARD-VIE 5 RUE DOSNE 75116 PARIS

13.2 Documents à fournir

Dans le cadre de l'exécution de l'adhésion, le médecin conseil de l'Assureur pourra demander à l'Assuré, ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'Assuré, agissant pour son compte, ou ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que l'Assureur s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

Les documents médicaux peuvent être adressés au médecin conseil de l'Assureur à l'adresse ci-dessus.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré, ou ses ayants droit, devra **obligatoirement** communiquer à l'Assureur tous les documents (rédigés en français) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourraient en résulter seront à leur charge).

Pour la garantie DECES :

- la copie intégrale de l'acte de décès,
- le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par le médecin traitant ou à défaut le médecin ayant constaté le décès accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- si le décès résulte d'un accident ou d'une mort non naturelle, la copie du rapport de police ou de gendarmerie ou de tout autre justificatif en possession expliquant les circonstances du décès ;
- une attestation de l'organisme prêteur indiquant le montant restant dû au jour du décès et le tableau d'amortissement au jour du décès
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à demander pour la justification du décès.

Pour la garantie PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) :

- le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par votre médecin traitant,
- si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 3^{ème} (troisième) catégorie avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité Sociale ou la copie de la notification d'attribution de la rente accident du travail à 100 % avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité

- Sociale,
- **si vous êtes travailleur non salarié**, la copie de la notification d'attribution d'un titre de pension d'invalidité totale et définitive à toute activité avec majoration pour tierce personne établie par la caisse d'affiliation dont vous dépendez,
- une attestation de l'organisme prêteur indiquant le montant restant dû au jour du sinistre et le tableau d'amortissement
- toutes autres pièces que *l'Assureur* sera amené à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour la garantie INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS (GIS) :

- le certificat médical fourni par *l'Assureur* dûment rempli et signé par le médecin traitant,
- **si vous êtes salarié**, la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 2^{ème} (deuxième) catégorie de la Sécurité sociale,
- **si vous êtes fonctionnaire ou assimilé**, la copie de la notification d'attribution d'une mise à la retraite pour invalidité, d'une mise en congé longue durée (CLD) ou de la perception, d'une pension d'invalidité (civile ou retraite anticipée),
- **si vous êtes travailleur non salarié**, la copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité totale et définitive,
- le tableau d'amortissement au jour de l'invalidité spécifique AERAS.
- toutes autres pièces que *l'Assureur* sera amené à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour les garanties INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.), INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T) ou INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P) :

- l'attestation médicale fournie par *l'Assureur* dûment remplie et signée par le médecin traitant,
- le questionnaire arrêt de travail fourni par *l'Assureur* dûment rempli et signé par *l'Assuré*,
- la copie des certificats médicaux initiaux et de prolongation d'arrêt de travail ou d'incapacité à vos activités non professionnelles sans discontinuité dans les dates d'arrêt de travail,
- la copie des bordereaux d'indemnités journalières réglées par la Sécurité Sociale ou par la caisse dont vous dépendez y compris ceux émanant des organismes complémentaires (*si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé*),
- **si vous êtes fonctionnaire**, la copie des notifications du placement en congé de maladie ordinaire (CMO), en congé de longue maladie (CLM) et le cas échéant en congé de longue durée (CLD),
- **si vous êtes conjoint collaborateur non rémunéré**, un extrait K-BIS actualisé justifiant de cette qualité au jour du sinistre,
- en cas de rechute, un certificat médical établi par votre médecin traitant précisant qu'il s'agit de la même maladie et/ou d'une nouvelle maladie résultant du sinistre initial ainsi que la copie de l'arrêt de travail mentionnant la rechute,
- la copie de la notification d'attribution d'une pension ou rente d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité Sociale, la commission de réforme ou tout organisme assimilé dont vous dépendez,
- la copie des justificatifs de paiement de pension ou rente,
- un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail,
- le tableau d'amortissement
- toutes autres pièces que *l'Assureur* sera amené à demander pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

