

## NOTICE D'INFORMATION ANVELOPEO, l'assurance de l'emprunteur.

ANVELOPEO est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative N°5352/000, régi par le code des assurances, souscrit auprès d'**Allianz Vie** - dénommées « l'Assureur », par **l'Association pour le développement de la Garantie des Risques Sociaux de la Région Parisienne (A.G.R.S)** association à but non lucratif régie par la loi du 1er Juillet 1901, 2-4 rue Jules César, 75012 PARIS, dénommée « l'Association Contractante », au profit de ses adhérents.

### Référence notice 5352/000 - 09/2011

#### Article 1 - Objet de l'assurance

Le présent contrat, souscrit par l'Association Contractante, a pour objet de garantir :

- Option 1 - le remboursement d'un prêt, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie,
- Option 2 - le remboursement d'un prêt, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que le versement de prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale, par suite de maladie ou d'accident,
- Option 3 - le remboursement d'un prêt, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que le versement de prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle, par suite de maladie ou d'accident.

Si la personne à assurer choisit l'« Extension Confort », cette dernière peut étendre le bénéfice des options 2 et 3 aux sinistres résultant :

- d'une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou tout trouble lié au psychisme, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus en relation avec ces affections a été nécessaire pendant cette incapacité (hormis l'hospitalisation de jour) ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatralgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, y compris les atteintes nerveuses périphériques, coccygodynie, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.

#### Article 2 - Groupe Assuré

Est admissible à l'assurance, toute personne physique, adhérent à l'Association Contractante, ayant obtenu ou cautionné un prêt en tant qu'emprunteur, co-emprunteur, ou caution pour le compte d'une personne morale ou physique.

Si l'emprunteur est une personne morale, peut être admise à l'assurance toute personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de l'entreprise.

La personne à assurer doit être âgée de moins de 80 ans, à la date de signature de la demande individuelle d'affiliation.

Lorsque la personne à assurer est âgée de 61 ans ou plus, ou si elle se porte caution pour le compte d'une personne physique, l'admission n'est possible que pour l'option 1.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. Ce mode de calcul est valable pour définir l'âge dans tous les articles faisant référence à cette notion.

#### Résidence

Sont admissibles aux garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle les personnes physiques dont la résidence principale est située en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer<sup>1</sup> ou dans les collectivités d'outre-mer<sup>2</sup> ou à Monaco.

Si l'emprunteur est une personne morale, son siège social ou son établissement doit être situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer<sup>1</sup> ou dans les collectivités d'outre-mer<sup>2</sup> ou à Monaco.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer<sup>1</sup> ou dans les collectivités d'outre-mer<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>: départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

<sup>2</sup>: collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

Le présent contrat relève de la loi française.

#### Article 3 - Caractéristiques des Prêts assurables

Sont assurables les prêts libellés en euros, rédigés en français et souscrits auprès d'un établissement de crédit situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer<sup>1</sup> ou dans les collectivités d'outre-mer<sup>2</sup> ou à Monaco, amortissables ou non amortissables, destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel, d'un montant minimal de 17 000 €. Cependant, un prêt d'un montant inférieur est assurable sous réserve qu'il soit adossé à un prêt d'au moins 17 000 € lors de la même opération d'assurance.

**La durée des prêts, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne peut pas être supérieure à 35 ans.**

L'Assureur accepte les assurances sur prêt en cours dans les conditions suivantes sous réserve des conditions d'affiliation prévues à l'article 5 :

- la durée restante du prêt au moment de l'affiliation doit être au minimum de 8 ans,
- le contrat initial n'est pas un contrat assuré par Allianz,
- en cas de refus par la personne à assurer de la proposition faite par l'Assureur, les frais médicaux restent à la charge de celle-ci.

#### Article 4 - Limitation des Garanties

**Le montant maximum du capital emprunté qui peut être garanti par Assuré est fixé à 1 200 000 € pour les garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle.** Si le demandeur est déjà garanti par l'Assureur au titre d'un ou plusieurs prêts en cours, il convient de déduire du montant maximal indiqué ci-dessus le montant du capital restant dû compte tenu de la quotité assurée pour chaque prêt en cours à la date de la nouvelle demande d'affiliation au contrat. En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, l'engagement de l'Assureur est limité au montant des prestations dues au prêteur pour un Assuré avec quotité assurée à 100%.

