

NOTICE D'INFORMATION Allianz SOLASTER

Notice relative au contrat d'assurance collective N°5301 souscrit auprès d'Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances – SA au capital de 643 054 425 euros – Siège social : 87 rue de Richelieu 75002 PARIS - 340 234 962 RCS Paris
Allianz – Direction des Opérations Collectives – Emprunteurs – TSA 31007 – 67018 STRASBOURG CEDEX
dénommée l'Assureur, par l'association AGRS, dénommée la Contractante.

Article 1 : Objet du Contrat

Le contrat, souscrit par la contractante, a pour objet de garantir :

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

(1) - Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'assuré, atteignant ce dernier dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

Article 2 : Groupe Assuré

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

Sont admissibles aux garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle, les personnes physiques dont la résidence principale est située en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco.

Si l'emprunteur est une personne morale, peut être admise à l'assurance toute personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de l'entreprise. Son siège social ou son établissement doit être situé en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco.

La personne à assurer doit être âgée de moins de 75 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

Lorsque la personne à assurer est âgée de 59 ans ou plus, ou si elle se porte caution pour le compte d'une personne physique, l'adhésion n'est possible que pour l'option 1.

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

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

Article 3 : Caractéristiques des Prêts assurables

Sont assurables les prêts libellés en euros, rédigés en français, et souscrits auprès d'un établissement de crédit situé en France à Monaco, amortissables ou non amortissables, destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel, d'un montant minimum de 17 000 euros.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco.

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

Article 4 : Limitation des Garanties

Le montant maximum du capital qui peut être assuré par personne est limité à 3 000 000 euros. Si le demandeur est déjà garanti par l'assureur au sein du contrat n° 5301, au titre d'un ou de plusieurs prêts en cours d'amortissement, il convient de déduire du montant maximum indiqué ci-dessus le montant du capital restant dû affecté de la quotité assurée pour chaque prêt en cours à la date de la nouvelle demande d'adhésion au contrat.

Pluralité d'assurés : Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution), l'assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100 %.

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

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

Article 5 : Adhésion à l'Assurance

La personne qui demande à adhérer à l'assurance doit :

- remplir et signer la demande d'adhésion,
- justifier de son état de santé en se soumettant aux formalités fixées par l'assureur.

Les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles demandées par l'assureur et ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations complémentaires sont pris en charge par l'assureur.

Peuvent souscrire à l'option 2 ou 3 les personnes exerçant une activité professionnelle fiscalement déclarée, ou les conjoints non salariés d'artisans, de commerçants ou de personnes exerçant une activité libérale, qui apportent, en leur qualité de co-emprunteur, une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal, et qui sont officiellement déclarés « conjoint de collaborateur » par tout document officiel tel que K bis ou extrait d'assemblée générale. Peuvent également souscrire à l'option 2 ou 3, les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle à la souscription.

A défaut, seule l'option 1 peut être demandée.

Un assuré bénéficiant du tarif non-fumeur, est tenu d'informer l'assureur s'il se met à fumer en cours de contrat, même occasionnellement. De même, un assuré devenant non fumeur au sens du contrat doit avertir l'assureur pour bénéficier du tarif non fumeur.

A défaut, l'assureur se réserve le droit de réviser les conditions de garanties.

L'assureur se réserve le droit de subordonner son acceptation à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Il peut accepter l'adhésion d'une personne à des conditions spéciales de garantie ou de tarif ou la refuser.

Une fois admis à l'assurance, l'assuré est tenu d'informer l'assureur de toute modification relative à l'amortissement du prêt, dans un délai de trois mois. Au-delà, toute modification non signalée ne sera pas opposable et aucun remboursement des cotisations ne sera dû.

L'assureur et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS.

La garantie invalidité spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'assureur.

Un dispositif d'écrêtement des primes d'assurance est prévu par la convention AERAS. Les conditions d'éligibilité à cet écrêtement seront rappelées, le cas échéant, dans les conditions spécifiques à l'adhésion.

Article 6 : Bénéficiaire de l'Assurance

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

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

L'organisme prêteur est réputé être bénéficiaire acceptant.

6.2. Bénéfice de l'assurance pour le montant excédentaire en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré avant le déblocage total des fonds ou si le capital restant dû indiqué sur le dernier tableau d'amortissement transmis à l'assureur est supérieur au capital restant dû réel à la date du sinistre.