ARTICLE 14 : PRESTATIONS, CONTROLE ET EXPERTISE

L'attention de *l'Assuré* est attirée sur le fait qu'il n'existe pas de lien entre l'incapacité et l'invalidité telles que définies dans la présente notice d'information et celles retenues par la Sécurité Sociale ou tout autre caisse d'affiliation. La reconnaissance d'un état d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout autre organisme d'affiliation ne s'impose pas à *l'Assureur* qui est tenu par la seule définition figurant dans la présente notice d'information. Les décisions de la Sécurité Sociale ou autres caisses d'affiliation sont inopposables à *l'Assureur*.

14.1 Prestations

Les prestations dues aux titres des garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), Invalidité Spécifique

AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) sont servies selon les modalités évoquées aux articles 3, 4 et 6 ci-avant.

Les prestations liées aux garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) ne sont servies que si l'état de santé de *l'Assuré* est médicalement constaté en FRANCE (France métropolitaine, Corse et DOM-COM), les frais de déplacement engagés par *l'Assuré* pour s'y rendre restant à sa charge.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du médecin conseil de *l'Assureur* et celles de la Sécurité Sociale ou de tout autre régime obligatoire dont dépend *l'Assuré*.

14.2 Contrôle médical, Expertise médicale et Tierce expertise

Le médecin conseil de *l'Assureur* peut à tout moment procéder à un contrôle médical en demandant toutes pièces qu'il estimera nécessaire que cela soit au moment de la mise en jeu d'une des garanties ou en cours de prise en charge.

De même, le médecin conseil de *l'Assureur*, en cas de sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), peut, à tout moment, contrôler votre état de santé en diligentant auprès du médecin expert de son choix, agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France, une expertise médicale, à ses frais.

Vous pouvez vous présenter seul à cette expertise ou si vous le souhaitez, être accompagné du médecin de votre choix, agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France, à vos frais. Quel que soit votre choix, vous devez apporter votre entier dossier médical. Les conclusions de l'expertise diligentée par *l'Assureur* peuvent amener à la cessation du versement des prestations et le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

Si vous vous opposez à un contrôle médical ou expertise médicale, la garantie sollicitée ne pourra pas produire ses effets ou le paiement des prestations cessera immédiatement.

A la suite de l'expertise médicale, vous pouvez contester la décision du médecin expert par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à *l'Assureur* dans un délai de 30 jours après en avoir eu connaissance.

L'Assureur vous proposera alors de vous soumettre à une nouvelle expertise confiée à un tiers expert. Le choix de ce tiers expert intervient d'un commun accord entre vous et *l'Assureur*. Ce choix pourra se faire parmi une liste d'experts inscrits auprès de la cour d'appel de votre domicile.

Les honoraires de ce tiers expert sont répartis pour moitié par parts égales entre vous et *l'Assureur*. Vous pouvez vous faire assister lors de l'expertise par toute personne de votre choix, y compris un médecin. *L'Assureur* peut aussi se faire assister par un médecin lors de cette expertise. Chacun conserve à sa charge les honoraires inhérents à cette représentation et ses frais. Les conclusions de ce tiers expert s'imposeront à *l'Assureur* et à *l'Assuré*.

Le paiement des prestations est suspendu tant que cette procédure est en cours.

QUE FAIRE EN CAS DE MODIFICATION DU CONTRAT ?

Modification de la situation personnelle de *l'Assuré* :

Sous réserves des dispositions de l'Article 7 et de l'Article 13, les modifications de situation personnelle de *l'Assuré* en cours d'adhésion n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Modification du contrat de financement :

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des prêts couverts par le présent contrat en

cours de contrat, l'Assuré doit en informer l'Assureur dès qu'il en a connaissance et lui transmettre le justificatif de l'Organisme Prêteur (Tableau d'amortissement et attestation) par lettre recommandée avec accusé de réception et au maximum dans un délai de trois (3) mois.

