



Notice d'information



**Contrat d'assurance collective emprunteurs n° 26.959
souscrit par l'Association Châteaudun - Le Peletier
auprès de QUATREM
Entreprise régie par le Code des Assurances
Société anonyme au capital de 380 426 249 euros
59-61 rue La Fayette – 75009 Paris
RCS PARIS 412.367.724**

Sommaire

DEFINITIONS	
1. OBJET DU CONTRAT	5
2. NATURE DES OPERATIONS DE CREDIT CONCERNEES	5
3. GARANTIES PROPOSEES	5
4. ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR	6
5. BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE	6
6. PERSONNES ADMISSIBLES	7
7. FORMALITES D'ADHESION	7
8. GARANTIES ET OPTIONS PROPOSEES PAR LE CONTRAT	8
8.1. La garantie Décès	8
8.2. La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	9
8.3. Les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité	10
8.4. L'option «ITT sans profession 100%»	13
8.5. L'option «Extenso Plus»	14
8.6. L'option «AERAS pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés»	14
9. RISQUES EXCLUS	15
9.1. Exclusions non rachetables	15
9.2. Exclusions rachetables	16
10. DUREE DE L'ADHESION	17
11. DUREE DES GARANTIES	18
12. CHANGEMENTS EN COURS D'ADHESION	18
13. COTISATIONS	19
13.1. Détermination du montant des cotisations	19
13.2. Paiement des cotisations	19
13.3. Défaut de paiement des cotisations	19
13.4. Exonération des cotisations	20
14. ETENDUE TERRITORIALE	20
15. ASSURANCES CUMULATIVES	20
16. CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE	20
17. BASES LEGALES	21
17.1. Faculté de renonciation	21
17.2. Loi "Informatique et Libertés"	22
17.3. Réclamations – Médiation	22
17.4. Prescription	22
17.5. Incontestabilité	23
17.6. Législation	23
18. DEMARCHE A SUIVRE EN CAS DE SINISTRE	24
18.1. En cas de Décès	24
18.2. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	24
18.3. En cas d'Incapacité Temporaire Totale	24
18.4. En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle	25

DEFINITIONS

Le lexique ci-dessous est à votre disposition pour une parfaite compréhension des termes techniques utilisés.

La première lettre de chacun de ces termes ou expressions sera toujours écrite avec une majuscule dans le texte de la notice d'information.

- **Accident** : toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombo-sciatalgies, les attaques et les hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des accidents.
- **Adhérent** : personne physique ou morale, ayant souscrit un prêt ou un contrat de crédit-bail, qui accepte les termes du présent contrat et paie les cotisations. L'Assuré et l'Adhérent peuvent être la même personne.
- **Affection** : toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).
- **Age de l'Assuré** : S'agissant de l'âge limite pour l'adhésion et les formalités d'adhésion, l'âge de chaque Assuré est l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire). Pour le calcul des cotisations et la cessation des garanties, l'âge de chaque Assuré est calculé par différence entre l'année concernée et l'année de naissance (différence de millésimes).
- **Association Châteaudun - Le Peletier** : L' «Association Châteaudun - Le Peletier» est une association régie par la loi du 1er juillet 1901. Elle a pour activité principale l'examen des situations des salariés et non-salariés au regard des domaines prévoyance et retraite collectives, l'information des membres, la sélection, la souscription et le suivi des contrats. Ses statuts sont disponibles sur simple demande auprès de l'association au 59-61 rue La Fayette - 75009 Paris.
- **Assuré** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance. Si l'Assuré est Caution du prêt garanti, le droit aux prestations est subordonné à la mise en œuvre préalable du cautionnement suite à la défaillance de l'emprunteur.
- **Assureur** : désigne QUATREM.
- **Caution** : personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'emprunteur ou le co-emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.
- **Certificat Individuel d'Adhésion** : document contractuel confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise notamment la formule de garanties et l'option choisies, la personne assurée, le montant des cotisations prévisionnelles et, le cas échéant, les éventuelles exclusions et/ou surprimes.
- **Conjoint** : époux, épouse, personne liée à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité ou concubin (si expressément désigné par l'Assuré). La situation de concubinage notoire et permanente avec attestation du même domicile que l'Assuré est assimilée à la qualité de conjoint.
- **Conjoint collaborateur** : personne travaillant avec son conjoint et déclarée comme telle auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).
- **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.
- **Déchéance du terme** : désigne la sanction prononcée par l'Organisme Prêteur suite à un ou plusieurs incidents de paiement et qui se traduit par une exigibilité immédiate de la dette contractée.
- **Demande d'Adhésion** : document permettant au Proposant de formaliser sa demande d'adhésion au présent contrat.
- **Etat consolidé** : état médical reconnu compte tenu des connaissances scientifiques et médicales comme ne pouvant plus évoluer par traitement.
- **Franchise** : nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité au-delà duquel une indemnisation est possible. Pendant cette période, aucune prestation n'est due.
- **Fumeur** : personne physique consommant du tabac ou utilisant des cigarettes électroniques ou tout produit contenant de la nicotine (par exemple patches, gomme) même à titre occasionnel, ou en ayant consommé ou utilisé au cours des 24 derniers mois, ou ayant arrêté de fumer depuis plus de 24 mois sur demande expresse du corps médical.
- **Maladie** : toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.
- **Organisme Prêteur** : désigne la banque ou l'organisme financier ayant consenti la ou les opérations de crédit qui font l'objet des garanties accordées par l'Assureur.
- **Proposant** : le postulant à l'adhésion, personne physique ou morale, qui formule une demande d'adhésion au présent contrat.

■ **Quotité garantie** : correspond à l'engagement de l'Assureur exprimé en pourcentage du capital restant dû pour les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, en pourcentage de l'échéance du prêt ou du loyer du contrat de crédit-bail pour les risques Incapacité Temporaire Totale et Invalidité. Elle est choisie pour chaque Assuré au moment de l'adhésion. Elle doit être inférieure ou égale à 100% et identique pour toutes les garanties reposant sur un même Assuré.

■ **Sinistre** : réalisation de l'événement couvert par l'adhésion et susceptible d'entraîner la garantie de l'Assureur.

■ **Vente à distance** : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

■ **GESTIONNAIRE** : MAGNOLIA WEB ASSURANCES

62 quai Gaston Boulet – Immeuble le Conquérant – 76000 ROUEN

chargé de la gestion partielle des adhésions et du recouvrement des cotisations.

■ **LIBELLE DES GARANTIES**

Pack CONFORT : correspond à la FORMULE 2 de garanties, telle que définie au chapitre 3. «GARANTIES PROPOSEES», pour une Franchise de 90 jours.

Extenso AERAS Conso : option définie au paragraphe 8.6. «L'option «AERAS pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés »».

Extenso Plus : option définie au paragraphe 8.5. «L'option «Extenso Plus»».