#### Article 5 - Affiliation à l'Assurance

La personne qui demande à être affiliée à l'Assurance doit :

- remplir et signer la demande individuelle d'affiliation,
- remplir et signer le questionnaire financier et activités « emprunteur » si le montant assuré est supérieur à 1 500 000 €,
- transmettre une autorisation de prélèvement, et les coordonnées bancaires (RIB ou RICE),
- justifier de son état de santé en se soumettant aux formalités fixées par l'Assureur.

Les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles demandées par l'Assureur sont pris en charge par l'Assureur.

Ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations complémentaires de l'Assureur sont à la charge de la personne à assurer. Si la personne à assurer adhère au contrat, ces frais lui seront remboursés.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner son acceptation à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Il peut accepter l'affiliation d'une personne à des conditions spéciales de garantie ou de tarif ou la refuser. Ces décisions sont notifiées à la personne à assurer.

L'Assureur et la Contractante s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS (signée le 6 juillet 2006 loi n°2007-131 du 31 janvier 2007) contenues dans le dépliant remis par le conseiller qui vous propose d'adhérer au présent contrat.

Si les garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle ne peuvent être accordées à la personne à assurer ou si elles sont accordées avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur lui proposera chaque fois que cela sera possible, la garantie d'invalidité spécifique définie en fonction du taux d'invalidité fixé par la convention AERAS et apprécié par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

Si l'Assureur propose cette garantie, la personne à assurer doit donner son accord pour qu'elle soit mise en jeu.

De plus, si l'éventuelle majoration de cotisation demandée par l'Assureur a pour effet que la cotisation globale représente plus que la valeur fixée par la Convention AERAS dans le taux effectif global (TEG) de l'emprunt, la personne à assurer sera informée des conditions à respecter pour que celle-ci soit limitée à cette valeur ou au taux contractuel sans majoration si ce taux est supérieur à cette valeur. Ces conditions définies par la Convention AERAS sont rappelées dans les conditions spécifiques remises à l'Assuré au moment de l'affiliation.

#### Article 6 - Modification des garanties en cours de contrat

- Le choix de l'option est définitif et irrévocable pour la durée du prêt. Cependant, en cas de cessation d'activité professionnelle y compris pour cause de retraite ou de pré retraite, l'Assuré a la faculté de choisir l'option 1 en remplacement de l'option 2 ou de l'option 3.
- Le choix de la quotité assurée est définitif et irrévocable pour la durée du prêt, sauf en cas de changement de situation matrimoniale.
- Un Assuré bénéficiant du tarif non-fumeur, est tenu d'informer l'Assureur, s'il se met à fumer en cours de contrat, même occasionnellement. De même, un Assuré devenant non fumeur au sens du contrat doit avertir l'Assureur pour bénéficier du tarif non fumeur.
- L'Assuré doit prévenir l'Assureur de toute modification des caractéristiques du prêt assuré et notamment celles relatives à l'amortissement du prêt.

Pour tous les cas cités ci-dessus, l'Assuré doit avertir l'Assureur de tout changement par lettre recommandée avec accusé de réception. L'Assureur n'appliquera pas d'effet rétroactif sur le calcul des cotisations si l'Assuré l'avertit dans un délai supérieur à 3 mois à partir de la date du changement.

#### Article 7 - Bénéficiaire de l'Assurance

7.1. Bénéfice de l'assurance à concurrence des sommes dues au prêteur.

Le bénéfice de l'assurance est attribué au prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues.

7.2. Bénéfice de l'assurance pour le montant excédentaire en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré avant le déblocage total des fonds.

En cas de décès avant le déblocage total des fonds, le montant excédentaire sera réglé au bénéficiaire désigné sur la demande individuelle d'affiliation, ou à défaut par ordre de préférence selon la clause type ci-après :

- au conjoint non séparé de corps ;
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers.

L'Assuré désigne le ou les bénéficiaires du montant excédentaire en cas de décès avant déblocage des fonds sur la demande individuelle d'affiliation et ultérieurement par avenant à l'adhésion au présent contrat. Cette désignation peut être effectuée par acte sous seing privé (lettre recommandée adressée à l'Assureur) ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré peut mentionner les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès.