En cas de déclaration hors délai, la rétroactivité sera limitée à trois (3) mois. L'Assureur procédera à l'émission d'un avenant au Certificat d'Adhésion prenant effet rétroactivement à la date de modification et pourra être amenée, le cas échéant, à rembourser à l'Assuré une fraction de la cotisation payée.

En cas de remboursement anticipé total : L'Assureur procédera à la résiliation de l'adhésion et remboursera la fraction des cotisations payées couvrant la période postérieure à la date de remboursement anticipé.

En cas de remboursement anticipé partiel : L'Assureur procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du prêt et pourra être amené à rembourser une fraction des cotisations payées. Dans tous les cas, la rétroactivité sera limitée à trois (3) mois en cas de déclaration hors délai.

En cas de modification du capital assuré intervenant avant la prise d'effet des garanties, l'Assureur se réserve le droit d'exiger de nouvelles formalités médicales ou complément d'information. Si l'Assuré ne se soumet pas au(x) demande(s) de l'Assureur, ce dernier se réserve le droit de refuser la modification du capital.

Vous n'avez aucune nouvelle formalité d'adhésion à accomplir si, après modification du contrat de financement assurable, l'ensemble des conditions suivantes sont remplies :

- la durée du financement n'est pas prorogée de plus de 5 ans,
- l'augmentation du capital assuré n'excède pas 45 000 euros (quarante-cinq mille euros) à la date de modification du financement, en particulier en cas de changement de quotité assurée.

Ces conditions s'appliquent également dans le cas où un plan de règlement d'une situation de surendettement serait mis en œuvre.

Si l'une de ces deux conditions n'est pas remplie, vous devez compléter une nouvelle demande d'adhésion assujettie aux mêmes dispositions que lors d'une demande d'adhésion initiale (cf. Article 11).

Tant que l'Assureur n'a pas statué sur cette nouvelle demande d'adhésion ou si vous refusez ou ne donnez pas suite aux nouvelles conditions de couverture proposées par l'Assureur pour la prise en compte de cette modification, vous restez garanti aux conditions précédemment en vigueur.

Modification des garanties :

Les demandes de modifications des garanties ou d'augmentation ou de diminution de la Quotité assurée par l'Assuré ne pourront être effectuées sans le consentement exprès de l'organisme Prêteur.

Elles peuvent donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion, à un délai d'attente de trois (3) mois sur l'augmentation des garanties et sont soumises à l'accord de l'Assureur.

BON A SAVOIR

ARTICLE 15 : PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances, reproduits ci-après :

Article L 114-1 : « 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. »

Article L114-2 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (prévues par le Code Civil, aux articles 2240 à 2249, à savoir : commandement de payer, assignation devant un tribunal, même en référé, une saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

ARTICLE 16 : CONTINUITE DU CONTRAT CE/20 016

En cas de résiliation du contrat, contracté entre l'Assureur et l'Association des Assurés de LIFESQUARE, pour son compte, toutes les garanties accordées au titre du contrat résilié sont maintenues aux Assurés de ce contrat dans les conditions de cette notice d'information. Les cotisations continuent d'être dues.

Conformément à l'article L. 141-6 du Code des assurances, en cas de dissolution ou de liquidation de l'association des Assurés de LIFESQUARE, le contrat se poursuit de plein droit entre l'Assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat d'assurance de groupe.

ARTICLE 17 : CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur et du Gestionnaire visé à l'article 18 ci-après est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 18 : GESTION DU CONTRAT CE/20 016

L'Assureur a délégué la gestion de son contrat CE/20 016 à MNCAP (Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété) pour recevoir, en ses lieux et places, avis et communications pour accepter les risques, opérer tout règlement, et plus généralement, assurer toute opération nécessaire à leur gestion.

Pour toutes questions relatives à ces contrats, votre interlocuteur privilégié est MNCAP (Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété)

ARTICLE 19 : RECLAMATIONS - MEDIATIONS

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

Selon l'objet de votre réclamation, la structure chargée du traitement

de votre réclamation diffère.

