

Pérénim

Assurance de prêt

Note d'information



Contrat d'assurance sur la vie



Afi • Esca 
GROUPE BURRUS

Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation

Pérénim

Assurance de prêt

➤ Caractéristiques Principales

Une souscription à titre personnel ou professionnel.

■
La couverture d'un ou plusieurs prêts.

■
Une souscription de 18 à 84 ans.

■
Une couverture décès possible jusqu'à 90 ans.

■
Trois garanties complémentaires facultatives :

- Invalidité Permanente Totale.
- Incapacité Temporaire et Totale de travail/Incapacité Temporaire Partielle de travail.
- Invalidité Permanente Partielle.

■
Des garanties irrévocables et un tarif garanti (sauf modifications souhaitées par l'assuré).

■
Des primes calculées en fonction du capital initial ou du capital restant dû (fixes ou variables).

■
Des prestations forfaitaires et l'exonération du paiement des primes en cas de prise en charge au titre des garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P.

■
Une fréquence de paiement modulable sans frais.

— Pérénim —
Label d'Excellence 2014
décerné par la revue "Les Dossiers de l'Épargne"





Article 1 Définitions

Accident : Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Affection ou Pathologie : Toute altération de la santé, quelle qu'en soit l'origine constatée par une autorité médicale compétente.

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur.

Assureur : AFI ESCA

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque couvert par l'Assureur.

Date de consolidation : Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme stabilisé, non susceptible d'amélioration.

Franchise : Nombre minimum de jours d'arrêt de travail consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail.

Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) :

- **L'Assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre** est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est totalement incapable, suite à un accident ou à une maladie garanti(e), d'exercer sa profession et qu'il n'exerce aucune autre activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit.

- **L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre** est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou à une maladie garantie, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles, etc.). L'Incapacité doit être temporaire, totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) : Reprise partielle d'une activité professionnelle par l'Assuré, dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prescrit par le Médecin traitant de l'Assuré, faisant suite à une Incapacité Temporaire et Totale de travail.

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) : L'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale, lorsqu'il présente, suite à un accident ou à une maladie garanti(e) et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 8.4.

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) : L'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle, lorsqu'il présente, suite à un accident ou à une maladie garanti(e), et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 8.4.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, et n'ayant pas pour origine un accident.

Organisme Prêteur : Etablissement bancaire ou financier qui a consenti un prêt ou un crédit bail au Souscripteur ou à l'Assuré.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) : L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il est reconnu, suite à un accident ou à une maladie garanti(e), définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un quelconque travail pouvant lui procurer gain ou profit, son état le mettant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir au moins trois des quatre actes essentiels de la vie courante (se déplacer, se laver, se vêtir, se nourrir).

Quotité garantie : Rapport, exprimé en pourcentage, entre le capital garanti à la souscription, précisé aux Conditions Particulières, et le montant du prêt consenti par l'Organisme Prêteur, au vu des éléments communiqués à la souscription.

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque garanti.

Pour les garanties P.T.I.A., I.P.T. et I.P.P., la date de réalisation du risque correspond à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P.

Souscripteur : Personne physique ou morale, contractant du prêt ou du crédit-bail, qui accepte les termes du contrat et paie les primes. L'Assuré et le Souscripteur peuvent être la même personne.

Article 2 Objet de l'Assurance

Pérénim est un contrat individuel d'assurance sur la vie, destiné à la couverture de prêts.

Il comporte une garantie obligatoire : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Trois garanties complémentaires sont également proposées :

- L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
- L'Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) et l'Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.)

- L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).

Ces garanties sont définies à l'article 1.

Les combinaisons suivantes sont donc proposées à la souscription :

(a) Décès - P.T.I.A.

(b) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T./I.T.P.

(c) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T./I.T.P. - I.P.P.

A la souscription, il est également proposé à l'Assuré d'opter pour l'option "PLUS", qui permet de racheter l'exclusion des pathologies de la colonne vertébrale et des affections para-vertébrales et l'exclusion des maladies psychiques, détaillées respectivement aux articles 12.2. et 12.3.

Cette option "PLUS" est réservée aux assurés résidant en France Continentale, en Corse, dans les DOM, et en Principauté de Monaco, pour un cumul de capitaux assurés inférieur ou égal à 500 000 €, et ayant souscrit les formules b) ou c).

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées aux Conditions Particulières.

Le contrat est constitué :

- des Conditions Générales et des Conditions Particulières adressées par l'Assureur au Souscripteur, précisant les engagements de chacune des parties et reprenant les éléments figurant sur la proposition d'assurance,

- de la Note d'Information, reprenant les dispositions essentielles des Conditions Générales.