Extenso Sport : option correspondant au rachat de l'exclusion d'un sport à risque. Les sports, pratiqués à titre d'amateur non rémunéré, exclus des garanties et pouvant faire l'objet d'un rachat d'exclusion sont énumérés au paragraphe 9.2.1. «Exclusions rachetables dans le cadre de l'option «Extenso Sport»».

1. OBJET DU CONTRAT

FIRST emprunteur est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'Association Châteaudun - Le Peletier au profit de ses membres auprès de QUATREM et ayant pour objet le paiement, en cas de Sinistre sur la personne assurée, de tout ou partie des sommes dues par l'**emprunteur**, le **co-emprunteur** ou la **Caution** à l'**Organisme Prêteur** au titre d'un prêt tel que défini au chapitre 2. « NATURE DES OPERATIONS DE CREDIT CONCERNEES ».

Il permet aux emprunteurs, aux co-emprunteurs et aux Cautions de s'assurer contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle en fonction du choix effectué à l'adhésion.

Seules sont accordées les garanties mentionnées sur le Certificat Individuel d'Adhésion.

2. NATURE DES OPERATIONS DE CREDIT CONCERNEES

L'assurance concerne les opérations de crédit réalisées en euros et consenties par des établissements de crédit français ou par des succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un état membre de l'Union Européenne.

Les opérations de crédit couvertes sont :

- LES PRETS AMORTISSABLES à taux fixe ou variable, avec ou sans différé d'amortissement, immobiliers, professionnels, personnels ou à la consommation,
- LES PRETS RELAIS,
- LES PRETS IN FINE avec ou sans report d'intérêts, immobiliers ou professionnels,
- LES CONTRATS DE CREDIT-BAIL.

La durée de ces opérations de crédit ne doit pas excéder :

- **360 mois**, différé d'amortissement inclus, pour les prêts amortissables à taux fixe ou variable, le différé d'amortissement maximum étant de 36 mois,
- **180 mois** pour les prêts in fine,
- **24 mois** pour les **prêts relais** avec une dérogation possible jusqu'à 36 mois en cours de prêt.

Pour les prêts personnels et les prêts à la consommation, le capital emprunté doit être compris entre 10 000 euros et 75 000 euros.

3. GARANTIES PROPOSEES

Les formules de garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

FORMULE 1

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE.

FORMULE 2

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE,
- INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITE PERMANENTE TOTALE.

FORMULE 3

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE,
- INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITE PERMANENTE TOTALE,
- INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE.

FORMULE 4

- DECES seul.

Les options qui peuvent être souscrites sont :

- pour les **FORMULES 2 et 3** :
 - l'option «**ITT sans profession 100%**»,
 - l'option «**Extenso Plus**»,
- pour la **FORMULE 4** : l'option «**AERAS pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés**»,
- pour **toutes les FORMULES** : l'option «**Extenso Sport** ».

Les FORMULES 2 et 3 ne peuvent pas être souscrites pour les prêts relais, les prêts in fine avec report d'intérêts et les prêts à la consommation.

Les formules de garanties et les options sont choisies au moment de l'adhésion. Le choix des formules de garanties et des options, à l'exception de l'option «Extenso Sport», est irrévocable. Seule l'option «Extenso Sport» peut être demandée en cours d'adhésion.

4. ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR

L'engagement de l'Assureur dépend de la Quotité garantie.

Il ne peut en aucun cas excéder :

- **pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, 5 000 000 d'euros par Assuré, pour l'ensemble des opérations de crédit garanties au titre du présent contrat.**
Pour un Assuré âgé de 65 ans ou plus au moment de la demande d'adhésion, ce montant est ramené à 500 000 euros.
Le montant maximum couvert s'apprécie au regard :
 - de la somme du capital emprunté et des intérêts pour les prêts in fine avec report des intérêts,
 - de la somme des loyers et de l'option de rachat ou de la valeur résiduelle pour les contrats de crédit-bail.
- **pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité, 16 000 euros par mois et par Assuré, pour l'ensemble des opérations de crédit garanties au titre du présent contrat.**

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

5. BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéfice de l'assurance est attribué à l'**Organisme Prêteur** à concurrence des sommes qui lui sont dues. L'**Organisme Prêteur** accepte le bénéfice de l'assurance par la signature du Certificat Individuel d'Adhésion.

Pour les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur sauf accord spécifique de ce dernier ou clause séquestre.

Pour les risques Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur ou, sous réserve d'une autorisation préalable de l'Organisme Prêteur :

- à l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique,
- à l'Adhérent lorsque l'Adhérent est une personne morale.

6. PERSONNES ADMISSIBLES

S'agissant de l'Adhérent et de l'Assuré, sont admissibles :

- les personnes physiques ou morales qui résident ou dont le siège se situe en France métropolitaine, à Monaco ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer français suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe,
- les personnes physiques résidant dans l'Union Européenne mais hors des territoires cités ci-dessus et qui souscrivent un prêt afin d'acquérir ou de financer des travaux pour un bien immobilier situé en France métropolitaine, à Monaco ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer français suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe, sachant que seule la **FORMULE 4** peut leur être accordée au titre de cette opération,

sous réserve que le prêt ou le contrat de crédit-bail soit :

- souscrit auprès d'un Organisme Prêteur situé en France,
- libellé en euros,
- rédigé en français.

En outre, la personne à assurer doit être âgée de 18 ans ou plus et être âgée de moins de :

- **80 ans** pour la garantie Décès,
Cette limite est ramenée à **51 ans** lorsque l'option «AERAS pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés» est souscrite.
- **65 ans** pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Partielle,

lors de la demande d'adhésion.

Lorsque la personne à assurer est **âgée de 65 ans ou plus** au moment de la demande d'adhésion, **seule la FORMULE 4 peut lui être proposée**. Dans ce cas, le montant maximum assuré, qui correspond à l'ensemble des capitaux pris en charge par l'Assureur au titre du présent contrat, ne pourra pas excéder **500 000 euros**.

7. FORMALITES D'ADHESION

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS détaillées dans le dépliant remis par l'Organisme Prêteur. Ces informations sont également disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

Chaque personne admissible, telle que définie au chapitre 6. «PERSONNES ADMISSIBLES», doit remplir la Demande d'Adhésion et satisfaire aux formalités demandées. Celles-ci dépendent des montants garantis, de l'âge et de l'état de santé de la personne à assurer.

Après examen des pièces médicales et financières, l'Assureur peut :

- accorder l'assurance aux conditions normales,
- accorder l'assurance moyennant une cotisation majorée et/ou formuler le cas échéant des restrictions de garanties (refuser certaines garanties ou exclure de la couverture les suites et conséquences de certaines pathologies, augmenter la durée de Franchise initialement choisie),
- refuser l'admission de la personne à assurer.

Le premier déblocage des fonds dans le cadre de l'opération de crédit doit intervenir dans un délai de six mois à compter de la date d'envoi par le Gestionnaire du Certificat Individuel d'Adhésion. Si cette condition n'est pas remplie, l'Assuré devra satisfaire à nouveau aux formalités médicales.