Dans ce cas, le montant excédentaire sera réglé, sauf désignation particulière, par ordre de préférence selon la clause type ci-après :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps ou lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

La désignation particulière peut être effectuée par acte sous seing privé (lettre recommandée adressée à l'assureur) ou par acte authentique.

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

A tout moment, l'assuré peut modifier la désignation contractuelle, ci-dessus, et désigner toute personne physique ou morale de son choix. Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation tacite de ce dernier.

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

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

Article 7 : Prise d'effet des Garanties

Une garantie en cas de décès par accident est acquise gratuitement pendant soixante jours à compter de la signature de la demande d'adhésion. Cette garantie est limitée à 150 000 euros et dans la limite du capital assuré affecté de la quotité assurée, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance. Si, après examen des pièces médicales fournies, l'assureur se prononce pour le refus de l'adhésion du postulant, la couverture des risques accidentels cesse de plein droit au jour de la signification du refus au postulant. Cette garantie cesse en cas de refus par le postulant d'accepter les conditions d'adhésion.

En l'absence de choix de date d'effet par la personne à assurer, les garanties prennent effet, à la date d'acceptation du risque par l'assureur indiquée sur l'attestation d'assurance. La personne à assurer peut cependant choisir comme date de prise d'effet des garanties :

- ◆ soit la date d'acceptation de l'offre ou de la signature du contrat de prêt,
- ◆ soit la date d'accord du prêt,
- ◆ soit la date de premier déblocage des fonds.

Dans ce cas, la date choisie doit être précisée par la personne à assurer sur la demande d'adhésion.

La date choisie ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'assureur ni être modifiée après l'édition de l'attestation d'assurance.

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

Les garanties joueront conformément à l'échéancier porté à la connaissance de l'assureur et servant de base au calcul des cotisations, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

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

Modifications des garanties et des quotités en cours de contrat – cas du remboursement anticipé partiel.

Le choix de l'option et de la quotité assurée sont définitifs et irrévocables pour la durée du prêt sauf :

- en cas de cessation d'activité professionnelle y compris pour cause de retraite ou de préretraite. L'assuré a alors la faculté de choisir l'option 1 en remplacement de l'option 2 ou 3;
- ou en cas de changement de situation matrimoniale. Dans ce cas, s'il s'agit d'une augmentation de la quotité assurée, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats d'éventuelles nouvelles formalités d'adhésion.

L'assuré doit prévenir l'assureur de toute modification des caractéristiques du prêt assuré et notamment celles relatives à l'amortissement du prêt pour qu'il puisse mettre à jour les bases de cotisations et les indemnités garanties en cas de sinistre. En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties joueront conformément au nouvel échéancier, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

Dans tous les cas, les nouvelles garanties et/ou quotité prennent effet à la date d'acceptation par l'assureur.

Article 8 : Cessation des Garanties

Les garanties cessent :

- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où la échéance du terme a été prononcée par le prêteur,
- aux limites d'âge prévues pour chaque garantie,
- à l'expiration de la période annuelle en cours, si la demande de résiliation est adressée, avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception, et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- à l'expiration d'un délai de un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été déblocqué par le prêteur sauf si un déblocage partiel est intervenu,
- le jour du versement du capital assuré au titre de la garantie décès ou de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie.

Article 9 : Garanties Décès

En cas de décès de l'assuré avant le jour de son 85^{ème} anniversaire, l'assureur verse à concurrence de la quotité assurée, le montant défini ci-après :

La base de calcul est égale au capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le décès majoré des intérêts courus jusqu'à la date du décès, conformément au dernier tableau d'amortissement communiqué par l'assuré et qui sert au calcul des cotisations. Dans le cas où aucun tableau d'amortissement n'aurait été communiqué, le capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le décès est déterminé avec le montant du capital, la durée, la périodicité d'amortissement et le taux d'intérêt indiqués sur la l'attestation d'assurance. Le capital assuré est égal à la base de calcul, pondérée par la quotité assurée.

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

Article 10 : Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie l'assuré qui, avant son 70^{ème} anniversaire, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

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

Sera considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré de moins de 60 ans, ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la sécurité sociale parmi les invalides de 3^{ème} catégorie ou si une rente par accident du travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne lui est attribuée. L'assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie à la date fixée sur la notification adressée par la sécurité sociale.