Article 3 Bénéficiaire des Prestations d'assurance

Sauf précision contraire figurant dans les Conditions Particulières ou dans les avenants postérieurs, les prestations d'assurance sont attribuées de la façon suivante :

Si le Souscripteur et l'Assuré sont une seule et même personne :

- En cas de Décès, à l'Organisme Prêteur, à concurrence des sommes restant dues par l'Assuré, le solde éventuel revenant au conjoint, à défaut, aux héritiers légaux de l'Assuré,

- En cas de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.T.T./I.T.P. ou d'I.P.P., à l'Organisme Prêteur, à concurrence des sommes dues par l'Assuré, le solde éventuel revenant à l'Assuré.

Si le Souscripteur et l'Assuré sont deux personnes distinctes :

- En cas de Décès, de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.T.T./I.T.P. ou d'I.P.P., à l'Organisme Prêteur, à concurrence des sommes dues par le Souscripteur, le solde éventuel revenant au Souscripteur.

Compte tenu de l'objet de l'assurance, l'Organisme Prêteur, dès lors qu'il est désigné directement ou indirectement (cession en garantie, mise en gage, nantissement,...) bénéficiaire du contrat, est réputé en avoir accepté le bénéfice.

Article 4 Admission à l'assurance

Sont assurables dans le cadre du présent contrat l'emprunteur et/ou ses co-emprunteurs personnes physiques, les cautions d'un emprunteur personne physique et les dirigeants, associés ou cautions des personnes morales emprunteuses.

4.1. - Âge de l'Assuré et activité professionnelle à la souscription

Pour être admise à la garantie obligatoire en cas de décès, la personne à assurer doit être âgée de moins de 85 ans.

Pour être admise aux garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T./I.T.P. et I.P.P., la personne à assurer doit être âgée de moins de 65 ans.

En outre, pour les garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P., elle doit exercer une activité professionnelle rémunérée, ou collaborer effectivement et régulièrement à l'activité de son conjoint artisan, commerçant, ou profession libérale, et pouvoir dans ce cas justifier du statut de conjoint collaborateur par tout document officiel tel que KBIS ou extrait d'Assemblée Générale.

Les personnes bénéficiant d'une suspension d'activité pour congé maternité, congé parental, congé formation, congé sabbatique ou pour création d'entreprise pourront également souscrire ces garanties, à condition que la reprise d'activité intervienne dans les 6 mois suivant la date où a pris fin le congé. Dans le cas contraire, ces garanties seront résiliées à effet de la date de fin du congé, et les primes correspondantes, remboursées au Souscripteur, sur demande de celui-ci.

4.2. - Modalités de souscription

Après avoir reçu et pris connaissance de la Note d'Information, le Souscripteur rempli et signe la Proposition d'Assurance, et joint à celle-ci :

- le tableau d'amortissement du prêt ou un justificatif reprenant les caractéristiques précises du prêt,
- le règlement de la première prime à l'ordre de MULTI IMPACT ou le mandat de prélèvement accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal d'un compte ouvert à son nom.

La personne à assurer, si elle est différente du Souscripteur, signe également la proposition d'assurance.

4.3. - Déclaration et Acceptation du risque

La personne à assurer est tenue de répondre à des questions relatives à sa situation personnelle (activité professionnelle, sports pratiqués, séjours à l'étranger, etc...), et de se soumettre à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de la souscription.

Les examens médicaux doivent être réalisés en France et les frais occasionnés sont remboursés, sauf si la demande de souscription est classée sans suite pour un motif autre que le refus ou l'acceptation sous conditions, de la part de l'Assureur.

Au vu de ces éléments, l'Assureur peut accepter ou refuser le risque proposé, ou l'accepter moyennant surprime et/ou exclusion de certaines garanties ou de certains risques.

Si l'Assureur accepte le risque, il établit et envoie au Souscripteur des Conditions Particulières précisant les garanties accordées, le montant du capital assuré à la souscription et à chaque date anniversaire du contrat, la date d'effet et le terme du contrat, les caractéristiques du prêt et la quotité garantie, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation, ainsi que les bénéficiaires désignés.

Si'il refuse le risque, l'Assureur en informe l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception et rembourse les sommes versées à la souscription.

Si l'Assureur accepte le risque moyennant surprime(s) et/ou exclusion(s) médicale(s), l'Assuré doit donner son accord sur les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification de son état de santé, constatée entre la date de signature du questionnaire de santé et la date de prise d'effet des garanties, susceptible de modifier les réponses apportées au questionnaire de santé. A défaut, il s'expose à l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée aux Conditions Particulières ne sera pas pris en charge [sauf application éventuelle de la garantie "couverture accidentelle immédiate" décrite à l'article 7].

L'ensemble des déclarations effectuées par le Souscripteur et l'Assuré servent de base au contrat, elles permettent à l'Assureur d'évaluer le risque à couvrir, et de fixer en conséquence les conditions de garantie et la prime adaptée.

Le contrat est incontestable dès son entrée en vigueur, ce qui dispense l'Assuré de déclarer toute modification relative à son activité professionnelle et à ses habitudes de vie (tabac, activités sportives, séjours à l'étranger), sauf dans le but de bénéficier d'un éventuel rachat d'exclusion (voir article 12.2.).

En revanche, **toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration du risque à la souscription, pourra entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, ou celles prévues à l'article L 132-26 du même code, en cas d'erreur sur l'âge de l'Assuré.**

4.4. - Conditions de résidence de l'Assuré

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en France continentale, en Corse, dans les Départements ou Régions d'Outre Mer (Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion), ou en Principauté de Monaco.

Les personnes résidant dans les Collectivités d'outre-mer (Polynésie Française, Saint Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna), en Nouvelle Calédonie, en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, au Luxembourg, aux Pays Bas, au Portugal et en Suisse, peuvent être assurées en Décès-P.T.I.A. sous réserve que le prêt à garantir soit :

- souscrit auprès d'un Organisme Prêteur situé en France (y compris Corse et DOM),
- libellé en euros,
- rédigé en français.

L'Assureur se réserve néanmoins la possibilité d'accepter la souscription de personnes ne remplissant pas les conditions détaillées ci-dessus, ou la couverture de prêts en devises (francs suisses et francs pacifiques) après étude spécifique, et dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions Particulières.

4.5. - Conditions relatives à l'Organisme Prêteur

Pour un prêt contracté auprès d'un organisme situé hors de France, les garanties ne seront accordées, que si les 3 conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- l'Organisme Prêteur est situé dans l'Union Européenne ou en Suisse,
- le prêt est libellé en euros,
- le prêt est rédigé en français.

L'Assureur se réserve néanmoins la possibilité d'accepter de garantir des prêts en devises (francs suisses et francs pacifiques) après étude spécifique, et dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions Particulières.

Article 5 Régularisation des Conditions Particulières

Les différentes parties doivent régulariser l'exemplaire des Conditions Particulières destiné à la société d'Assurance. **Cependant, cette régularisation ne conditionne ni la validité du contrat, ni la prise d'effet des garanties.**

Le défaut de signature des Conditions Particulières par le Souscripteur et/ou l'Assuré ne pourra être opposé à l'Assureur, en cas de litige sur les garanties accordées, leur montant ou leur limitation, si l'Assureur a satisfait aux exigences posées à l'article 4-3.

Article 6 Date de conclusion du contrat - Prise d'effet des garanties - Durée du contrat

Le contrat est considéré comme conclu :

- soit à la date de réception par le Souscripteur des Conditions Particulières si le contrat est accepté par l'Assureur sans surprime ni exclusions médicales,
- soit à la date où l'Assuré donne son accord sur les conditions spécifiques qui lui sont proposées.

Les Conditions Particulières sont présumées avoir été reçues 7 jours calendaires après leur envoi par l'Assureur.

La date de conclusion du contrat constitue le point de départ du délai de renonciation (voir article 21).

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif,
- de l'encaissement effectif de la première prime, les garanties prennent effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, et au plus tôt à la date de prise d'un engagement du Souscripteur vis-à-vis de l'Organisme Prêteur, matérialisé par la signature de l'acte de prêt.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la date d'effet des garanties, mais alors que les fonds n'ont pas encore, ou n'ont été que partiellement débloqués, l'Assureur verse à l'Organisme Prêteur bénéficiaire, un montant équivalent à la quotité assurée des fonds éventuellement débloqués et le surplus aux bénéficiaires de second rang.

Toutefois, aucune prestation ne sera due par l'Assureur, en cas de sinistre survenant plus de 12 mois après la prise d'effet des garanties, si, à la date du sinistre, aucun déblocage de fonds n'est intervenu. Le contrat sera alors résilié, et il sera procédé au remboursement des primes versées depuis le 1er anniversaire de la date de prise d'effet des garanties.

En cas de refus du prêt par l'Organisme Prêteur ou d'abandon de l'opération de prêt par le Souscripteur, les sommes perçues depuis la souscription seront remboursées sous déduction d'une indemnité de 50 euros et des frais de sélection médicale, et le contrat sera réputé n'avoir jamais pris effet.

Le contrat est conclu pour toute la durée indiquée aux Conditions Particulières ou au dernier avenant et cesse dans les conditions prévues à l'article 11.

L'Assureur prendra en charge un décalage d'amortissement lié à un report de signature du prêt ou à un déblocage tardif, sous réserve que la durée du prêt n'excède pas celle du contrat d'assurance, et que la date de terme du prêt ne soit pas postérieure de plus de 6 mois à celle du contrat d'assurance, mentionnée aux Conditions Particulières.

Dans tous les autres cas, un avenant devra être établi pour ajuster la durée du contrat à celle du prêt et les primes correspondantes.

Article 7 Couverture accidentelle immédiate

Pendant la période d'accomplissement des formalités de souscription, et sous réserve que l'offre de prêt ait été acceptée et que le Souscripteur ait payé à l'Assureur la première prime (ou lui ait communiqué l'ensemble des pièces nécessaires au prélèvement automatique), l'Assuré est garanti contre le risque Décès par accident pour le montant du capital assuré, **dans la limite de 150 000 (cent cinquante mille) euros.**

Cette garantie prend effet à la date de signature de la proposition d'assurance, et cesse à la première des dates suivantes :

- soit à la date où le contrat est réputé conclu, telle que définie à l'article 6,
- soit à la date de réception par l'Assuré du courrier recommandé de l'Assureur notifiant le refus de toute garantie,
- soit à l'expiration d'un délai de 60 jours calendaires.