A tout moment, l'Assuré peut modifier la désignation contractuelle, ci-dessus, et désigner toute personne physique ou morale de son choix. Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée. La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation tacite ou expresse de ce dernier.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause type est applicable.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, ce montant excédentaire sera directement versé à l'Assuré.

#### Article 8 - Prise d'effet et durée des Garanties

Une garantie en cas de décès par accident est acquise gratuitement pendant un maximum soixante jours à compter de la date de signature de la demande individuelle d'affiliation sous réserve que celle-ci soit parvenue à l'Assureur avant la date de survenance de l'accident.

Cette garantie est fixée au montant à assurer dans la limite de 150 000 €, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes individuelles d'affiliation à l'assurance. Elle cesse :

- lorsque la personne à assurer ne répond pas, dans un délai de quinze jours, aux demandes d'informations complémentaires de l'Assureur ;
- en cas de refus par l'Assureur d'accorder sa garantie ;
- en cas de refus par l'adhérent d'accepter les conditions d'affiliation ;
- à la date de prise d'effet des garanties ;
- au plus tard 60 jours après la signature de la demande d'affiliation.

Les garanties concernant l'option choisie sont acquises :

- au plus tôt, à la date de déblocage des fonds prévue, indiqué sur la demande d'affiliation ;
- à la date réelle de déblocage des fonds lorsque celle-ci a été communiquée par l'Assuré auprès de l'Assureur.

**En cas de sinistre avant le prélèvement de la première cotisation, les prestations prévues au contrat sont versées sous déduction du montant de la cotisation due.**

L'assurance est accordée, à compter de la date d'effet des garanties, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction sous réserve des dispositions prévues ci-après.

#### Article 9 - Cessation des garanties

Les garanties cessent dans les conditions prévues par chaque garantie et notamment :

- le jour où le prêt a été intégralement remboursé,
- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où la déchéance du terme du prêt a été prononcée par le prêteur,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie,
- à l'expiration de la période annuelle en cours, si la demande de résiliation est adressée à l'Assureur, avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- à l'expiration d'un délai d'un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été débloqué par le prêteur sauf si un déblocage partiel est intervenu.

#### Article 10 - Garantie Décès

En cas de décès de l'Assuré avant le 31 décembre de l'année de son 85<sup>ème</sup> anniversaire, l'Assureur verse, à concurrence de la quotité assurée le montant suivant :

- le capital restant dû au prêteur au jour du décès, tel qu'il figure sur le tableau d'amortissement en cours à cette date,
- les intérêts courus depuis l'échéance précédente jusqu'au jour du décès,
- les éventuelles échéances reportées dans la limite de douze mensualités.

**Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus à la date du décès ne seront pas pris en compte.**

Lorsque le décès survient au cours de la période initiale de différé d'amortissement ou avant le déblocage total du montant du prêt, l'Assureur verse au bénéficiaire le montant initial du prêt augmenté des intérêts dus au prêteur à la date du décès.

#### Article 11- Garantie perte totale et irréversible d'autonomie

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie l'Assuré qui, avant le 31 décembre de l'année de son 70<sup>ème</sup> anniversaire, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les activités de la vie courante.

L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie au jour fixé par le médecin expert désigné par l'Assureur, sans que cette date puisse être antérieure de plus de six mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de la garantie.

Sera automatiquement considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie l'Assuré de moins de 60 ans, ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3<sup>ème</sup> catégorie ou si une pension par accident du travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne lui est attribuée.

L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie à la date fixée sur la notification adressée par la Sécurité sociale.

L'Assureur verse par anticipation le montant du capital prévu en cas de décès calculé à la date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie. Les cotisations cessent d'être dues à compter du jour où le capital est réglé et l'Assuré cesse de bénéficier des garanties de l'Assurance. L'adhésion prend fin au versement par anticipation du capital décès.

## **Article 12 - Garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) et Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP)**

### **12.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)**

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 « limitation des garanties », lorsque, par suite de maladie ou d'accident, un Assuré est dans l'incapacité totale et continue d'exercer son activité professionnelle ou toute recherche d'emploi, l'Assureur prend en charge les échéances du prêt mentionnées sur le tableau d'amortissement, à concurrence de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail.

La prise en charge intervient à l'expiration du délai de franchise indiqué sur la demande individuelle d'affiliation (30 jours, 90 jours ou 180 jours) et tant que l'arrêt de travail est médicalement justifié et reconnu par l'Assureur.

