

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

CONTRAT GROUPE A951



CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

PRÉAMBULE

Le présent contrat relève du régime des assurances de groupe régi par le Code des Assurances.
Il est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Il est souscrit par :

L'ASSOCIATION MÉDICALE D'ASSISTANCE ET DE PRÉVOYANCE (AMAP) Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé 11 rue Brunel - 75017 PARIS - ci-après dénommée "LE SOUSCRIPTEUR",

auprès de :

La MACSF assurances et de la MACSF prévoyance - Sociétés d'Assurances Mutuelles, entreprises régies par le Code des Assurances, ayant toutes deux leur siège social au - Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - ci-après dénommées "L'ASSUREUR".

Au profit des assurés au présent contrat.

Le Souscripteur donne mandat à l'Assureur pour l'exécution, en son nom des dispositions prévues aux articles L141-2 à 4 du Code des Assurances.

La MACSF assurances délègue à la MACSF prévoyance tous pouvoirs pour l'application des différentes clauses et modalités du contrat.

Le présent contrat prend effet le 1^{er} Janvier 2012.

Il est reconductible le 1^{er} Janvier de chaque année par tacite reconduction, et pour la première fois le 1^{er} Janvier 2013.

La loi applicable au contrat est la loi française, et tous les échanges relatifs au contrat se font en français.

- La MACSF prévoyance garantit le risque de décès par accident ou maladie, ou celui de la perte totale et irréversible d'autonomie avec paiement sous forme de capital, du montant restant dû au titre du contrat de prêt.
- La MACSF assurances garantit les risques, d'incapacité totale temporaire de travail et d'invalidité avec paiement sous forme d'indemnités journalières en couverture du prêt ou du capital restant dû au titre du prêt.

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

SOMMAIRE

TITRE I - LE CONTRAT : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

P 5

- ARTICLE 1 - Objet du contrat et champ d'application des garanties
- ARTICLE 2 - Admission à l'assurance
- ARTICLE 3 - Date d'effet de l'adhésion individuelle
- ARTICLE 4 - Cotisation annuelle
- ARTICLE 5 - Cessation des garanties et du service des prestations
- ARTICLE 6 - Cessation de l'adhésion individuelle
- ARTICLE 7 - Garantie des droits de l'assuré
- ARTICLE 8 - Fonds de garantie
- ARTICLE 9 - Risques exclus
- ARTICLE 10 - Étendue territoriale

TITRE II - LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS

P 10

SOUS TITRE I - GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

- ARTICLE 11 - Garantie décès
- ARTICLE 12 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

SOUS TITRE II - REGLES COMMUNES AUX DEUX GARANTIES

- ARTICLE 13 - Capital assuré
- ARTICLE 14 - Paiement de la prestation

SOUS TITRE III - GARANTIE INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ

- ARTICLE 15 - Incapacité totale temporaire de travail
- ARTICLE 16 - Invalidité

SOUS TITRE IV - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

- ARTICLE 17 - Délais et pièces à fournir
- ARTICLE 18 - Rôle de la Commission Médicale en cas de sinistre
- ARTICLE 19 - Fausses déclarations

SOUS TITRE VI - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES À LA CONVENTION AERAS

TITRE III - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AU CONTRAT GROUPE SOUSCRIT PAR L'AMAP

P 14

- I - Les statuts de l'association
- II - Le mandat spécial de gestion et d'information donné par l'association souscriptrice à l'Assureur

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

LEXIQUE

ASSURÉ

La personne physique signataire du bulletin d'adhésion sur laquelle reposent les garanties et qui est tenu au paiement des cotisations.

BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT

Personne(s) désignée(s) par l'Assuré pour recevoir les prestations au titre des garanties du présent contrat. Sauf dérogation expresse, le bénéficiaire acceptant est l'organisme financier prêteur créancier des échéances du prêt concerné par le contrat.

CONJOINT

C'est le conjoint marié, non divorcé ni séparé de corps, ou le co-signataire de PACS de l'Assuré ou le concubin.

CONSOLIDATION

La consolidation correspond au moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère de permanence tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier médicalement un degré d'invalidité totale ou partielle, permanente ou définitive.

COMMISSION MÉDICALE

Une Commission Médicale ayant pour objet l'appréciation des risques est constituée par l'Assureur qui garantit le secret médical par la présence de son médecin conseil.

La Commission Médicale a également compétence pour donner un avis sur l'ouverture et le maintien des droits à prestations, les décisions étant prises par l'Assureur.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ)

Convention signée par les pouvoirs publics, les représentants des banques et des assurances, des associations de malades et des consommateurs. Elle a pour objet d'élargir l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un problème grave de santé.