En cas d'accord de l'Assureur assorti d'une majoration de la cotisation et/ou de restrictions de garanties, une lettre de notification qui précise les conditions particulières d'acceptation est adressée au Proposant. Celui-ci doit retourner la lettre de notification dûment datée et signée dans un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de notification. A défaut de respecter ce délai, la proposition est considérée comme refusée par le Proposant et l'adhésion est réputée ne jamais avoir pris effet.

L'Assureur rembourse sur la base des tarifs conventionnés et sur présentation des factures originales, les frais et honoraires résultant des formalités d'adhésion qu'il a demandées, dans les cas suivants :

- si l'adhésion est effective,
- si l'adhésion est refusée par l'Assureur,
- si l'adhésion est proposée sous conditions particulières (surprime, exclusions, restriction sur les garanties) par l'Assureur et que celles-ci sont refusées par le Proposant.

La personne à assurer n'est pas soumise aux formalités médicales lorsque l'option «AERAS pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés» est souscrite.

Déclaration fumeur / non-fumeur

Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs. Dans l'hypothèse où l'Adhérent souhaite bénéficier des tarifs non-fumeurs, la personne à assurer est tenue de satisfaire à la déclaration figurant sur la Demande d'Adhésion. Conformément à la grille de formalités médicales, annexée à la Demande d'Adhésion, un test de cotinine pourra également être demandé.

8. GARANTIES ET OPTIONS PROPOSÉES PAR LE CONTRAT

La Quotité garantie reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée aux prestations prévues ci-après, et dans la limite de l'engagement maximal de l'Assureur défini au chapitre 4. «ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR». Les prestations seront également limitées en fonction des conditions d'admissibilité telles que figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion.

8.1. La garantie Décès

L'assurance s'applique en cas de décès de l'Assuré sous réserve des exclusions prévues au chapitre 9. « RISQUES EXCLUS » sauf si elles devaient avoir fait l'objet d'un rachat.

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Organisme Prêteur **dans la limite de la Quotité garantie** :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRET AMORTISSABLE (Y COMPRIS DIFFERE D'AMORTISSEMENT MAXIMUM DE 36 MOIS)	le capital restant dû * ⁽¹⁾
PRET IN FINE ET PRET RELAIS	le capital emprunté* ⁽¹⁾
CONTRAT DE CREDIT- BAIL	la somme des loyers toutes taxes comprises restant à échoir majorée de l'option d'achat ou de la valeur résiduelle toutes taxes comprises ⁽²⁾

(*) Majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus à la date du décès.

(1) Le montant des prestations est évalué sur la base du tableau d'amortissement pris en compte pour l'établissement du Certificat Individuel d'Adhésion ou du dernier avenant entériné par l'Assureur.

(2) Le montant de la prestation ne peut être supérieur à celui pris en compte à la date de réalisation du risque pour le calcul des cotisations.

Les échéances de prêt ou les loyers impayés, les intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en charge.

La garantie Décès joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

Le versement du capital met fin à l'adhésion et ses garanties.

8.1.1. Décès intervenant avant le déblocage des fonds, mais postérieurement à la signature de l'offre de prêt

Sous réserve du paiement des cotisations d'assurance, en cas de décès de l'Assuré avant que les fonds ne soient débloqués (totalement ou partiellement) mais postérieurement d'une part à l'émission par l'Assureur du Certificat Individuel d'Adhésion et d'autre part à la signature de l'offre de prêt par l'Assuré, l'Adhésion au contrat produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure.

8.1.2. Cas particuliers des prêts à déblocages successifs

Pour les prêts à déblocages successifs des fonds, les prestations versées à l'Organisme Prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du décès. Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'Organisme Prêteur au jour du décès est, le cas échéant, versé :

- à l'Organisme Prêteur au fur et à mesure des déblocages successifs des fonds, dans la mesure où l'opération de crédit se poursuit sur décision du co-emprunteur ou des héritiers de l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique, de l'Adhérent lorsque celui-ci est une personne morale,
- sinon, après accord de l'Organisme Prêteur, aux héritiers de l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique, à l'Adhérent lorsque celui-ci est une personne morale.

8.2. La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

8.2.1. Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après consolidation de son état de santé, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant totalement et définitivement incapable de se livrer à un quelconque travail ou occupation lui procurant gain ou profit (Assuré présentant un taux d'incapacité égal à 100 %). En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer).

8.2.2. Préalable requis avant toute indemnisation

Avant toute rencontre avec le médecin expert de l'Assureur :

- **si l'Assuré est salarié et assujéti à la Sécurité sociale ou un organisme assimilé**, il doit être :
 - reconnu atteint d'une invalidité permanente d'un taux égal à 100 % par la Sécurité sociale, avec en outre, majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer), s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
 - classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3^{ème} catégorie, dans les autres cas.
- **si l'Assuré est non salarié ou non assujéti à la Sécurité sociale**, il doit :
 - s'il est affilié à un organisme social, être reconnu par cet organisme en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - s'il n'est pas affilié à un organisme social, faire établir un certificat médical attestant qu'il est atteint d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

8.2.3. Indemnisation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Lorsque l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie telle que définie au paragraphe 8.2.1. «Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie», l'Assureur effectue, **par anticipation**, le versement de la prestation prévue en cas de décès, **ce qui met fin à l'adhésion et ses garanties**. Le montant de la prestation est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

8.3. Les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité

8.3.1. Définition de l'Incapacité Temporaire Totale

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale par l'Assureur, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue, médicalement justifiée, **d'exercer son activité professionnelle ou, lorsqu'il est sans profession, que son état nécessite un repos complet, médicalement constaté, qui l'oblige temporairement à interrompre trois des quatre activités ordinaires de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer).**

Sont considérés comme exerçant une activité professionnelle la personne au chômage indemnisée par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé et le conjoint collaborateur.

L'état d'Incapacité Temporaire Totale cesse au jour de la reconnaissance d'une Invalidité quelle qu'elle soit.

8.3.2. Définition de l'Invalidité Permanente Totale

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale par l'Assureur, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant atteint d'un **taux d'incapacité au moins égal à 66%** et être dans l'impossibilité complète médicalement justifiée **d'exercer une quelconque activité professionnelle.**

8.3.3. Définition de la garantie Invalidité Permanente Partielle

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle par l'Assureur, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant atteint d'un **taux d'incapacité compris entre 33% et 66%.**

8.3.4. Préalable requis avant toute indemnisation au titre des garanties Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Avant toute rencontre avec le médecin expert de l'Assureur :

- **si l'Assuré est salarié et assujetti à la Sécurité sociale ou un organisme assimilé**, il doit être :
 - reconnu par la Sécurité sociale comme étant atteint d'une invalidité permanente avec un taux au moins égal à 66% pour une Invalidité Permanente Totale, compris entre 33% et 66% pour une Invalidité Permanente Partielle, s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
 - être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 1^{ère} ou 2^{ème} catégorie dans les autres cas.
- **si l'Assuré est non salarié ou non assujetti à la Sécurité sociale**, il doit :
 - s'il est affilié à un organisme social, être reconnu par cet organisme en état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle,
 - s'il n'est pas affilié à un organisme social, faire établir un certificat médical attestant qu'il est atteint d'une Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

Il est précisé que les pièces émanant de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ou de tout autre organisme professionnel ne permettent pas de justifier d'un état d'Invalidité.