NB : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des accidents.

Article 8 Prestations

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même prêt, le total des garanties cumulées peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur. En revanche, **le total des prestations servies par l'Assureur au titre d'un même prêt pour l'ensemble des assurés ne peut en aucun cas excéder ce montant.**

Le montant des prestations dues par l'Assureur est calculé sur la base des caractéristiques du prêt fournies à la souscription et reprises dans les Conditions Particulières ou dans le dernier avenant.

En cas de règlement en capital (Décès, P.T.I.A., I.P.T.), **le capital versé ne peut excéder le montant du capital assuré à la date anniversaire du contrat précédant la date de réalisation du capital, tel qu'indiqué dans le tableau intégré aux Conditions Particulières ou dans le dernier avenant.**

8.1. - En cas de Décès

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date du décès de l'Assuré, en multipliant par la quotité assurée :

- le capital restant dû sur le prêt ou,
- la somme des loyers hors taxes restant dus au titre du contrat de crédit-bail, majorée de la valeur résiduelle du bien, si cela a été prévu à la souscription.

8.2. - En cas de P.T.I.A. et d'I.P.T.

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A. ou d'I.P.T., en multipliant par la quotité assurée :

- le capital restant dû sur le prêt ou,
- la somme des loyers hors taxes restant dus au titre du contrat de crédit-bail, majorée de la valeur résiduelle du bien, si cela a été prévu à la souscription.

8.3. - En cas d'I.T.T./I.T.P. et d'I.P.P.

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur pour un même Assuré est fixé à 1 300 000 €, représentant l'assiette maximale servant de base de calcul aux prestations au titre des garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P.

En cas de dépassement, les prestations seront donc diminuées au prorata.

Pour pouvoir demander le bénéfice de ces garanties, l'Assuré caution devra justifier avoir participé au remboursement des échéances du prêt depuis au moins 6 mois à la date du premier jour d'interruption d'activité, suite à la défaillance de l'Emprunteur principal.

Les primes relatives aux garanties couvertes par le contrat ne sont plus dues pendant toute la durée de la prise en charge.

Les prestations sont calculées en tenant compte de la quotité assurée.

Mise en oeuvre de la garantie I.T.T./I.T.P.

L'Assureur prend en charge, après expiration de la période de franchise indiquée dans les Conditions Particulières ou dans le dernier avenant, et pendant toute la durée de l'Incapacité Temporaire Totale ininterrompue de l'Assuré :

- pour les prêts amortissables : les mensualités de prêt (capital et intérêts),
- pour les contrats de Crédit-Bail : les échéances de loyers hors-taxes,
- pour les crédits in fine : les intérêts échus.

L'intervention de l'Assureur se limite aux mensualités de prêt ou aux loyers venant à échéance pendant la durée de prise en charge.

Les prestations cessent immédiatement en cas de :

- reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle, y compris de surveillance ou de direction,
- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.P.P.

La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation des garanties, précisés à l'article 11.

Néanmoins, en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un mi-temps

thérapeutique prescrit par le Médecin traitant de l'Assuré (Incapacité Temporaire Partielle de travail), et sauf si l'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'I.P.P., l'Assureur poursuivra la prise en charge des mensualités à hauteur de 30% de la quotité garantie, pendant toute la durée du mi-temps thérapeutique, dans la limite de 4 mois, sous réserve de production par l'Assuré des justificatifs correspondants.

En cas de reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, suivie d'une rechute provenant du même accident ou de la même maladie, la franchise ne sera pas appliquée, sous réserve que cette rechute intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.

La franchise ne sera pas appliquée non plus dans le cas où la garantie I.T.T. serait mise en œuvre à la suite d'une prise en charge au titre de l'I.P.P.

Mise en oeuvre de la garantie I.P.P.

L'Assureur verse, à compter de la date de consolidation de l'I.P.P., et pendant toute la durée de l'invalidité, 50% du montant des prestations qui seraient dues dans le cadre de la garantie I.T.T.

L'intervention de l'Assureur se limite aux mensualités de prêt ou aux loyers venant à échéance pendant la durée de prise en charge.

Les prestations cessent immédiatement en cas de :

- reprise par l'Assuré d'une activité professionnelle à temps plein, y compris de surveillance ou de direction,
- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.T.T./I.T.P.

La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation des garanties, précisés à l'article 11.

8.4. - Définition du taux contractuel d'invalidité

Le taux contractuel d'invalidité qui détermine le droit à la prestation est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Ces taux sont appréciés par le Médecin Conseil de l'Assureur ou par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'Assureur, conformément au tableau ci-après.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie. Il est évalué d'après le barème de droit commun publié par le Concours Médical.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des possibilités restantes d'exercice de cette profession et des possibilités de reclassement et d'exercice d'une autre activité professionnelle quelconque susceptible de procurer gain ou profit à l'Assuré.

S'agissant d'un Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, le taux d'incapacité professionnelle sera apprécié en tenant compte principalement des occupations habituelles de l'Assuré avant la maladie ou l'accident, de ses possibilités de reclassement et de son aptitude définitive à exercer une profession.

Le tableau figurant ci-dessous indique les taux résultant des divers degrés

Barème du Taux contractuel d'invalidité									
IF \ IP	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%				29%	33%	36%	40%	43%	46%
20%			32%	37%	42%	46%	50%	55%	58%
30%		30%	36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40%	25%	33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50%	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60%	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70%	30%	40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80%	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

IF = Taux d'incapacité fonctionnelle

IP = Taux d'incapacité professionnelle

d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle

Article 9 Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont assurées dans le monde entier, pour autant, en ce qui concerne les garanties I.P.T., I.T.T./I.T.P. et I.P.P., que l'Assuré réside en France continentale, en Corse dans les Départements ou Régions d'Outre Mer (Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion), ou en Principauté de Monaco.

Les assurés pour lesquels cette condition ne serait plus remplie en cours de

contrat sont invités à contacter l'Assureur en vue du remboursement des primes versées à tort.

La preuve d'un décès survenu hors de France est fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

L'état de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.T.T./I.T.P. ou d'I.P.P. doit obligatoirement être constaté médicalement en France continentale, sauf pour les assurés résidant en Corse, à Monaco, dans les Départements et Régions d'outre-mer, dans les Collectivités d'outre-mer et en Nouvelle Calédonie, pour lesquels cet état pourra être constaté par une autorité médicale compétente locale.

Article 10 Modification des garanties

Le Souscripteur peut demander, à tout moment, une augmentation ou une diminution des garanties, sous réserve du respect des combinaisons (a), (b) et (c) proposées à la souscription.

L'accord écrit de l'Organisme Prêteur est indispensable s'il est désigné, de façon directe ou indirecte (cas d'une cession en garantie, mise en gage, convention séquestre, nantissement,...) bénéficiaire du contrat.

Cependant, la transmission de documents émanant de l'Organisme Prêteur et faisant état de modifications affectant le prêt sera considérée comme un accord du prêteur sur les modifications à effectuer en conséquence sur le contrat.

L'accord de l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur, l'est également, en cas d'augmentation de garantie.

Avant d'accorder toute augmentation de garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander les informations prévues à l'article 4.3.

Le Souscripteur s'engage à adresser, dans les 2 mois suivant la date de déblocage des fonds, le tableau d'amortissement définitif à l'Assureur afin que ce dernier puisse, le cas échéant, ajuster ses garanties, et rembourser l'éventuel trop-perçu de primes.

Le Souscripteur est tenu de déclarer à l'Assureur toute modification relative au contrat le liant à l'Organisme Prêteur (renégociation, remboursement anticipé, allongement de la durée,...) **dans un délai de 2 mois à compter de la date d'effet de cette modification**, afin que l'Assureur procède soit à la résiliation, soit à la modification du contrat, et au remboursement éventuel des primes versées à tort.

A cet effet, le Souscripteur adresse à l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement ainsi qu'une attestation de l'Organisme Prêteur.

Au delà du délai de 2 mois, qu'il s'agisse de la transmission du tableau d'amortissement définitif, de la modification des caractéristiques du prêt ou du remboursement total du prêt, **la date prise en compte pour le calcul du trop-perçu de prime sera la date à laquelle l'Assureur aura reçu l'information.**

En cas de réalisation d'un risque garanti, les modifications qui n'auront pas été déclarées à l'assureur, ne lui seront pas opposables si elles entraînaient pour l'Assureur un engagement supplémentaire, et ne pourront donner lieu à aucun remboursement de primes si l'engagement de l'Assureur était diminué.

Dans tous les cas, **et sous réserve du paiement effectif de la prime y afférente**, un avenant prenant acte des modifications sera établi à effet :

- soit de la date d'effet du contrat en cas de transmission du tableau d'amortissement définitif dans le délai de 2 mois suivant le déblocage des fonds,
- soit de la date d'effet de la modification du contrat de prêt déclarée dans le délai imparti,
- soit de la date de réception de l'information par l'Assureur, en cas de déclaration au-delà du délai de 2 mois.

La régularisation de l'avenant ne conditionne pas la prise d'effet des modifications.

Article 11 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- le jour où cesse l'obligation de remboursement,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite personne morale,
- à la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prononcée par le prêteur,
- à la date du remboursement anticipé total du prêt,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - . pour la garantie Décès, au 90ème anniversaire de l'Assuré,
 - . pour la garantie P.T.I.A., au 65ème anniversaire de l'Assuré,
 - . pour les garanties I.P.T., I.P.P. et I.T.T./I.T.P., au jour de la cessation d'activité professionnelle, au départ en retraite, à la mise en retraite / préretraite (sauf pour raisons médicales), et, au plus tard, au 65ème anniversaire de l'Assuré.
- en cas de cessation du paiement des primes conformément aux dispositions

du Code des Assurances,

- le jour où le contrat est résilié,
- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article L 113-8 du Code des Assurances),
- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès, P.T.I.A. ou d'I.P.T.

Article 12 Exclusions

12.1. - Exclusions communes à toutes les garanties

Aucune garantie n'est due pour les cas où le sinistre est la conséquence des faits suivants :

- **suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance.** Toutefois, dans le cas d'un prêt destiné à financer l'achat du logement principal de l'Assuré, le risque de suicide sera couvert dès la souscription dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R 132-5 du Code des Assurances),
- **fait volontaire du Bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie,**
- **accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide, ou à l'occasion de vols d'essai, vols sur prototypes, compétitions, démonstrations acrobatiques, tentatives de records,**
- **guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute,** sous réserve de la législation française particulière à intervenir sur l'assurance vie en temps de guerre,
- **participation de l'Assuré à tout mouvement populaire, rixe, crime, délit, acte de terrorisme, sauf cas de légitime défense,**
- **effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations, d'irradiations quand ils proviennent de la modification de structure du noyau de l'atome,**
- **affections ou accidents médicalement constatés à une date antérieure à celle de la prise d'effet des garanties.** Toutefois, les suites et conséquences des affections et accidents déclarés à l'Assureur sont garanties, **sauf si elles font l'objet d'une exclusion de garantie (figurant dans les Conditions Générales ou Particulières),**
- **accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(e), sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé à l'article R 234-1-1-2° du Code de la Route,**
- **usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.**

12.2. - Exclusions concernant les garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T./I.T.P. et I.P.P.

Outre les exclusions mentionnées à l'article 12.1., les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T./I.T.P. et I.P.P. :

Exclusions "rachetables" :

Les risques énumérés ci-après sont susceptibles d'être couverts, à tout moment, sur demande du Souscripteur, moyennant tarification adaptée, dans les conditions prévues aux Conditions Particulières ou dans l'avenant correspondant.

- **pratique des sports suivants :**
 - vols sur ailes volantes ou ULM, deltaplane, parapente,
 - parachutisme, canyoning, rafting, spéléologie,
 - sports de combat,
 - ski acrobatique, bobsleigh, ski hors piste pratiqué sur itinéraire inaccessible par les remontées mécaniques,
 - alpinisme, escalade et trekking en montagne au-delà de 5 000 m,
 - plongée sous-marine à plus de 20 m de profondeur.
- La garantie est acquise lorsque les sports ci-dessus sont pratiqués dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires.
- **pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat rémunéré,**
 - **compétitions sportives (y compris les entraînements/essais qui précèdent) nécessitant l'utilisation d'animaux, de véhicules (avec ou sans moteur) ou d'embarcations motorisées.**

Exclusions "non rachetables" :

Les risques énumérés ci-après ne peuvent en aucun cas être couverts.

- **Saut à l'élastique et base jump.**
- **Accidents, maladies, invalidités et infirmités :**
 - **résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,**
 - **résultant de traitements esthétiques,** sauf chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti.
- **Conséquences d'une tentative de suicide.**
- **Toutes pathologies de la colonne vertébrale ainsi que les affections para-vertébrales, leurs suites et conséquences,** sauf si la pathologie en question a une origine tumorale ou accidentelle constatée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, ou a entraîné une hospitalisation d'une durée supérieure à 7 jours continus en milieu spécialisé dans les 3 mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail, ou a nécessité une intervention

chirurgicale.

Cette exclusion ne s'applique pas aux risques P.T.I.A., I.P.T., I.T.T./I.T.P. et I.P.P. si l'option PLUS a été souscrite.

12.3. - Exclusions spécifiques aux garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P.

Outre les exclusions mentionnées aux articles 12.1. et 12.2., les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.P. :

- Cures thermales ou de désintoxication,
- Fibromyalgies et fatigues chroniques,
- Les maladies psychiques dont les syndromes de type anxio-dépressif, névrotique, psychotique, neuropsychique ou neuropsychiatrique, ainsi que leurs suites et conséquences sauf en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique d'une durée supérieure à 15 jours continus.

En ce qui concerne la garantie I.T.T., si l'hospitalisation d'une durée supérieure à 15 jours continus intervient dans les 3 mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail, la prise en charge débutera à l'expiration de la franchise ; si l'assuré est hospitalisé pour une durée supérieure à 15 jours continus après l'expiration de la franchise, la prise en charge commencera rétroactivement au 1er jour d'hospitalisation.

En ce qui concerne la garantie I.P.P., la prise en charge débutera le 1er jour d'hospitalisation, à condition que celle-ci soit postérieure à la constatation médicale de l'état d'I.P.P., et que sa durée soit supérieure à 15 jours continus.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'option PLUS a été souscrite.

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 122-26 du Code du Travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'I.T.T./I.T.P. susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus de la durée de franchise, que l'Assurée soit salariée ou non.

Article 13 Formalités

Les sommes dues au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) sont payables dans les 30 jours après la remise à Multi-Impact - 1 rue René Francart - BP 283 - 51687 Reims cedex 2, dans les délais requis, des pièces justificatives énumérées ci-après.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.

13.1. - En cas de Décès

Le Bénéficiaire ou les ayants-droit de l'Assuré doivent transmettre au Médecin Conseil de l'Assureur dès qu'ils ont connaissance du Décès de l'Assuré :

- une copie intégrale de l'acte de Décès de l'Assuré,
- le formulaire de déclaration "Décès" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
- le cas échéant, les coordonnées de l'autorité de Police ou de Gendarmerie ayant dressé un Procès Verbal,
- le tableau d'amortissement au jour du décès avec une attestation de l'organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) prêt(s).

L'Assuré reconnaît à l'Assureur le droit de subordonner le paiement des prestations contractuellement prévues à la remise de l'ensemble des pièces requises, par toute personne s'en prévalant (Bénéficiaire ou ayants droit).

Le refus de ces derniers de fournir les documents réclamés par l'Assureur sera considéré comme une renonciation au bénéfice de l'assurance.

13.2. - En cas de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P.

À compter de la date de consolidation de son état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P., et au plus tard dans un délai de 3 mois, l'Assuré ou son mandataire dûment habilité doit remettre au Médecin Conseil de l'Assureur :

- le formulaire de déclaration "Invalidité" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale, ou par le régime équivalent, pour les assurés non assujettis à la Sécurité Sociale,
- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
- le cas échéant, les coordonnées de l'autorité de Police ou de Gendarmerie ayant dressé un Procès Verbal,
- le tableau d'amortissement et une attestation de l'organisme prêteur précisant : la valeur du capital restant dû sur le(s) prêt(s) à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A. ou d'I.P.T., le montant de l'échéance du (des) prêt(s) à la date de consolidation de l'I.P.P.

Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur l'état d'invalidité de l'Assuré, la reconnaissance de cet état par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, en raison du préjudice lié à l'impossibilité pour l'Assureur de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de sinistre, la date de reconnaissance de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P. sera fixée au jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

13.3. - En cas d'I.T.T./I.T.P.

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration immédiate à l'Assureur et au plus tard, dans un délai maximum de 30 jours à compter du terme de la franchise applicable.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, en raison du préjudice lié à l'impossibilité pour l'Assureur de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de sinistre, la période de franchise commencera à courir le jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

L'Assuré doit remettre au Médecin Conseil de l'Assureur :

- l'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- le formulaire de déclaration "Incapacité Temporaire et Totale de travail" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
- le cas échéant, les coordonnées de l'autorité de Police ou de Gendarmerie ayant dressé un Procès Verbal,
- le tableau d'amortissement actualisé et définitif indiquant le montant de l'échéance du (des) prêt(s) à la date de l'arrêt de travail,
- les décomptes d'indemnités journalières perçues, lorsque l'Assuré est assuré social.

Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'avis du médecin traitant de l'Assuré ne liant pas le Médecin Conseil de l'Assureur.

En cas de reprise partielle d'une activité professionnelle par l'Assuré dans le cadre du mi-temps thérapeutique (I.T.P.), l'Assuré devra fournir à l'Assureur la prescription médicale du Médecin traitant, et continuer à adresser les décomptes d'indemnités journalières perçues, ainsi que toute autre information ou pièce justificative complémentaire qui serait réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Article 14 Contrôle de l'état de santé de l'Assuré

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour prendre une décision sur la demande de prise en charge.

Sauf cas de force majeure, le refus du libre accès auprès de l'Assuré des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la déchéance du droit aux prestations.

Article 15 Calcul des primes

15.1. - Tarification

La tarification est effectuée à partir des informations figurant sur la Proposition d'Assurance, et indiquée sur les Conditions Particulières ou ses avenants éventuels.

Elle tient compte notamment :

- des garanties souscrites,
- de l'âge atteint par l'Assuré, calculé par différence de millésimes,
- du montant du capital restant dû à l'Organisme Prêteur multiplié par la quotité assurée, tel que précisé aux Conditions Particulières et aux avenants éventuels successifs qui y sont attachés,
- le cas échéant, du capital initial emprunté, du montant total des loyers et de la valeur résiduelle Hors Taxes prévue au contrat de crédit-bail.

15.2. - Montant et fractionnement des primes

Le Souscripteur a le choix entre des primes :

- variables : dont le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du capital restant dû,
- constantes : dont le montant restera fixe pendant toute la durée du contrat. Le choix de la prime constante est réservé aux prêts amortissables, à mensualités constantes, avec éventuellement un différé d'amortissement maximum de 24 mois, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts par paliers.

Le choix, effectué à la souscription, est irrévocable jusqu'au terme du contrat. Les primes peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. Le fractionnement ne donne lieu à aucun frais supplémentaire.

Article 16 Frais divers

L'émission d'un avenant occasionne des frais d'un montant de 15 €, à régler par le Souscripteur.

Article 17 Défaut de paiement

À défaut de paiement d'une prime ou fraction de prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de son dû. Cette lettre recommandée indique, conformément aux dispositions du Code des Assurances, que si 40 jours après son envoi, l'arriéré de primes n'est pas régularisé, le contrat sera résilié. L'Organisme Prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la prime.

Article 18 Résiliation

A tout moment, le Souscripteur peut résilier son contrat en adressant, à Multi-Impact - 1 rue René Francart - BP 283 - 51687 Reims cedex 2, une lettre recommandée accompagnée de la copie recto-verso d'une pièce d'identité.

Les garanties prendront fin à la date demandée par le Souscripteur, et au plus tôt, à la date d'envoi de la lettre recommandée du Souscripteur.

L'accord préalable de l'Organisme Prêteur est nécessaire s'il est bénéficiaire du contrat, ou s'il bénéficie d'une cession en garantie (mise en gage, nantissement, convention séquestre,...) faisant l'objet d'un avenant au contrat, ou dûment notifiée à l'Assureur.

Article 19 Langue – Loi applicable – Médiation – Autorité de contrôle

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le contrat sont régis par le droit français.

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Toute réclamation concernant le contrat doit être envoyée à Multi-Impact - 1 rue René Francart - BP 283 - 51687 Reims cedex 2. En cas de désaccord et si toutes les voies de recours amiable ont été épuisées, l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance peut être sollicité. Les conditions d'accès à ce Médiateur sont disponibles sur simple demande auprès de l'Assureur.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Article 20 Information du Souscripteur

Afin de vérifier que ses garanties sont toujours adaptées aux caractéristiques du financement accordé par l'Organisme Prêteur, le Souscripteur peut, à tout moment, obtenir auprès de l'Assureur, une information qui indiquera notamment le montant du capital assuré et la nouvelle prime annuelle y afférents.

Article 21 Faculté de renonciation

Sous réserve de l'accord du prêteur, si ce dernier est désigné -directement ou indirectement- bénéficiaire, le Souscripteur peut renoncer au contrat et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent la date de conclusion du contrat, telle que définie à l'article 6, il adresse à Multi-Impact - 1 rue René Francart - BP 283 - 51687 Reims cedex 2, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon contrat n° _____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre. Signature".

Article 22 Arbitrage

Lorsqu'il y a mise en jeu des garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T./I.T.P. ou I.P.P., l'Assureur peut mandater un médecin. L'Assuré a également la faculté de se faire assister par l'autorité médicale de son choix.

En cas de contestation, le litige est soumis à un contre-expert désigné par l'Assuré qui supporte les frais de cette expertise.

Si le litige ne peut être réglé de cette manière, il est fait appel à un tiers expert agréé par les deux parties (ou en cas de désaccord de celles-ci, par le Président du Tribunal de Grande Instance du Siège de l'Assureur) qui tranche souverainement. Les frais de cette expertise sont partagés.

Article 23 Prescription

Le délai de prescription est la période au-delà de laquelle aucune action n'est plus opposable.

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

1°/ En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

Cette durée est portée à 10 ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 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 peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Souscripteur ou le Bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

Article 24 Informatique et Libertés

Le Souscripteur et l'Assuré ont reconnu être informés que les réponses aux questions qui leur étaient posées feraient l'objet d'un traitement informatique, dont le responsable est Multi-Impact. Ces données sont aussi destinées à AFI ESCA, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi qu'aux organismes dont l'intervention est indispensable pour l'enregistrement de la demande de souscription et la gestion du contrat, ainsi que, le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, le Souscripteur et l'Assuré bénéficient d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations les concernant, qu'ils peuvent exercer en s'adressant à Multi-Impact, 1 rue René Francart - BP 283 - 51687 Reims Cedex 2. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données.

Article 25 Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge du Souscripteur.

Pérérim est un contrat individuel d'assurance sur la vie, distribué par MEILLEURTAUX SAS, Courtier en assurances, au capital social de 1 000 000 € - RCS Nanterre n° 424 264 281 - Siège social : 19/29 Rue du Capitaine Guynemer 92903 Paris la Défense cedex - ORIAS n° 07 022 955 (www.orias.fr).

L'organisme assureur du présent contrat est AFI ESCA, Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation - Siège Social : 2, quai Kleber 67000 Strasbourg, entreprise régie par le code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. L'organisme gestionnaire du contrat est, par délégation de l'organisme assureur, MULTI IMPACT, SARL de Courtage au capital de 54 852 € - 1 rue René Francart 51110 Reims - RCS Reims 402 502 108 - ORIAS n° 07 004 884.

En conséquence, dans le présent document, "l'Assureur" désigne l'organisme gestionnaire pour tous les actes relevant du champ de sa délégation.