EMPRUNTEUR

Emprunteur, co-emprunteur, locataire d'un dossier de financement souscrit auprès d'un organisme financier.

FRANCHISE

Période d'incapacité de travail suite à un arrêt de travail non prise en charge par la garantie et au terme de laquelle débute le versement des prestations au titre de ladite garantie.

Pour la garantie Incapacité Totale Temporaire de travail, la franchise est fixée en nombre de jours aux conditions particulières selon le choix effectué à l'adhésion.

INCAPACITÉ TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

L'Assuré est considéré en incapacité totale temporaire de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité totale d'exercer sa profession durant une période déterminée.

INVALIDITÉ

L'Assuré est considéré en état d'invalidité si ce dernier est en incapacité définitive de travail suite à une maladie ou un accident et après consolidation de son état, lorsque son taux d'invalidité est supérieur à 33 %.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

L'Assuré est considéré comme étant en état de perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est devenu incapable de se livrer à une quelconque occupation ou à un quelconque travail lui procurant gain ou profit, et doit recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les besoins de la vie courante tels que se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer (catégorie 3 de la sécurité sociale).

RECHUTE ET RÉCIDIVE

On entend par rechute ou récurrence au sens du contrat l'incapacité totale temporaire de travail qui résulte :

- d'une aggravation de l'état pathologique initial,
- d'un nouvel état pathologique résultant de la pathologie d'origine,
- d'un état pathologique ayant des caractéristiques identiques à la pathologie d'origine,
- de la réapparition de la même pathologie, même s'il y a une cause nouvelle.

Pathologies bilatérales : lorsque l'indemnisation s'est effectuée sur un côté, l'indemnisation de l'atteinte controlatérale, même à distance, est prise en charge comme une rechute ou récurrence.

SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT

L'association qui a négocié le contrat avec l'Assureur, de façon à faire bénéficier ses membres adhérents des avantages d'un contrat collectif.

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

TITRE I - LE CONTRAT : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART 1 OBJET DU CONTRAT ET CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

A - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir contre les risques :

- de Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (garantie obligatoire),
- d'Incapacité Totale Temporaire de travail et/ou d'Invalidité (garantie facultative),

tout emprunteur, co-emprunteur, locataire ou caution ayant bénéficié d'un financement tel que défini à l'article 2 A, et ci-après appelé "l'Assuré".

- Par emprunteur, co-emprunteur, locataire, il faut entendre :
 - une personne physique membre des professions de santé, son conjoint,
 - une personne physique membre des professions de santé, prise en tant que représentante de la société.
- Par caution, il faut entendre :
 - Une personne physique qui s'engage envers l'organisme financier prêteur des fonds à rembourser les échéances du prêt contracté par l'emprunteur en cas de défaut de paiement de ce dernier.

B - GARANTIES PROPOSÉES POUR CHAQUE CATÉGORIE D'ASSURÉ

a) Membre des professions médicales ou paramédicales exerçant à titre libéral :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Incapacité Totale Temporaire de travail avec franchise de 30 jours, 60 jours ou 90 jours, Invalidité professionnelle.

b) Membre des professions de santé qui exerce soit en tant que salarié soit en exercice mixte et/ou en tant que remplaçant, soit en tant qu'hospitalier, soit en tant que personnel salarié d'entreprises de fabrication ou de distribution de produits médicaux :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Incapacité Totale Temporaire de travail avec franchise de 90 jours, Invalidité professionnelle.

c) Conjoint d'un professionnel de santé exerçant une activité professionnelle rémunérée :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Incapacité Totale Temporaire de travail avec franchise de 90 jours, Invalidité.

d) Caution personne physique en faveur des emprunteurs :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les garanties Incapacité Totale Temporaire de travail et Invalidité ne peuvent pas être souscrites.

Ne peuvent être garanties au titre du présent contrat, les personnes physiques relevant des paragraphes B c) et B d) exerçant l'une des professions suivantes :

- professions de secours, sécurité, surveillance,

maintien de l'ordre, militaire, convoyeurs de fonds, professions avec port ou manipulation d'armes, pompiers professionnels,

- professions avec manipulation ou transports de produits dangereux (explosifs, corrosifs, inflammables, radioactifs, toxiques, chimiques, nucléaires),
- professions exercées à hauteur supérieure à 20 mètres, en souterrain ou sur sites dangereux,
- professions du secteur pétrolier et gaz off-shore,
- sportifs professionnels, guide de haute montagne, guide de chasse,
- professions avec activités en mer telles que plongeur, marin-pêcheur,
- Cascadeur, Intermittent du spectacle/artiste,
- Bûcheron, Forestier, Chauffeur routier,
- professions exercées dans un pays à risque (cameraman, reporter photographe...).

ART 2 ADMISSION À L'ASSURANCE

A - CONDITIONS D'ADMISSION

Est admissible à l'assurance en qualité d'Assuré, dans le cadre des limites définies à l'article 1, toute personne physique membre de l'association souscriptrice, **âgée au moment de l'adhésion de moins de 75 ans pour les prêts amortissables et les prêts in fine et moins de 70 ans pour les prêts relais**, appartenant à l'une des catégories définies à l'article 1 A, et bénéficiant soit :

- d'un financement d'une durée maximale de 35 ans, amortissable par versements périodiques et comportant éventuellement :
 - une période de différé d'amortissement au maximum de 36 mois, avec ou sans paiement d'intérêt,
 - un déblocage successif des fonds.
- d'un crédit relais d'une durée maximum de 36 mois, remboursable en une seule fois au terme,
- d'un crédit IN FINE d'une durée maximum de 20 ans, remboursable en une seule fois au terme,
- d'un crédit-bail ou une location avec option d'achat (LOA) d'une durée maximum de 84 mois.

Pour un même contrat de financement, les montants des garanties peuvent être répartis sur plusieurs emprunteurs ou cautions en fonction de la quotité assurée.

B - FORMALITÉS D'ADMISSION

Pour bénéficier des garanties du contrat, tout admissible est tenu de répondre de façon exacte, spontanée et complète, **sans tiret ni omission aux questions posées permettant l'appréciation des risques par l'Assureur. Les documents suivants doivent être complétés et signés et adressés à l'Assureur :**

- un bulletin d'adhésion,
- les formalités médicales dont le contenu varie en fonction de l'importance des sommes empruntées et de l'âge de la personne admissible au moment de la souscription, sont à adresser sous pli cacheté à l'intention du médecin conseil.

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

Tout dossier incomplet ne pourra être examiné par la Commission Médicale d'Admission et sera retourné à l'Assuré.

La Commission Médicale d'Admission se réserve le droit de demander directement à l'Assuré toute pièce et/ou complément d'informations qui lui sont nécessaires.

Elle peut également lui demander de se soumettre à un examen médical ou tout autre examen qu'elle juge nécessaire pour statuer.

Après étude de ces documents et, éventuellement, demande d'examens ou de renseignements complémentaires, l'Assureur communique sa décision à l'Assuré.

Les documents complémentaires requis doivent également être complétés de façon exhaustive par le médecin examinateur sans tiret ni omission. Dans le cas contraire ils sont retournés par la Commission Médicale d'Admission.

Les débours entraînés par les examens éventuellement requis par la Commission Médicale d'Admission sont remboursés en cas d'acceptation, de refus ou d'ajournement de la demande par l'Assureur. Ce remboursement s'effectue sur présentation des notes d'honoraires correspondantes dûment acquittées, dans la limite d'un plafond indiqué sur le document "les formalités médicales" remis par l'Assureur et dès le paiement de la première cotisation en cas d'adhésion.

Pluralité de prêts : En cas de prêts simultanés ou consécutifs couverts par le présent contrat, les formalités à remplir sont celles qui seraient exigées pour un prêt dont le montant serait égal au cumul des capitaux à assurer dus ou restant dus par l'emprunteur.

Jusqu'à la date d'effet de l'adhésion, toute modification ou circonstance nouvelle affectant les réponses apportées lors de l'adhésion devra être communiquée à l'Assureur.

En cas d'affections antérieures à l'adhésion, l'Assureur est en droit :

- d'ajourner l'adhésion ;
- d'exclure du champ d'application de tout ou partie des garanties les affections déclarées antérieures à l'adhésion ;

Toute exclusion doit être explicite, formelle et clairement délimitée ;

Si des infirmités ou affections ont été déclarées sur le questionnaire de santé et si elles n'ont pas fait l'objet d'une exclusion, notifiée préalablement à l'acceptation, toutes les garanties du contrat s'exercent sans limitation ;

- d'accepter une couverture sans restriction de garantie moyennant le paiement d'une surprime. La surprime est mentionnée aux Conditions Particulières après avoir été préalablement notifiée pour accord au proposant. Elle peut faire l'objet d'un écrêtement dans les conditions prévues à la Convention AERAS.

Dans le cas où l'Assureur envisage l'application d'une surprime, l'assurance ne sera effective qu'après réception de l'accord écrit de l'Assuré.

Après déblocage des fonds, l'Assuré reçoit les Conditions Particulières du contrat établies en triple exemplaires, dont :

- un est destiné à l'organisme prêteur,
- le second est à conserver par l'Assuré,
- le troisième est à retourner à l'Assureur dûment revêtu de la signature des parties.

Les Conditions Particulières reproduisent les indications portées sur le bulletin d'adhésion et précisent notamment les garanties accordées, le montant de la cotisation et son échéance ainsi que les bénéficiaires acceptants.

L'organisme prêteur est réputé avoir la qualité de bénéficiaire acceptant.

Toute demande de modification de bénéficiaire ou de la garantie doit faire l'objet d'un accord dudit bénéficiaire acceptant.

B - FORMALITÉS EN COURS DE CONTRAT

L'Assuré est tenu de déclarer en cours de contrat, les modifications ou circonstances nouvelles affectant les réponses apportées lors de l'adhésion telles que toute modification des caractéristiques de prêt ou de l'acte de cautionnement (changement de taux, remboursement anticipé partiel ou total, durée du prêt...).

Conformément à l'article L113-2 du Code des Assurances, cette déclaration doit être effectuée par lettre recommandée, adressée au siège de l'Assureur, dans un délai de 15 jours à compter du moment où l'Assuré a eu connaissance des circonstances nouvelles.

L'Assuré est également tenu de communiquer tout changement de domicile.

LE SECRET MÉDICAL

L'Assureur garantit le respect du secret médical à tous les stades des procédures de gestion, tant à l'acceptation des risques qu'à l'ouverture et au maintien des droits à prestation.

Les motivations médicales d'éventuelles exclusions de risques ou de surprime sont communiquées uniquement à l'Assuré par la Commission Médicale d'Admission.

ART 3 DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE

L'adhésion prend effet pour chaque personne affiliable à compter de l'acceptation de l'offre de prêt ou de la date de déblocage des fonds communiquée par l'établissement prêteur :

- sous réserve de la signature du bulletin d'adhésion et de l'acceptation du risque par l'Assureur,
- sous condition suspensive du règlement de la première cotisation dès son appel.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat, et ce, pendant toute la durée du prêt assuré.

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

ART 4 COTISATION ANNUELLE

A - PAR COTISATION ANNUELLE IL FAUT ENTENDRE :

- le coût de la garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, y compris les surprimes éventuelles,
- le coût de la garantie Incapacité Totale Temporaire de travail et Invalidité, y compris les surprimes éventuelles.

La cotisation est calculée sur le montant total du prêt en principal s'il s'agit d'un crédit. Elle est calculée sur le prix de facturation TVA incluse s'il s'agit d'un crédit bail ou d'une LOA.

Elle est personnalisée :

- en fonction du tarif en vigueur au moment de l'adhésion,
- en fonction de la profession de l'Assuré,
- en fonction de l'âge de l'Assuré à l'adhésion.

La cotisation annuelle peut être :

- soit constante pendant toute la durée du financement,
- soit variable et déterminée en fonction du capital restant dû à chaque échéance de remboursement du prêt.

B - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations (y compris s'il y a lieu les impôts et taxes sur les contrats d'assurances) sont payables au siège social de l'Assureur ou au domicile du mandataire éventuellement désigné par lui à cet effet.

C - CONSÉQUENCES DU NON PAIEMENT DES COTISATIONS (ARTICLE L141-3 DU CODE DES ASSURANCES)

Lorsqu'une cotisation ou une fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'Assureur adresse à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement à l'Assureur ou au mandataire désigné par lui de la cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la résiliation de l'adhésion individuelle. Le contrat pourra cependant être maintenu en vigueur si le bénéficiaire acceptant se substitue à l'Assuré pour le paiement des cotisations.

ART 5 CESSATION DES GARANTIES ET DU SERVICE DES PRESTATIONS

Les garanties et le service des prestations prennent fin :

- à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'emprunteur tels qu'ils sont définis dans l'acte de financement,
- à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré atteint :
 - son 80^{ème} anniversaire pour la garantie Décès,
 - son 65^{ème} anniversaire pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - son 68^{ème} anniversaire pour les autres garanties, sauf cessation totale et définitive de l'exercice professionnel non consécutive à l'invalidité.