8.3.5. Appréciation du taux d'incapacité contractuel pour les garanties Invalidité Permanente Totale et Partielle

Le taux d'incapacité est apprécié en fonction de l'incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et de l'incapacité professionnelle. L'incapacité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, d'après le guide-barème concours médical en vigueur au jour du Sinistre. L'incapacité professionnelle est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes. Le tableau figurant ci-après, indiquant les divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle, est un extrait de celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC).

TAUX D'INCAPACITE : (1) fonctionnelle, (2) professionnelle									
(1)	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(2)									
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	92,22	100,00

Pour un Assuré sans profession, tel que défini au paragraphe 8.3.1. «Définition de l'Incapacité Temporaire Totale», le jour où survient le Sinistre qui ouvre droit à indemnisation, c'est le taux d'incapacité fonctionnelle fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA) qui est pris en compte pour la détermination du taux d'incapacité.

8.3.6. Indemnisation en cas d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité

Les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité s'exercent à condition que l'état de santé de l'Assuré n'ait pas déjà entraîné sa reconnaissance en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les prestations sont dues à l'expiration du délai de Franchise. La Franchise peut être de 30, 60, 90 ou 180 jours. Pour l'option «ITT sans profession 100%», le choix de la franchise se limite à 90 ou 180 jours.

L'indemnisation interviendra à l'expiration du délai de franchise et au plus tôt le premier jour d'hospitalisation ou de l'intervention chirurgicale concernant les affections rachidienne, discale ou vertébrale, les lombalgies, les sciatiques, les hernies discales, les dorsalgies, les cervicalgies, les sacro-coxalgies, les troubles d'origine psychique, les troubles psychiatriques, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les dépressions, les troubles obsessionnels compulsifs, les psychoses aiguës ou chroniques, les troubles graves de la personnalité et les troubles du comportement alimentaire.

Si l'Assuré est atteint d'une Incapacité Temporaire Totale ou d'une Invalidité d'une durée continue supérieure à la Franchise choisie, l'Assureur verse au Bénéficiaire désigné au moment du Sinistre, conformément aux dispositions du chapitre 5. «BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE», des prestations égales aux montants de base définis ci-dessous multipliés par la Quotité garantie :

▪ **En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale**

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DE BASE DES PRESTATIONS
PRET AMORTISSABLE	Pendant le différé d'amortissement 100% ^(*) des échéances d'intérêts Pendant la phase d'amortissement 100% ^(*) des échéances du prêt
PRET IN FINE SANS REPORT D'INTERETS	100% ^(*) des échéances d'intérêts à l'exclusion du montant principal dû lors de la dernière échéance
CONTRAT DE CREDIT-BAIL	100% des loyers toutes taxes comprises à l'exclusion de l'option d'achat ou de la valeur résiduelle

(*) Pour un Assuré sans profession, tel que défini au paragraphe 8.3.1. «Définition de l'Incapacité Temporaire Totale», le jour où survient le Sinistre qui ouvre droit à indemnisation, le montant de base des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale est ramené à **50%**, **sauf si l'option « ITT sans profession 100% »** a été choisie lors de la demande d'adhésion et que la majoration de cotisations correspondante a bien été réglée.

Reprise du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique

En cas de reprise effective du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique sur prescription de son médecin traitant et avec l'accord de la Sécurité sociale ou de l'organisme social d'affiliation de l'Assuré lorsque celui-ci n'est pas assujéti à la Sécurité sociale, l'Assuré continuera de bénéficier pendant 180 jours maximum du versement des prestations, à hauteur de 50% du montant garanti sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins deux mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.

▪ **En cas d'Invalidité Permanente Partielle**

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DE BASE DES PRESTATIONS
PRET AMORTISSABLE	Pendant le différé d'amortissement 50% des échéances d'intérêts Pendant la phase d'amortissement 50 % des échéances du prêt
PRÊT IN FINE SANS REPORT D'INTERETS	50% des échéances d'intérêts à l'exclusion du montant principal dû lors de la dernière échéance
CONTRAT DE CREDIT-BAIL	50% des loyers toutes taxes comprises dus à l'exclusion de l'option d'achat ou de la valeur résiduelle

Les prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité sont calculées à compter de l'expiration du délai de Franchise au prorata du nombre de jours à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours) et sont réglées au plus tôt à l'échéance de prêt concernée.

Les retards de paiement d'échéances de prêt ou de loyers, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ne sont en aucun cas pris en charge.

En cas de modification à la hausse des échéances ou loyers du fait de l'Assuré pendant son Incapacité Temporaire Totale ou son Invalidité ou dans les six mois qui précèdent celles-ci, l'indemnisation de l'Assureur s'effectuera sur le montant de l'échéance précédant cette modification.

Les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis plus de 6 mois par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné, et tant que la Caution reste appelée en garantie.

8.3.7. Rechute

Lorsque l'Assuré reprend son activité à temps complet après un Sinistre lui ayant ouvert droit à indemnisation et qu'il rechute du fait de la même affection dans les 60 jours, la période indemnisée et celle consécutive à ladite rechute sont considérées comme une seule et même période. Aucun délai de Franchise n'est de nouveau appliqué. Si la rechute intervient au-delà des 60 jours, elle est considérée comme un nouveau Sinistre. Dans ce cas, un nouveau délai de Franchise identique à celui choisi à l'adhésion par l'Assuré s'applique.

8.3.8. Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale ou l'Invalidité de l'Assuré, sans pouvoir excéder les dates limites fixées au paragraphe 11.3. «Fin des garanties».

Il cesse également d'être dû pour l'ensemble des garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité en cas :

- **de non-renouvellement des pièces justificatives (les prestations sont considérées comme prenant fin à la date figurant sur le dernier justificatif ou avis de prolongation),**
- **de situation rendant impossible l'exercice du contrôle médical (par exemple en cas de changement d'adresse non notifié à l'Assureur et à l'Organisme Prêteur),**
- **de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure),**
- **de reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ouvrant droit, par anticipation, au versement unique prévu pour la garantie Décès.**

En outre, s'agissant de :

- **la garantie Incapacité Temporaire Totale, le service des prestations cesse également en cas de reprise d'une quelconque activité professionnelle même partielle (sauf en cas de mi-temps thérapeutique) ou lorsque l'Assuré qui est sans profession peut exercer au moins deux des quatre activités ordinaires de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer),**
- **la garantie Invalidité Permanente Totale, le service des prestations cesse également :**
 - **si, à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré, son taux d'invalidité devient inférieur à 66%,**
 - **en cas de reprise d'une quelconque activité professionnelle même partielle,**
- **la garantie Invalidité Permanente Partielle, le service des prestations cesse également :**
 - **si, à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré, son taux d'invalidité devient inférieur à 33%,**
 - **en cas d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale.**

8.4. L'option «ITT sans profession 100%»

Cette option peut être souscrite en complément des FORMULES 2 et 3. Elle s'adresse aux personnes sans profession au moment de l'adhésion telles que définies au paragraphe 8.3.1. «Définition de l'Incapacité Temporaire Totale».

Si cette option est souscrite et dès lors que la majoration de cotisations correspondante a bien été réglée, les prestations dues en cas d'Incapacité Temporaire Totale pour un Assuré sans profession sont toujours égales aux montants des prestations tels que définis au paragraphe 8.3.6. «Indemnisation en cas d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité» pour le cas où l'Assuré exerce une activité professionnelle au moment du Sinistre.

8.5. L'option «Extenso Plus»

Cette option peut être souscrite en complément des FORMULES 2 et 3. Elle a pour objet le rachat, moyennant une tarification spéciale, des affections exclues des garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité listées au paragraphe 9.2.2. «Exclusions rachetables dans le cadre de l'option «Extenso Plus»».

Lorsque cette option est souscrite, l'Assureur prend en charge, comme prévu au paragraphe 8.3. «Les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité», les suites et conséquences des affections suivantes :

- la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique,
- les troubles d'origine psychique, les troubles psychiatriques, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les dépressions, les troubles obsessionnels compulsifs, les psychoses aiguës ou chroniques, les troubles graves de la personnalité et les troubles du comportement alimentaire dont l'affection causale ne justifie pas une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus,
- les affections rachidiennes, discales ou vertébrales, les lombalgies, les sciatiques, les hernies discales, les dorsalgies, les cervicalgies, les sacro-coxalgies, quelle qu'en soit la cause ou l'origine qui n'ont pas nécessité une intervention chirurgicale.

8.6. L'option «AERAS pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés»

Cette option est une variante de la FORMULE 4. Elle est proposée conformément aux dispositions de la Convention AERAS.

Elle concerne les seuls **prêts à la consommation affectés** régis par les articles L. 311-30 à L. 311-41 du Code de la consommation (prêts pour lesquels l'offre mentionne le bien ou la prestation de services financés) **ou dédiés** à l'achat d'un bien précis.

Elle peut être souscrite sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- le montant cumulé des prêts susmentionnés ne dépasse pas **17 000 euros**,
- la durée du prêt est inférieure ou égale à **4 ans**,
- la personne à assurer est âgée de **50 ans au plus** au jour de l'adhésion,
- la personne à assurer déclare **sur l'honneur ne pas cumuler de prêts à la consommation affectés ou dédiés au-delà du plafond susmentionné.**

L'option consiste en une garantie Décès accordée sans formalités médicales.

En cas de décès, le paiement du capital s'effectue dans les conditions prévues au paragraphe 8.1. «La garantie Décès». La Quotité garantie est fixée d'office à 100%.

L'engagement de l'Assureur, égal au capital restant dû majoré des intérêts courus et non échus au jour du décès, est limité à **17.000 euros** au titre de l'ensemble des prêts à la consommation affectés ou dédiés contractés par l'Assuré.

La garantie cesse en tout état de cause au 55^{eme} anniversaire de l'Assuré.

9. RISQUES EXCLUS

9.1. Exclusions non rachetables

9.1.1. Exclusions non rachetables applicables à toutes les garanties

L'ensemble des événements ci-après, leurs suites, conséquences et récidives sont exclus :

- la guerre civile ou étrangère, déclarée ou non, quels que soient le lieu où se déroulent ces événements et les protagonistes,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causées par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,
- la manipulation par l'Assuré d'armes ou d'explosifs dont la détention est interdite ou de produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs ou inflammables hors produits domestiques) ou d'engins de guerre,
- la participation de l'Assuré à tout duel, rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, émeute ou mouvement populaire, délit ou acte criminel (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger),
- la participation à titre amateur et/ou professionnel à des compétitions, matchs ou paris comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur, à des tentatives de records, à des essais préparatoires ou de réception d'un engin motorisé ou non, à des acrobaties, à de la voltige ou du raid,
- les accidents de navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouve à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet de pilote ou possédant un brevet ou une licence périmés ou ne correspondant pas au type d'appareil utilisé,
- la pratique de tout sport à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré ou indemnisé (entraînements, épreuves),
- la pratique par l'Assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive en France.

9.1.2. Exclusions non rachetables applicables au Décès

En sus des exclusions énumérées au paragraphe 9.1.1. «Exclusions non rachetables applicables à toutes les garanties», le suicide de l'Assuré est garanti à compter de la deuxième année d'assurance et, en cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le suicide est couvert pour les garanties supplémentaires à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation.

Si le prêt garanti par la présente adhésion a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la prise d'effet des garanties, dans la limite du plafond fixé par la réglementation en vigueur (article L. 132-7 du Code des Assurances issu de la loi n° 2001- 1135 du 3 Décembre 2001).

9.1.3. Exclusions non rachetables applicables à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En sus des exclusions énumérées au paragraphe 9.1.1. «Exclusions non rachetables applicables à toutes les garanties», sont exclues les Pertes Totales et Irréversibles d'Autonomie qui résultent des suites et conséquences de maladies, de tentatives de suicide ou de blessures :

- relevant du fait intentionnel de l'Assuré ou de toute personne à qui l'assurance profiterait directement ou indirectement,
- préexistantes ou résultant de l'aggravation d'un état préexistant à l'admission, sauf si celles-ci ont été déclarées par le Proposant et non exclues par l'Assureur lors de l'acceptation de l'adhésion.

9.1.4. Exclusions non rachetables applicables aux garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité

Outre les exclusions prévues pour toutes les garanties et celles spécifiques à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et récurrences sont exclus :

- les accidents, maladies, invalidités ou infirmités dont la première constatation médicale se situe à une date antérieure à la date d'effet de la garantie sauf s'ils ont été déclarés et non exclus par l'Assureur lors de l'acceptation de l'adhésion,
- les accidents de la circulation causés par l'Assuré en état d'ivresse caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur, égal ou supérieur à celui fixé par les dispositions du Code de la route en vigueur au moment du Sinistre,
- l'alcoolisme de l'Assuré, l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non prescrits médicalement,
- les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une Maladie ou d'un Accident couvert par l'adhésion,
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une Maladie ou un Accident garantis par l'adhésion,
- les congés légaux de maternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale que l'Assuré soit salarié ou non.

9.2. Exclusions rachetables

Les exclusions ci-dessous s'appliquent dans tous les cas sauf si leur rachat a été demandé au moment de l'adhésion et sous réserve de l'accord de l'Assureur et du paiement des cotisations complémentaires correspondantes.