Objet de la réclamation	Destinataire de la réclamation
Relative aux circonstances de conclusion ou à la commercialisation de votre adhésion (Manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil...)	Par courrier : LIFESQUARE, Service de traitement des réclamations, 73 rue du Château, 92100 Boulogne Billancourt Par email : qualite@zen-up.com Par téléphone : 01.84.80.14.48 (coût d'un appel local)
Relative à la gestion de votre adhésion (Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, sinistre...)	MNCAP, SERVICE GESTION DES RECLAMATIONS, OFFRE ONEXIA, 5 RUE DOSNE, 75116 PARIS Par email : contact@mncap.fr ou rubrique contact du site www.mncap.fr Par téléphone : 01.42.12.72.27 (coût d'un appel local)

LIFESQUARE et/ou MNCAP traitera(ont) toute réclamation portant sur la gestion de l'adhésion ou d'un sinistre.

Le destinataire de la réclamation (LIFESQUARE ou MNCAP) s'engage à accuser réception de votre demande dans les dix (10) jours ouvrables à compter de sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à vous apporter une réponse au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont vous serez alors informé).

Si la réponse apportée par MNCAP à votre première réclamation ne vous satisfait pas, **vous pouvez formuler une deuxième (2ème) réclamation auprès de l'Assureur :**

Nature de la réclamation	Par courrier
d'ordre administratif	PREPAR-VIE Service relation clientèle Immeuble Le Village 1 Quartier Valmy 33 Place Ronde CS 90241 92981 Paris La Défense cedex service-relations.clientele@prepar-vie.com
d'ordre médical	PREPAR-VIE CELLULE MEDICALE / MEDECIN CONSEIL Immeuble Le Village 1 Quartier Valmy 33 Place Ronde CS 90241 92981 Paris La Défense cedex service.medical@prepar-vie.com

L'Assureur s'engage à accuser réception de votre demande dans les dix (10) jours ouvrables à compter de sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à vous apporter une réponse au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont vous serez alors informé).

Si, malgré nos efforts pour vous satisfaire, vous restez mécontent de la décision, vous pourrez faire appel au Médiateur compétent (désigné ci-dessous), et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Objet de la réclamation	Médiateur compétent
Relative aux circonstances de conclusion ou à la commercialisation de votre adhésion (Manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil...)	Planète Courtier La Médiation de l'Assurance, Pôle Planète CSCA, TSA 50 110 - 75441 PARIS cedex 09 Ou par email : le-mediateur@mediation-assurance.org

Relative à la gestion de votre adhésion (Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, Sinistre...)	La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 PARIS cedex 09 Ou le saisir en ligne sur le site www.mediation-assurance.org
--	--

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux.

Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur compétent et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

ARTICLE 20 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations.

Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i), (v), (vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii), (iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles.

Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances.

Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mel (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou l'Assureur par courrier (PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR-IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires.

En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet www.prepar-vie.fr»

ARTICLE 21 : LOI APPLICABLE

La loi applicable au contrat est la loi française.

Le contrat est régi par le Code des Assurances qui prévoit notamment :

Article L113-8 : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26 du Code des Assurances, 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. »

Article L113-9 : « 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 ».

Article L132-26 : « L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur. Dans tous les cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

Contrat distribué par LIFESQUARE

Société par actions simplifiée
au capital de 125 004 euros

RCS de Nanterre B 808 493 472
N° Orias : 15001037 – www.orias.fr
Code APE 6622Z
SIRET : 8084934 200027
Siège social : 73 rue du Château 92100 Boulogne Billancourt

Contrat assuré par PREPAR-VIE

Filiale de la BRED Banque Populaire, Entreprise régie par le Code des assurances,
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 182 183 792 €
323 087 379 RCS Nanterre (LEI : 969500WDOCIF97N6D206).

Siège social : Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy 33 Place ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex