

Notice d'Information Allianz Soluxis Emprunteurs

Allianz Soluxis Emprunteurs est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative N° 5185/922, 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 1^{er} Juillet 1901, 2-4 rue Jules César, 75012 Paris, dénommée la « l'Association Contractante », au profit de ses adhérents.

Référence notice 5185/922 – 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'arrêt de travail, par suite de maladie ou d'accident.

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 75 ans, à la date de signature de la demande individuelle d'affiliation.

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.

Choix de l'option 2

Ne peuvent pas souscrire à l'option 2, les personnes âgées de 59 ans et plus, ou se portant caution pour le compte d'une personne physique.

Peuvent souscrire à l'option 2 les personnes se portant caution pour le compte d'une personne morale, ou les personnes exerçant une activité professionnelle fiscalement déclarée, ou les conjoints non salariés d'artisans, de commerçants ou de personnes exerçant une activité libérale, qui apportent, en leur qualité de co-emprunteur, une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal et qui sont officiellement déclarés « conjoint collaborateur » par tout document officiel tel que K bis ou extrait d'assemblée générale.

Résidence

L'Assuré ne résidant pas en France métropolitaine ou dans les Dom-Tom peut s'assurer pour les garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie lorsque son lieu de résidence se situe dans un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE. Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou dans les Dom-Tom.

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, amortissables ou non amortissables, destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel. Le montant du prêt, doit s'élever au minimum à 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 30 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 la garantie arrêt de travail.

Si le demandeur est déjà garanti par l'Assureur au sein du contrat 5185, 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 1 200 000 €,
- 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 la garantie arrêt de travail ne peut être accordée à la personne à assurer ou si elle est acceptée avec exclusion, 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, et uniquement si le calcul des cotisations est basé sur le capital restant dû, l'Assuré a la faculté de choisir l'option 1 en remplacement de l'option 2.
- 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. La nouvelle tarification sera obligatoirement basée sur le capital restant dû.
- 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 au 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, sous réserve d'avoir accepté l'offre de prêt, à compter du jour de l'acceptation de l'affiliation par l'Assureur, sous réserve que les deux conditions suivantes soient remplies :

- 1 Accepter les conditions dérogatoires de garantie ou de tarif éventuellement stipulées,
- 2 Communiquer toutes les pièces nécessaires au prélèvement de la cotisation.

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 1^{er} 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 de 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 80^{ème} 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^{ème} 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^{ème} 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 – Garantie arrêt de travail

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 toute activité professionnelle, 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 de la franchise de quatre-vingt-dix jours et tant que l'arrêt de travail est médicalement justifié et reconnu par l'Assureur.

Si, à la date de l'arrêt de travail, le montant du prêt n'a pas encore été débloqué 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 d'arrêt de travail :

- soit exercer une activité professionnelle fiscalement déclarée et procurant des rémunérations ou des bénéfices, ou être conjoint collaborateur 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 dans le cadre de son activité professionnelle,
- soit ne pas exercer une activité professionnelle et percevoir des Indemnités Journalières au titre d'une maladie ou d'un accident,
- être âgé de moins de 65 ans.

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. Lorsque l'affection qui a donné lieu à la prise en charge 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). Les prestations sont maintenues si le taux d'invalidité fonctionnelle est égal ou supérieur à 70%. Elles sont supprimées si le taux d'invalidité fonctionnelle est inférieur à 70%.

Lorsque l'arrêt 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 arrêt de travail ou moins de quatre-vingt-dix jours avant la date de l'arrêt de travail. Si l'arrêt 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'arrêt 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.

Toute reprise, même partielle, d'une activité professionnelle entraîne l'interruption du versement des prestations.

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.

Les prestations versées en cas d'arrêt de travail cessent :

- le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel, et y compris en mi-temps thérapeutique,
- dès que le taux d'invalidité fonctionnelle constaté par le médecin devient inférieur à 70%,
- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où le prêt a été intégralement remboursé,
- le jour où la déchéance du terme a été prononcée,
- le jour où l'Assuré a acquis ses droits à la retraite, au titre de son activité professionnelle ou pour inaptitude,
- au plus tard le 31 décembre de l'année de son 64^{ème} anniversaire.

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 précédent 12 – Garantie arrêt de travail à l'exception du calcul du taux d'invalidité qui prend en compte le taux d'incapacité fonctionnelle apprécié par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. En cas de poly-pathologie, la cotation est additive.

Les prestations sont maintenues si le taux d'invalidité fonctionnelle est égal ou supérieur au taux fixé par la convention AERAS. Elles sont supprimées dans le cas contraire.

Article 14 – Contrôle médical - Arbitrage

Contrôle

Pour ne pas perdre son droit au versement 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 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 ou dont le sinistre est survenu hors du territoire français, les prestations perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de travail ne sont versées que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en France (France Métropolitaine et DOM-TOM), les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

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, sur l'état de santé de l'Assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire entre le médecin de l'Assureur et celui de l'Assuré. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, les deux parties peuvent choisir un 3^{ème} médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise et de supporter pour moitié les honoraires du 3^{ème} médecin.

Article 15 – Risques Exclus

Sont exclus de toutes les garanties :

Risque de guerre :

- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire. Pour les risques survenant hors des états de l'Union Européenne, l'exclusion ne s'applique que dans les pays où la France est impliquée dans une action militaire ou de police, et si l'Assuré prend une part active à l'événement.

Autres risques :

- le suicide de l'Assuré lors de 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 maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés en l'absence de toute prescription médicale ou de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur au taux admis par la législation),
- 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.

Exclusions spécifiques à la garantie Arrêt de Travail

- 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 L122-26 du code du travail, que l'Assuré y soit ou non assujettie
- 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, sciatalgie, 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.

Les risques de perte totale et irréversible d'autonomie et d'arrêt de travail 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 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 ou les pays limitrophes de la France métropolitaine.

Article 16 – Déclaration et règlement des sinistres

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

Allianz Collectives Emprunteurs – CC81248 – 9 place du Colonel Fabien – 75496 Paris Cedex 10

Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives et sous réserve de la prise en charge du sinistre. Les pièces justificatives à retourner pour le règlement des prestations sont :

En cas de décès :

- la déclaration de sinistre décès
- la demande d'information décès
- l'acte de décès
- le certificat médical post-mortem
- les coordonnées des ayants droits ou héritiers

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- l'attestation médicale PTIA
- la notification de pension troisième catégorie pour les assurés sociaux
- la notification de rente d'accident du travail entraînant une IPP avec majoration tierce personne pour les assurés sociaux

En cas d'arrêt de travail :

- la déclaration de sinistre arrêt de travail et son attestation médicale.
- les pièces justificatives de l'arrêt :
 - volets d'indemnités journalières (si salarié)
 - certificat médical (si non salarié)
 - attestation patronale (si fonctionnaire)

Dans tous les cas de sinistre le(s) tableau(x) d'amortissement relatif(s) au(x) prêt(s).

Tous les documents relatifs aux informations médicales concernant l'Assuré doivent être transmis sous enveloppe secret médical sauf demande contraire de l'Assuré.

Arrêt de travail

L'arrêt de travail doit être déclaré dans un délai de six mois ; ce délai commence le premier jour de l'arrêt. Au-delà, l'Assureur fixe la date de l'arrêt de travail au jour de la déclaration. Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents survenus avant la date de résiliation de l'assurance doivent être déclarés dans les six mois suivant cette date. Au-delà, l'Assuré ne pourra plus prétendre à aucune prestation.

Les pièces justificatives de prolongation d'arrêt de travail doivent être adressées ensuite dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours. A défaut, l'Assuré est réputé guéri à la date du dernier jour de la période justifiée.

Au-delà de ce délai, toute prolongation parvenant à l'Assureur est considérée par lui :

- entre le 91^{ère} jour et le 180^{ème} jour : comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif,
- à compter du 181^{ème} jour : comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu, à compter de la date de réception du justificatif, à l'application du délai de franchise de quatre vingt dix jours prévu.

L'Assuré doit déclarer sans délai la reprise de son activité professionnelle, même partielle, à l'Assureur, sous peine de suppression de son droit aux prestations.

Article 17 – Cotisation

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation pendant toute la durée du prêt.

Une réduction tarifaire est effectuée pour les prêts Assurés dans le présent contrat sur plus d'une tête. Si la réduction a été accordée à tort, les cotisations peuvent faire l'objet d'un ajustement tarifaire.

La cotisation compte tenu de la quotité assurée, peut être calculée :

- sur le montant initial du prêt : le taux de cotisation est fonction de l'âge lors de l'affiliation et de la durée du prêt,
- sur le capital restant dû : le taux de cotisation est fonction de l'âge atteint au 1^{er} janvier de chaque année.

La cotisation sera automatiquement calculée sur le capital restant dû :

- pour les prêts à taux zéro réglementés, pour les prêts non amortissables, et pour les prêts amortissables présentant un différé supérieur à 12 mois,
- pour les personnes faisant l'objet d'une tarification particulière.

Dans tous les cas, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Cotisation sur capital initial :

en cas de remboursement anticipé partiel, la cotisation sera calculée sur le montant initial du prêt diminué du remboursement anticipé partiel uniquement si ce remboursement représente au moins 15% du montant initial.

La cotisation est prélevée automatiquement annuellement et d'avance sur le compte bancaire désigné par l'assuré.

Elle peut être fractionnée et payable d'avance semestriellement, trimestriellement ou mensuellement,

- dès lors que la cotisation périodique moyenne est au moins égale à 50€, lorsque la demande d'affiliation porte sur une tête
- dès lors que la cotisation périodique moyenne sur chacune des têtes est au moins égale à 50€, lorsque la demande d'affiliation porte sur deux têtes.

La dernière cotisation est prélevée au prorata du nombre de jours donnant lieu à assurance.