Si, à la date de l'incapacité temporaire totale de travail, le montant du prêt n'a pas encore été débloquenté par le prêteur, la prise en charge intervient à la date de déblocage des fonds et au plus tôt à l'expiration de la franchise.

Pour bénéficier des prestations, l'Assuré doit, à la date de l'incapacité temporaire totale de travail :

- avoir souscrit cette garantie sur sa demande d'admission,
- être emprunteur, co-emprunteur ou caution d'une personne morale,
- exercer une activité professionnelle fiscalement déclarée et procurant des rémunérations ou des bénéfices, ou être conjoint non salarié d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale, avoir la qualité de co-emprunteur et apporter une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal, ou être à la recherche d'un emploi et être indemnisé par le Pôle Emploi ou tout autre organisme équivalent.

A tout moment, l'Assureur peut demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical, dans le but d'apprécier son incapacité à exercer une quelconque activité professionnelle, auprès d'un médecin désigné par l'Assureur. Les prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail sont versées par l'Assureur pendant au maximum 36 mois.

Lorsque l'incapacité temporaire totale de travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'Assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont limitées, à l'expiration de la franchise, aux seules échéances d'intérêts. Pour les prêts non amortissables, l'Assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, après application du délai de franchise, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la dernière échéance d'intérêts.

L'Assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Assuré pendant son incapacité temporaire totale de travail ou moins de quatre-vingt-dix jours avant la date de l'incapacité temporaire totale de travail. Si l'incapacité temporaire totale de travail survient avant l'expiration du délai de quatre-vingt-dix jours, l'Assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement précédent pendant toute la durée de l'incapacité temporaire totale de travail sous réserve de remplir les conditions ouvrant droit à prestations.

**Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus au prêteur ne seront pas pris en compte.**

Les prestations au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail cessent à la date de consolidation prévue dans le cadre des garanties invalidité permanente totale ou invalidité permanente partielle.

**Toute reprise, même partielle, d'une activité professionnelle, y compris en mi-temps thérapeutique, entraîne l'interruption du versement des prestations au titre de la garantie.**

Une rechute dans les soixante jours suivant une reprise d'activité professionnelle ne donne pas lieu à l'application de la franchise de

quatre vingt dix jours si le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

### **12.2 Garantie Invalidité Permanente**

#### **12.2.1 Consolidation**

La consolidation est le moment à partir duquel il n'est plus possible d'atteindre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'assuré. Lorsque l'affection qui a donné lieu à la prise en charge de l'arrêt de travail est consolidée, et au plus tard dans un délai de trois ans à compter de la date d'incapacité de travail, il détermine un taux d'invalidité fonctionnelle, fixé par référence au barème du Concours médical (édition la plus récente au jour de l'expertise).

#### **12.2.2 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)**

L'assuré est reconnu en invalidité permanente totale s'il est atteint d'un taux d'invalidité fonctionnelle supérieur ou égal à 66%. En cas d'invalidité permanente totale, l'assureur prend en charge 100% du montant de l'échéance affectée de la quotité assurée. Elles sont supprimées si le taux d'invalidité fonctionnelle est inférieur à 66%.

#### **12.2.3 Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)**

L'assuré est reconnu en invalidité permanente partielle s'il est atteint d'un taux d'invalidité fonctionnelle supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%. En cas d'invalidité permanente partielle, l'assureur prend en charge 50% du montant de l'échéance affectée de la quotité assurée.

**Les prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente partielle et invalidité permanente totale cessent :**

- si l'assuré est reconnu en perte totale et irréversible d'autonomie et pris en charge à ce titre,
- le jour où l'Assuré a acquis ses droits à la retraite ou à la préretraite liquidés au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise en retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'arrêt de travail sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat,
- au plus tard le 31 décembre de l'année de son 64<sup>ème</sup> anniversaire.

**Les prestations en cas d'invalidité permanente totale cessent :**

- le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel,
- dès que le taux d'incapacité constaté par le médecin devient inférieur à 66%.

**Les prestations en cas d'invalidité permanente partielle cessent :**

- le jour de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet,
- si l'assuré est reconnu en invalidité permanente totale et pris en charge à ce titre,
- dès que le taux d'incapacité constaté par le médecin devient inférieur à 33%.