9.2.1. Exclusions rachetables dans le cadre de l'option «Extenso Sport»

Le rachat des exclusions d'activités sportives peut également être demandé en cours d'adhésion. Cette demande doit être faite par l'envoi au Gestionnaire d'une lettre recommandée avec avis de réception. Dans les 10 jours qui suivront la réception de la demande, le Gestionnaire adressera à l'Adhérent une proposition tarifaire. L'Adhérent pourra soit accepter la proposition et être couvert pour ces nouvelles activités, soit refuser la proposition et conserver sa couverture initiale.

▪ Exclusions rachetables pour l'ensemble des garanties

Sont rachetables les exclusions suivantes liées aux suites et conséquences :

- de la participation à des compétitions hippiques ou d'équitation,
- de la pratique de la spéléologie,
- de la pratique de sports aériens (parachutisme, parapente, deltaplane, U.L.M., vol à voile),
- de la pratique de sports de montagne (alpinisme, escalade),
- de la randonnée en montagne au-delà de 3 000 mètres,
- de la pratique de la voile à plus de 20 milles des côtes,
- de la pratique des sports nautiques suivants : plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur, navigation hauturière en solitaire,
- de la pratique des sports de neige suivants : bobsleigh, combiné nordique, saut à ski, skeleton, ski alpin hors piste ou surf hors piste, skiathlon (Les conséquences de la pratique sur piste du ski alpin, du ski de fond, du monoski et du surf sont couvertes),
- de la pratique régulière d'activités sportives utilisant un engin à moteur (automobile, motocyclisme, motonautisme, jet-ski, scooter des mers, motoneige),
- de la pratique par l'Assuré des sports de combat.

Toutefois, les conséquences de la pratique encadrée lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte de ces sports aériens, de montagne, nautiques, de neige et d'activités sportives utilisant un engin à moteur sont toujours couvertes.

- **Exclusions rachetables pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité**
- Outre les exclusions rachetables pour l'ensemble des garanties, sont également rachetables pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité les exclusions liées aux suites et conséquences de la pratique des sports suivants :
- les sports nautiques : surf en compétition, canyoning, hydrospeed, kayak de mer, rafting,
 - les sports de neige: hockey sur glace, luge en compétition, ski artistique.

Toutefois, les conséquences de la pratique encadrée lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte des sports nautiques et de neige énumérés ci-dessus sont toujours couvertes.

9.2.2. Exclusions rachetables dans le cadre de l'option «Extenso Plus»

Sont rachetables pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité les exclusions liées aux suites et conséquences des affections suivantes :

- la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique,
- les troubles d'origine psychique, les troubles psychiatriques, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les dépressions, les troubles obsessionnels compulsifs, les psychoses aiguës ou chroniques, les troubles graves de la personnalité et les troubles du comportement alimentaire dont l'affection causale ne justifie pas une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus,
- les affections rachidiennes, discales ou vertébrales, les lombalgies, les sciatiques, les hernies discales, les dorsalgies, les cervicalgies, les sacro-coxalgies, quelle qu'en soit la cause ou l'origine qui n'ont pas nécessité une intervention chirurgicale.

10. DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat prend effet à la date d'envoi du Certificat Individuel d'Adhésion.

L'adhésion est conclue pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

L'adhésion prend fin :

- **comme notifié sur le Certificat Individuel d'Adhésion,**
- **à l'échéance finale prévue à l'origine de l'opération de crédit concernée sauf accord de l'Assureur sur la modification de la durée,**
- **à la date à laquelle le paiement du solde du prêt devient exigible au profit de l'Organisme Prêteur en application du contrat de prêt,**
- **en cas de résiliation du prêt pour déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur,**
- **en cas de résiliation du contrat de crédit-bail,**
- **le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé ou de dirigeant de droit de l'entreprise adhérente,**
- **au décès de l'Assuré,**
- **à la date à laquelle cessent les engagements de l'emprunteur envers l'Organisme Prêteur c'est-à-dire :**
 - **au remboursement total et définitif de l'opération de crédit concernée que ce remboursement intervienne à l'échéance finale prévue à l'origine ou par anticipation,**
 - **à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par l'Assureur,**
- **au plus tard le 31 décembre qui suit le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré ou à son 55^{ème} anniversaire si l'option «AERAS pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés» est souscrite,**
- **au 31 décembre qui suit la demande de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent. L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur avant le 31 octobre de l'exercice concerné et après accord de l'Organisme Prêteur,**
- **en cas de non-paiement des cotisations.**

11. DUREE DES GARANTIES

11.1. Début des garanties

Une fois la demande d'adhésion acceptée conformément aux informations portées à la connaissance de l'Assureur et sous réserve du paiement par l'Adhérent de la première cotisation, les garanties prennent effet :

- **En cas de Vente à distance**, à la date de la signature de l'offre de prêt, de l'acte de cautionnement ou du contrat de crédit-bail et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu au paragraphe 17.1. «Faculté de renonciation» qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les garanties peuvent prendre effet à la date de la signature de l'offre de prêt, de l'acte de cautionnement ou du contrat de crédit-bail lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation à condition que l'Adhérent donne son accord écrit au Gestionnaire pour la mise en œuvre des garanties.

Ces dispositions propres à la Vente à distance ne s'appliquent pas aux prêts professionnels.

- **Dans les autres cas**, à la date de la signature de l'offre de prêt, de l'acte de cautionnement ou du contrat de crédit-bail et au plus tôt à la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat Individuel d'Adhésion.

Cette disposition s'applique aux prêts professionnels que le contrat d'assurance soit vendu à distance ou non.

En cas de refus du prêt ou du contrat de crédit-bail par l'Organisme Prêteur, les cotisations afférentes à la couverture de ce prêt et éventuellement perçues lors de l'adhésion, sont intégralement remboursées à l'exception des frais d'adhésion à l'Association Châteaudun – Le Peletier (frais dont le montant est indiqué sur la Demande d'Adhésion). L'adhésion au contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet pour ce prêt.

11.2. Maintien des conditions d'acceptation

A compter de la date d'envoi du Certificat Individuel d'Adhésion, l'Assureur s'engage, sous réserve :

- des dispositions prévues au chapitre 12. «CHANGEMENTS EN COURS D'ADHESION»,
- du paiement régulier des cotisations conformément à l'échéancier prévu,
- que le premier débloqué des fonds intervienne dans un délai de six mois à compter de la date d'envoi par le Gestionnaire du Certificat Individuel d'Adhésion,

à maintenir les conditions d'acceptation de l'adhésion notifiées sur le Certificat Individuel d'Adhésion pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale et Invalidité tant que l'adhésion au contrat sera en vigueur.

11.3. Fin des garanties

La cessation de l'adhésion définie au chapitre 10. «DUREE DE L'ADHESION» met fin à l'ensemble des garanties.

Pour ce qui concerne les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale et Invalidité, celles-ci cessent également le jour de la liquidation normale ou anticipée au profit de l'Assuré d'une pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif et au plus tard le 31 décembre qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

12. CHANGEMENTS EN COURS D'ADHESION

L'Adhérent est tenu d'informer le Gestionnaire par lettre recommandée avec avis de réception de toute modification du tableau d'amortissement dans un délai de 60 jours à compter de la date de prise d'effet de cette modification.

Il doit, dans les mêmes conditions, signaler au Gestionnaire toute modification des caractéristiques du prêt, du contrat de crédit-bail ou de l'acte de cautionnement qui ne relève pas du fonctionnement normal de l'opération de crédit.

L'Adhérent est autorisé à demander une modification de la Quotité garantie. En cas de diminution de la Quotité garantie, l'Adhérent devra envoyer au Gestionnaire un accord écrit de l'Organisme Prêteur. La modification prendra effet à la date de la prochaine échéance de prêt ou du prochain loyer suivant la date de réception par le Gestionnaire de l'accord écrit de l'Organisme Prêteur.

En cas d'augmentation de la Quotité garantie ou du risque couvert suite à une modification des caractéristiques de l'opération de crédit qui ne relève pas de son fonctionnement normal, l'Assureur se réserve le droit de renouveler les formalités médicales et, le cas échéant, de revoir les conditions d'acceptation et le tarif. Si le tarif est revu à la hausse et sous réserve de l'accord de l'Organisme Prêteur, l'Adhérent a la faculté de résilier son adhésion dans les 10 jours suivant sa notification par lettre recommandée adressée au Gestionnaire. Ce dernier adresse à l'Organisme Prêteur un courrier l'informant de la résiliation de ladite adhésion.

Toutefois, la couverture des risques est acquise, sans nouvelles formalités médicales, ni modifications des conditions d'acceptation, lorsque l'augmentation de la Quotité garantie est demandée dans le cadre d'une désolidarisation de l'emprunteur et du co-emprunteur suite à une procédure de séparation ou de divorce et que l'Assuré conserve la qualité d'emprunteur unique après accord de l'Organisme Prêteur.

L'Adhérent doit informer le Gestionnaire de tout changement de domicile, d'adresse postale et/ou électronique. A défaut, les courriers envoyés à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

13. COTISATIONS

13.1. Détermination du montant des cotisations

Les cotisations annuelles - tous frais et taxes compris – sont calculées sur le montant du capital restant dû et sont fixées en fonction de l'âge atteint de l'Assuré, de sa catégorie socioprofessionnelle, des garanties et des options souscrites ainsi que des éventuelles majorations liées aux formalités médicales et financières et/ou au rachat de certaines exclusions.

Pour les contrats de crédit-bail, les cotisations sont calculées sur le cumul des loyers toutes taxes comprises restant à échoir majoré, le cas échéant, de l'option d'achat ou de la valeur résiduelle toutes taxes comprises.

A l'adhésion, un tableau récapitulatif des cotisations annuelles prévisionnelles sera adressé à l'Adhérent.

Tout changement du taux des taxes, toute instauration de nouvelles impositions ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicables aux contrats emprunteurs entraîneront une modification du montant de la cotisation.

13.2. Paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement en fonction de la périodicité choisie lors de l'adhésion.

L'Adhérent est informé qu'il peut demander à régler les cotisations par chèque établi à l'ordre du Gestionnaire. La demande doit être adressée par écrit au Gestionnaire.

13.3. Défaut de paiement des cotisations

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées. Conformément à l'article L. 141-3 du Code des Assurances, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, le Gestionnaire adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer à l'Adhérent. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'adhésion au contrat se trouvera de plein droit résiliée. L'Organisme Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure de l'Adhérent pour non paiement des cotisations.

13.4. Exonération des cotisations

Dès lors que l'Assureur verse des prestations au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle, l'Adhérent bénéficie du remboursement des cotisations relatives à la garantie mise en jeu au prorata du nombre de jours indemnisés.

14. ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas 60 jours consécutifs ou 90 jours non consécutifs sur une période de 12 mois, sauf dérogation.

Les prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité ne peuvent être versées que pour les périodes d'incapacité ou d'invalidité constatées médicalement en France métropolitaine. Les frais éventuels de rapatriement sont à la charge de l'Assuré si celui-ci est à l'étranger au moment du Sinistre.

15. ASSURANCES CUMULATIVES

Conformément à l'article L. 121-4 du Code des Assurances, si l'Assuré est couvert par plusieurs assureurs pour une même opération de crédit, il doit donner à chaque assureur connaissance des autres assureurs et indiquer les quotités garanties par chaque assureur.

Conformément à l'article L. 121-1 du Code des Assurances, le montant total des indemnités versées à l'Assuré ne pourra pas dépasser l'échéance ou le loyer de l'opération de crédit en ce qui concerne les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité ou le capital restant dû majoré des intérêts courus et non échus à la date du Sinistre en ce qui concerne les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

16. CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale, d'un organisme assimilé ou de tout autre organisme social.

L'Assureur se réserve le droit de :

- contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis,
- provoquer une contre-visite à ses frais par l'un de ses médecins pour tout Assuré malade ou accidenté, en présence, le cas échéant et aux frais de l'Assuré, de son médecin traitant.

Les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de contrôler son état de santé, étant précisé qu'en cas de contrôle, le service des prestations est interrompu jusqu'à réception des conclusions des médecins.

En cas de refus de l'Assuré, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix jours ouvrés après réception de la mise en demeure par lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi), celle-ci reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si ce dernier maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le Sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin expert de l'Assureur, une procédure d'arbitrage médical peut être mise en place afin de trancher de façon définitive le différend et d'éviter le recours à une procédure judiciaire. Les deux médecins en désignent alors un troisième pour les départager dans le cadre d'un compromis d'arbitrage.

Faute par l'une des parties de désigner son médecin expert ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le Sinistre s'est produit ou du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur

simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, sont supportés par moitié par chacune des parties qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin arbitre.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans le cadre d'une procédure d'arbitrage, aucune action en justice ne peut être exercée par les parties tant que l'arbitre n'aura pas tranché le différend, sauf si le rapport de cet expert n'a pas été déposé dans les quarante jours à compter de sa saisine.

Si l'Assuré ne souhaite pas recourir à cette procédure d'arbitrage, il conserve bien entendu la possibilité de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

17. BASES LEGALES

FIRST emprunteur est un contrat régi par les articles L. 141-1 et suivants du Code des Assurances. Les risques sont garantis par QUATREM, société anonyme au capital de 380 426 249 euros - RCS PARIS 412.367.724 – Siège social : 59-61 rue La Fayette – 75009 Paris, entreprise régie par le Code des Assurances et contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudential (ACP) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

17.1. Faculté de renonciation

Cette faculté ne s'applique pas aux prêts professionnels.

▪ **En cas de Vente à distance**, conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des Assurances, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'adhésion dans un délai de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion formalisée par l'envoi du Certificat Individuel d'Adhésion.

Quatrem porte ce délai de renonciation de quatorze jours calendaires à 30 jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion formalisée par l'envoi du Certificat Individuel d'Adhésion.