L'assureur verse par anticipation le capital assuré prévu en cas de décès calculé à la date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie. Les cotisations cessent d'être dues à compter du jour où le capital est réglé et l'assuré cesse de bénéficier des garanties de l'assurance.

L'adhésion prend fin au versement par anticipation du capital décès.

Article 11 : Garanties Arrêt de Travail

11.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident, un assuré est dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur d'exercer son activité professionnelle ou toute recherche d'emploi, l'assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application de la franchise de 90 jours, le paiement des échéances du prêt venant à échéance, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail. Si le tableau d'amortissement qui sert à la détermination des cotisations ne correspond pas au tableau d'amortissement en cours au moment du sinistre, il est procédé à une régularisation des cotisations sur la base du tableau d'amortissement en cours.

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

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'assuré doit :

- avoir souscrit cette garantie sur son bulletin d'adhésion,
- être emprunteur, co-emprunteur ou caution d'une personne morale,
- exercer une activité professionnelle fiscalement déclarée et procurant des rémunérations ou des bénéfices, ou être conjoint non salarié d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale, avoir la qualité de co-emprunteur et apporter une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal, ou être à la recherche d'un emploi et être indemnisé par le Pôle Emploi ou d'organismes équivalents,
- être âgé de moins de 67 ans.

A tout moment, l'assureur peut demander à l'assuré de se soumettre à un contrôle médical auprès d'un médecin désigné, dans le but d'apprécier son incapacité à exercer une quelconque activité professionnelle.

Les prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail sont versées par l'assureur pendant au maximum 36 mois.

Lorsque l'arrêt de travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont limitées, à l'expiration de la franchise, aux seules échéances d'intérêts, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail.

Pour les prêts non amortissables, l'assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail, après application du délai de franchise, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la ou les dernières échéances d'intérêts.

L'assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'assuré pendant son arrêt de travail ou moins

de quatre-vingt-dix jours avant. Dans ce cas, l'assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement précédent pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

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

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

Toute reprise, même partielle et y compris en mi-temps thérapeutique, d'une activité professionnelle entraîne l'interruption du versement des prestations.

Une rechute dans les soixante jours suivant une reprise d'activité professionnelle ne donne pas lieu à l'application de la franchise si le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Les prestations dues par l'assureur au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail sont limitées à 270 euros par jour et par assuré.

11.2 Garantie Invalidité Permanente Totale et Garantie Invalidité Permanente Partielle

Consolidation - degré d'invalidité

La consolidation est le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'assuré. Lorsque l'affection qui a donné lieu à la prise en charge de l'arrêt de travail est consolidée, et au plus tard dans un délai de trois ans à compter de la date d'incapacité de travail, le médecin désigné par l'assureur détermine un taux d'incapacité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'incapacité professionnelle, afin de calculer le taux d'invalidité en résultant.

L'incapacité fonctionnelle sera établie de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100% en tenant compte de l'incidence du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Le taux d'incapacité professionnelle fixé tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le degré « n » d'invalidité est déterminé selon le barème ci-après, en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin conseil de l'assureur.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité Fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
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	36,54	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	68,88	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100

Légende :

	Le degré d'invalidité est inférieur à 33 %
	Le degré d'invalidité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %
	Le degré d'invalidité est supérieur à 66 %

Les taux ci-dessus sont exprimés en pourcentage.

Lorsque le degré « n » d'invalidité est inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due par l'assureur.

Lorsque le degré « n » d'invalidité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, les prestations versées au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail sont maintenues partiellement.

Lorsque le degré « n » d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations versées au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail sont maintenues intégralement.

11.2.1 Garantie Invalidité Permanente Partielle

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

Les prestations dues par l'assureur au titre de la garantie invalidité permanente partielle sont limitées à 135 euros par jour et par assuré.

11.2.2 Garantie Invalidité Permanente Totale

L'assuré est reconnu en invalidité permanente totale si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %. En cas d'invalidité permanente totale,

l'assureur prend en charge 100 % du montant de l'échéance affectée de la quotité assurée.

Les prestations dues par l'assureur au titre de la garantie invalidité permanente partielle sont limitées à 270 euros par jour et par assuré.