## **Article 13 - Garantie d'invalidité spécifique AERAS**

La garantie invalidité spécifique est couverte si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'Assureur et si l'Assuré les a acceptées.

L'Assuré bénéficie de cette garantie :

- si son état de santé est consolidé ;
- si son taux d'invalidité est supérieur à celui indiqué dans les conditions spécifiques,
- et s'il fournit une attestation administrative de son incapacité professionnelle.

Les prestations sont versées à compter du jour où ces trois conditions sont satisfaites et selon les dispositions indiquées dans l'article 12 - Garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) et Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP) à l'exception du calcul du taux d'invalidité qui prend en compte le taux d'incapacité fonctionnelle apprécié par référence au barème des pensions civiles et militaires. En cas de poly-pathologie, la cotation est additive.

## Article 14 - Contrôle médical - Arbitrage

### Contrôle

**Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'Assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen que l'Assureur estime nécessaire.**

Dans tous les cas et à tout moment, les médecins et experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Pour les Assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale ou invalidité permanente partielle les prestations de ces garanties ne seront servies que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer<sup>1</sup> ou dans les collectivités d'outre-mer<sup>2</sup>, les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge, les expertises éventuelles étant réalisées dans les mêmes conditions que le constat.

### Arbitrage

Les décisions de l'Assureur, prises en fonction des conclusions du médecin conseil, sont notifiées à l'Assuré par courrier.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et celui de l'Assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le tribunal compétent, éventuellement par voie de référé. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du troisième médecin et s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

## Article 15 - Risques exclus

**Sont exclus de toutes les garanties :**

### Risque de guerre :

- **Sont exclues les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'Assuré y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle.**

### Autres risques :

- **le suicide de l'Assuré pendant la première année d'assurance, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de son logement principal. Dans ce cas, seule la partie assurée excédant un plafond dont le montant est fixé par décret est exclue pendant la première année d'assurance,**
  - **les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés en l'absence de toute prescription médicale ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,**
  - **les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active,**
  - **les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.**
- Par ailleurs, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne ne sont couverts que dans le cas où :**
- **l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,**
  - **les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires,**
  - **les conséquences de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,**
  - **la pratique du parapente et du saut à l'élastique,**

- **les maladies en évolution ou chroniques ainsi que les infirmités dont l'Assuré était atteint au moment de son affiliation, sauf si elles ont été déclarées à l'Assureur et n'ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie.**

**Exclusions spécifiques à la garantie perte totale et irréversible d'autonomie :**

- **n'est pas garantie la perte totale et irréversible d'autonomie qui résulte de l'alcoolisme chronique,**
- **les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.**

**Exclusions spécifiques aux garanties incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale et d'invalidité permanente partielle que l'assuré ait choisi l'extension Confort ou non :**

- **sont exclues les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf lorsqu'il s'agit de sports - autres que sports comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur - que pratique l'Assuré ou de compétitions sportives auxquelles il prend part, dans les deux cas en tant qu'amateur,**
- **sont exclus les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,**
- **sont exclus les arrêts de travail qui résultent de l'alcoolisme chronique,**
- **les prestations ne sont pas versées au cours de la période d'arrêt de travail correspondant à la durée légale du congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L.1225-17 du code du travail, que l'Assuré y soit ou non assujettie,**

**Exclusions spécifiques aux garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle et invalidité spécifique AERAS si l'assuré n'a pas choisi l'extension Confort :**

- **sont exclus les sinistres résultant d'une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou tout trouble lié au psychisme, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus en relation avec ces affections a été nécessaire pendant cette incapacité (hormis l'hospitalisation de jour) ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,**
- **sont exclus les sinistres résultant d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, y compris les atteintes nerveuses périphériques, coccygodynie, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.**

### Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Le certificat de décès devra donc émaner de l'une de ces deux autorités.

Les risques de perte totale et irréversible d'autonomie et d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale et d'invalidité permanente partielle sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que la preuve en soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues au titre "Contrôle médical - Arbitrage".

A défaut de preuve, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine, dans les DOM-TOM, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

Les documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne, les DOM-TOM ou les pays limitrophes de la France métropolitaine.

## Article 16 - Déclaration des sinistres et règlement des prestations

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du contrat doit être déclaré le plus rapidement possible à l'interlocuteur habituel ou à :