La cotisation peut être révisée par l'Assureur :

- au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. Le nouveau taux de cotisation sera porté à la connaissance de l'Assuré avant le 31 octobre précédant la modification. Dans le mois suivant cette notification, l'Assuré sera libre de résilier son adhésion en le signifiant à l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception. A défaut, il sera réputé l'accepter.
- immédiatement en cas de modification de la taxe incluse dans les cotisations.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L141-3 du Code des assurances que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées, l'adhérent sera exclu du bénéfice du contrat sans autre formalité. Le prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail

La cotisation, prélevée automatiquement, est remboursée à l'Assuré dès la reprise du travail au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail indemnisés et au plus tard dans les trois mois suivant la clôture de chaque exercice civil. Toutefois, seuls peuvent bénéficier du remboursement de la cotisation les Assurés ayant souscrit aux garanties de l'option 2.

Article 18 – Prescription

Conformément aux articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances, toutes actions dérivant de l'affiliation au présent contrat sont prescrites dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Ce délai de prescription est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent.

Toutefois, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations et par l'Assuré ou le bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

Article 19 – Article L 113-8 du Code des assurances

Sous réserve des dispositions de l'article L132-26 du Code des assurances, l'affiliation est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 20 – Réclamations

L'interlocuteur habituel d'Allianz Vie est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne vous satisfaisaient pas, vous pouvez adresser une réclamation à :

Allianz Vie - Médiation Assurances de Personnes – Case Courrier 1304 – 20 place de Seine – 92086 Paris La Défense Cedex.

Allianz Vie adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, dont les coordonnées postales sont les suivantes : BP 290 – 75425 Paris Cedex 09, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 21 – Faculté de renonciation

L'adhérent peut renoncer au bénéfice de son affiliation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur, dans un délai de 30 jours suivant la réception des conditions particulières. L'intégralité des cotisations versées sera remboursée dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre recommandée rédigée comme suit:

«Je soussigné(e) (nom, prénoms), demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon affiliation N° au contrat Allianz Soluxis Platinum conformément aux dispositions prévues par l'article L 132-5-1 du Code des assurances et demande le remboursement de l'intégralité de la cotisation versée soit (XX) euros.

Fait à le et signature de l'assuré».

La renonciation met fin à l'affiliation.

Le défaut de remise des documents et informations énumérées à l'article L 132-5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents.

Article 22 – Autorité de contrôle

L'Assureur est contrôlé par l'Autorité de contrôle Prudential – 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

Article 23 – Informatique et Libertés – traitement des données personnelles

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande. Elles pourront, sauf opposition de votre part, aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant, soit en adressant un mail à l'adresse DQRCDDV@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de : Allianz - Informatique et Libertés – Tour Neptune - Case Courrier 1304 - 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense cedex.

Article 24 – Lexique

Accident : toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré, atteignant ce dernier dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

Assuré : personne physique ayant signé la Demande Individuelle d'Affiliation, répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties souscrites. Le terme « Assuré » désigne chacun des Assurés.

Bénéficiaire : personne qui perçoit les prestations en cas de mise en jeu d'une garantie.

Caution de personne physique : personne physique qui s'engage à rembourser les échéances en lieu et place du débiteur lorsque celui-ci ne peut rembourser son prêt.

Caution de personne morale : personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de l'entreprise.

Consolidation : Date à partir de laquelle l'état de santé d'un Assuré est reconnu compte tenu des connaissances scientifiques et médicales, comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé. La loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé consacre au plan législatif cette convention signée le 06 juillet 2006 et révisée le 11 février 2011.

Cotisations : sommes versées à Allianz Vie en contrepartie du versement des prestations en cas de mise en jeu d'une garantie.

Date d'effet : La date d'effet du contrat correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail pendant lesquels les garanties ne sont pas encore en vigueur et au-delà duquel une indemnisation est possible. Le point de départ du délai de franchise est le premier jour de l'arrêt de travail sous réserve des dispositions prévues aux articles 12 et 16.

Fumeur : personne ne pouvant pas souscrire à la déclaration non-fumeur.

Maladie : Toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Non-Fumeur : personne pouvant déclarer ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois, ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales, et satisfaire à l'examen de cotinurie dans le cadre des examens médicaux demandés par l'Assureur.

Opération d'assurance : ensemble des prêts faisant l'objet de la même demande d'assurance.

Quotité : pourcentage du prêt garanti sur la tête de l'Assuré. La quotité peut être différente sur le risque Décès/PTIA et sur le risque Arrêt de Travail.

Sinistre : Réalisation de l'évènement couvert par le contrat et susceptible d'entraîner la garantie de l'Assureur pour une affiliation en vigueur.



Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances (article R 310-5 CDA). Société anonyme au capital de 643 054 425 euros.
Siège social : 87, rue de Richelieu – 75002 Paris. 340 234 962 RCS Paris.

Autorité chargée du contrôle d'Allianz Vie :
Autorité de contrôle prudentiel (ACP) – 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

www.allianz.fr

FORMALITES MEDICALES Allianz Soluxis Emprunteurs

Si la personne à assurer ne peut certifier les **Déclarations d'état de santé**, elle doit répondre, à la place, au **Questionnaire d'état de santé**.