Les garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle cessent :

- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où le prêt a été intégralement remboursé,
- le jour où la déchéance du terme a été prononcée,
- le jour où l'assuré a acquis ses droits à la retraite ou à la préretraite liquidés au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'arrêt de travail sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat,
- au plus tard le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré.

Les prestations cessent pour l'incapacité temporaire totale de travail :

- le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel et y compris en mi-temps thérapeutique

Les prestations cessent pour l'invalidité permanente totale :

- le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel et y compris en mi-temps thérapeutique,
- dès que le taux d'invalidité constaté par le médecin de l'assureur devient inférieur à 66%.

Les prestations cessent pour l'invalidité permanente partielle :

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

Article 12 : Garantie Invalidité Spécifique AERAS

L'assuré bénéficie de la garantie invalidité spécifique AERAS lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé est consolidé ;
- son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;
- il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie «Arrêt de Travail» à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

Article 13 : Contrôle médical - Arbitrage

Contrôle

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

Le contrôle médical suspend le paiement des prestations. Si l'assuré s'oppose à ce contrôle, il perd ses droits à prestations.

L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'incapacité et l'invalidité et celles de l'assureur dans les mêmes domaines.

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

Pour les assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre perte totale et irréversible d'autonomie ou arrêt de travail ou invalidité spécifique AERAS, le contrôle médical devra s'effectuer en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco, les frais de déplacement engagés par l'assuré pour s'y rendre restent à sa charge.

Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, le litige sera réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord. Chaque partie se fera assister par son propre expert. En l'absence d'accord, le choix d'un médecin sera confié au président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chaque partie prendra à sa charge les honoraires de son expert et la moitié des honoraires de l'expert arbitre. Les deux parties conviennent d'accepter les conclusions de l'expert arbitre.

Article 14 : Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties :

- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire quel

que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'assuré y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,

- les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés par l'assuré en l'absence de toute prescription médicale ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,
- les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active,
- les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.

Par ailleurs, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne ne sont couverts que dans le cas où :

- l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
- les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires,
- les conséquences de la participation de l'assuré à toutes compétitions et leurs essais comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur.
- la pratique du parapente et du saut à l'élastique.

Exclusion spécifique à la garantie décès :

- le suicide de l'assuré lors de la première année d'assurance, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de son logement principal. Dans ce cas, seule la partie du capital assuré excédant un plafond dont le montant est fixé par décret est exclue pendant la première année d'assurance.

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

- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.

Exclusions spécifiques aux garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle et invalidité spécifique AERAS :

- ne sont pas garanties les maladies en évolution ou chroniques ainsi que les infirmités dont l'assuré était atteint au moment de son adhésion, sauf si elles ont été déclarées à l'assureur et n'ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- sont exclues les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf lorsqu'il s'agit de sports - autres que sports comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur - que pratique l'assuré ou de compétitions sportives auxquelles il prend part, dans les deux cas en tant qu'amateur,
- sont exclus les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,
- les prestations ne sont pas versées au cours de la période d'incapacité temporaire totale de travail correspondant à la durée légale du congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L1225-17 du code du travail, que l'assurée y soit ou non assujettie,
- sont exclues les incapacités temporaires totales de travail - et invalidités permanentes totales, invalidité permanente Partielle et invalidités spécifiques AERAS consécutives :

- à une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.

Ces deux dernières exclusions peuvent être rachetées, de manière **indissociable**, lors de l'adhésion au contrat. La demande sera soumise à l'assureur qui aura la possibilité de l'accepter en contrepartie d'une tarification adaptée, soit de la refuser.

Aucune demande ne sera acceptée en cours de contrat.

Article 15 : Déclaration des sinistres et règlement des prestations

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du contrat doit être déclaré le plus rapidement possible au courtier qui vous propose d'adhérer au présent contrat ou au Courtier Gestionnaire du contrat :

PRESTAVIE

BP 11615 - 44016 Nantes cedex 1
N° Orias 07 009 030

Pièces à fournir

En cas de décès

- un certificat médical et un extrait d'acte de décès.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant et l'assuré, sur l'imprimé de l'assureur,
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale, d'invalidité permanente partielle ou d'invalidité spécifique AERAS :

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant et l'assuré, sur l'imprimé de l'assureur.