▪ **Dans les autres cas**, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à l'adhésion dans un délai de 30 jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion formalisée par l'envoi du Certificat Individuel d'Adhésion.

Dans tous les cas, l'Adhérent doit signifier la renonciation au Gestionnaire par lettre recommandée avec accusé de réception et en adresser une copie par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Organisme Prêteur.

La totalité des cotisations versées pour la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion et les garanties prennent fin.

Modèle de lettre

" Je soussigné(e) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat FIRST emprunteur numéro 26.959 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte.

J'adresse copie de la présente à mon Organisme Prêteur.

Le Signature "

17.2. Loi "Informatique et Libertés"

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, les personnes concernées par ce contrat disposent d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, de suppression de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires ou réassureurs.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

QUATREM – 59-61 rue La Fayette – BP 460-09 – 75423 Paris Cedex 09

à l'attention du **Médecin Chef** s'il s'agit d'informations d'ordre médical ou au **Service Clients** s'il s'agit d'informations personnelles.

17.3. Réclamations – Médiation

L'Adhérent peut formuler toute réclamation au sujet du contrat ou de son exécution auprès du Pôle Réclamations du Service Clients qui l'aidera à rechercher une solution. Le Pôle Réclamations du Service Clients peut être contacté à l'adresse suivante :

- **Pôle Réclamations** du Service Clients de QUATREM
59-61 rue La Fayette – BP 460-09 – 75423 Paris Cedex 09,
- ou par un courrier électronique adressé à : «reclamations@quatrem.fr».

Si un accord n'est pas ainsi trouvé, il pourra demander un avis au médiateur. Le médiateur, personnalité extérieure à QUATREM, rend son avis en toute indépendance.

Les modalités de saisine du médiateur sont adressées sur simple demande auprès du Pôle Réclamations du Service Clients dont les coordonnées sont indiquées ci-dessus.

Toute difficulté liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera, à défaut de règlement amiable, portée devant le Tribunal de Grande Instance de Paris.

En cas de difficultés liées au fonctionnement ou au non respect des dispositions de la Convention AERAS, l'Assuré pourra s'adresser à la Commission de Médiation – 61 rue Taitbout - 75009 Paris, qui l'aidera à rechercher une solution amiable du dossier.

17.4. Prescription

- **Article L. 114-1 du Code des Assurances :**

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré».

- **Article L. 114-2 (interruption de la prescription) du Code des Assurances qui prévoit : « 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'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.»**

Dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle :

Art. L. 192-1 du Code des Assurances : « Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1^{er}, est porté à cinq ans en matière d'assurance sur la vie ».

17.5. Incontestabilité

Les déclarations des Assurés servent de base à l'adhésion qui est incontestable dès qu'elle a pris effet sauf en cas de fausse déclaration intentionnelle en application de l'article L. 113-8 du Code des Assurances, ou de fausse déclaration non intentionnelle en application de l'article L. 113-9 du même code, ou d'erreurs sur l'âge telles que définies à l'article L. 132-26 du même code:

- Article L. 113-8 du Code des Assurances : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. ».

- Une déclaration inexacte non intentionnelle entraîne l'application de la règle proportionnelle, ceci en vertu de l'article L. 113-9 du Code des Assurances qui stipule que : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. ».

- Article L. 132-26 du Code des Assurances : « L'erreur sur l'âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'Assureur.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. ».

17.6. Législation

Toute modification, à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le présent contrat, est de plein droit applicable.

18. DEMARCHE A SUIVRE EN CAS DE SINISTRE

En cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité, l'Assureur doit être prévenu le plus rapidement possible - par l'Assuré ou à défaut ses ayants droit - et dans les délais prescrits (article L. 114-1 du Code des Assurances notamment) à l'adresse suivante :

QUATREM

Service Prestations Emprunteur
BP 460-09 – 75423 Paris Cedex 09

L'Assureur vous adressera alors les documents nécessaires à la constitution de votre dossier.

Dans tous les cas, indiquez le numéro du contrat d'assurance (n° 26.959) ainsi que le numéro du Certificat Individuel d'Adhésion accompagnés – selon le cas – des pièces justificatives suivantes :

18.1. En cas de Décès

- original du Certificat Individuel d'Adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- tableau d'amortissement arrêté à la date du décès,
- extrait de l'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat de décès complété par le médecin traitant de l'Assuré (imprimé fourni par l'Assureur),
- en cas de décès accidentel, un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès.

18.2. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- original du Certificat Individuel d'Adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- original du certificat d'Incapacité de Travail complété par le médecin traitant de l'Assuré (imprimé fourni par l'Assureur),
- s'agissant d'un Assuré assujetti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré dans la 3^{ème} catégorie d'invalides ou d'une rente d'invalidité dont le taux est égal à 100 % avec majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie,
- s'agissant d'un Assuré non assujetti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant.

18.3. En cas d'Incapacité Temporaire Totale

- copie du Certificat Individuel d'Adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- tableau d'amortissement actualisé à la date du Sinistre et éventuellement les tableaux d'amortissement émis périodiquement (pour les prêts à taux variable) accompagné(s) d'une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré ou l'Adhérent à percevoir les prestations,
- original du certificat d'Incapacité de Travail complété par le médecin traitant de l'Assuré (imprimé fourni par l'Assureur),
- si l'Assuré est assujetti à la Sécurité sociale, un organisme assimilé ou à un autre organisme social, les décomptes de règlement des indemnités journalières,
- pour un Assuré sans profession tel que défini au paragraphe 8.3.1. «Définition de l'Incapacité Temporaire Totale», un certificat médical du médecin traitant attestant que l'état de santé de l'Assuré nécessite un repos complet, médicalement constaté, qui l'oblige temporairement à interrompre trois des quatre activités ordinaires de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer),
- dans le cas de prolongations de l'incapacité, les copies des certificats médicaux correspondants ou le cas échéant, un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique.

18.4. En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

- copie du Certificat Individuel d'Adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- tableau d'amortissement actualisé à la date du Sinistre et éventuellement les tableaux d'amortissement émis périodiquement (pour les prêts à taux variable) accompagné(s) d'une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré ou l'Adhérent à percevoir les prestations,
- original du certificat d'Incapacité de Travail complété par le médecin traitant de l'Assuré (imprimé fourni par l'Assureur),
- s'agissant d'un Assuré assujéti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou d'une rente d'invalidité de 2^{ème} ou 1^{ère} catégorie ou d'une rente d'invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 33%,
- s'agissant d'un Assuré non assujéti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant.

Dans tous les cas, l'Assureur peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'appréciation du Sinistre.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, vous disposez d'un délai de 90 jours au-delà de la Franchise choisie pour déclarer votre Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur. Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'arrêt de travail dans un délai de 90 jours. Passés ces délais et conformément à l'article L. 113-2 du Code des Assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

RAPPEL TRES IMPORTANT

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité, vous devez impérativement continuer à régler vos échéances de prêt ou les loyers du crédit-bail.

L'Assureur vous remboursera les sommes qui vous sont dues.