Si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'assuré,
- les documents qui justifient de l'état d'incapacité totale de travail,
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension ou rente de l'assuré.

Si l'assuré n'est pas salarié :

- les certificats médicaux d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de sa demande.

Les sommes dues sont réglées par l'assureur après réception de toutes les pièces justificatives sous réserve d'une prise en charge.

Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'incapacité temporaire totale de travail doit être déclarée dans un délai de six mois ; ce délai commence le premier jour de l'arrêt de travail.

Au-delà, l'assureur fixe la date de l'incapacité temporaire total de travail au jour de la déclaration.

Article 16 : Cotisations

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement. Cependant l'assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion. Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû à la date anniversaire du point de départ du prêt, compte-tenu de la quotité assurée. Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'assuré.

Dans le mode de calcul des cotisations, l'âge de l'assuré change à la date anniversaire de l'adhésion.

En cas de modifications des taxes applicables, la cotisation pourra être révisée par l'assureur.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisations ou fractions de cotisations dues ne sont toujours pas payées, l'adhérent sera exclu du bénéfice du contrat sans autre formalité. Une copie de la lettre de résiliation sera adressée à chaque organisme prêteur.

Remboursement des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale de travail – d'invalidité permanente totale – d'invalidité permanente – d'invalidité spécifique AERAS.

En cas de sinistre incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale ou invalidité permanente partielle ou invalidité spécifique AERAS, l'assuré continue à régler le montant de ses cotisations à l'assureur. En revanche, ces cotisations lui sont remboursées dans le cadre de son indemnisation, par ajout de celles-ci à la mensualité prise en charge par l'assureur.

Article 17 : Voyages et séjours à l'étranger

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

Les risques de perte totale et irréversible d'autonomie, de garantie d'invalidité spécifique AERAS, d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale et d'invalidité permanente partielle sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que leur constat soit établi au moyen de documents émanant de l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous

réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues au titre de l'article 13 «Contrôle médical – Arbitrage».

A défaut de preuve, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco.

Les documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco.

Article 18 : Prescription

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps.

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

Article L 114-1 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 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.

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

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

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

Article L 114-2 du Code des assurances :

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.

Article L 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil précités.

Article 19 : Articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, 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 fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent acquises à l'assureur, qui

a droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou fausse déclaration non intentionnelle, il sera fait application des dispositions de l'article L 113-9 du Code des assurances.

Article 20 : Loi applicable

La langue utilisée pendant toute la durée du contrat est le français. Le contrat d'assurance collective n° 5301 relève de la loi française.

Article 21 : Faculté de renonciation

L'adhérent peut renoncer au bénéfice de son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur, dans un délai de 30 jours calendaires révolus suivant la date à laquelle il est informé que le contrat est conclu. L'intégralité des cotisations versées sera remboursée dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre recommandée rédigée comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénoms), demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat Allianz SOLASTER n° 5301 conformément aux dispositions prévues par l'article L132-5-1 du Code des assurances et demande le remboursement de l'intégralité de la cotisation versée soit (XX) euros. Fait à ..., le ... et signature de l'assuré ».

La renonciation met fin à l'adhésion.

Le défaut de remise des documents et informations énumérées à l'article L132-5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents.

Article 22 : Réclamation

L'interlocuteur PRESTAVIE est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations.

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

Allianz Vie - Médiation Assurances de Personnes

Case Courrier 1304,

20, place de Seine – 92086 Paris La Défense Cedex

Allianz Vie adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, vous aurez la faculté de faire appel au **Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances**, dont les coordonnées postales sont les suivantes :

BP 290 75425 Paris cedex 09, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 23 : Autorité de contrôle

L'assureur et le courtier gestionnaire sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

Article 24 : Informatique et Libertés - traitement des données personnelles

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande.

Conformément à la loi «Informatique et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant votre demande à **PRESTAVIE - Informatique et libertés - Service Clientèle – BP 11615 – 44016 Nantes cedex 1** ou un fax au **0825 560 062**.

La demande d'adhésion ainsi que le questionnaire de santé doivent être adressés à **PRESTAVIE** par courrier à l'adresse suivante :
PRESTAVIE – BP 11615 – 44016 Nantes cedex 1