Dans ce cas les garanties Incapacité Totale Temporaire de Travail et le service des prestations en cours prendront fin à la date de cette cessation et ce, quel que soit le terme du financement.

- au jour du règlement des prestations suivantes :
 - Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - Invalidité dont le taux est égal ou supérieur à 66% à l'exception des prêts dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt In fine).

Les prestations ne sont versées que pour le temps où l'Assuré se trouve engagé vis-à-vis de l'organisme prêteur et sont interrompues dès le terme du prêt.

ART 6 CESSATION DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE

L'adhésion au contrat groupe cesse de plein droit pour l'Assuré :

- au jour du paiement de la dernière échéance de remboursement du financement,
- au jour du remboursement anticipé du financement, après avoir obtenu de l'organisme prêteur une mainlevée entière et définitive : la portion de cotisation non courue est alors remboursée,
- au jour de la déchéance du prêt prononcée en raison de la défaillance de l'emprunteur,
- en cas de décès d'un co-emprunteur ou de la caution précédemment assurée à hauteur de 100% du montant des engagements financiers,
- en cas de versement du capital assuré restant dû au titre de la garantie invalidité pour un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 % ou au titre de la garantie PTIA ou de la garantie Décès,
- et au plus tard à l'âge limite prévu pour la garantie Décès (cf. article 5).

L'adhésion au contrat groupe est résiliée par l'Assureur :

- en cas de non paiement des cotisations (article L 141-3 du Code des Assurances),
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration des risques à l'adhésion ou en cours de contrat (article L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances).

La résiliation par l'Assureur est notifiée par lettre recommandée adressée à l'Assuré au dernier domicile connu et au bénéficiaire acceptant.

ART 7 GARANTIE DES DROITS DE L'ASSURÉ

A - DÉLAI DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au siège de MACSF prévoyance.

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information.

La renonciation entraîne la restitution, par l'Assureur, de l'intégralité des sommes versées par le contractant dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

Au terme de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

L'Assureur informe par courrier le bénéficiaire acceptant de la renonciation à l'adhésion au contrat exercé par l'Assuré.

B - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 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 :

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, au plus tard, trente ans à compter du décès de l'Assuré.

Conformément à l'article L114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (notamment l'action en justice, l'acte d'exécution forcée, la médiation, la conciliation) 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.

C - MODALITÉS D'EXAMENS DES RÉCLAMATIONS

En cas de litige relatif à l'application de ce contrat, une voie de recours amiable est à la disposition de l'Assuré. Toute réclamation doit être adressée à : MACSF prévoyance, Service Qualité, 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 70400, 92919 La Défense Cedex.

Si le litige persiste, le Médiateur désigné par la FFSA pourra être saisi. Nous vous adresserons alors sur simple demande de votre part les modalités de sa saisine.

D - DROIT D'ACCÈS ET RECTIFICATION DES FICHIERS

Conformément à la loi "Informatique et libertés" n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données nominatives le concernant qui figurent sur tout fichier

informatique en écrivant à l'adresse suivante : MACSF - Direction Juridique - 10 Cours du Triangle de l'Arche, 92919 La Défense cedex.

Les données nominatives recueillies par la MACSF prévoyance et la MACSF assurances auprès de l'Assuré sont nécessaires à la gestion des contrats et à l'exécution des services souscrits. A ce titre, l'Assuré est informé que la MACSF prévoyance et la MACSF assurances communiqueront des données le concernant à leurs prestataires, mandataires et réassureurs pour les besoins des contrats. Par ailleurs et sauf opposition de l'Assuré, ces données pourront être communiquées par la MACSF prévoyance et la MACSF assurances aux autres sociétés du Groupe MACSF, ainsi qu'à ses partenaires, à des fins de prospection commerciale.

ART 8 FONDS DE GARANTIE

MACSF prévoyance contribue annuellement aux ressources du fonds de garantie des assurances de personnes prévu à l'article L423-1 et suivants du Code des Assurances.

ART 9 RISQUES EXCLUS

A - AU TITRE DE TOUTES LES GARANTIES

Sont totalement exclus, sans possibilité de majoration de cotisation, les sports et activités de loisirs suivants :

a) la participation à des compétitions sportives de niveau national ou international ou à leurs essais, des tentatives de records ou à des rallyes sportifs ou à des raids,

b) la pratique de l'un des sports suivants y compris lorsqu'ils sont exercés dans le cadre d'un baptême ou d'une découverte :

- en Europe, les expéditions, les courses, l'alpinisme ou les randonnées à ski en montagne :
- nécessitant, pour leur pratique, le port de tout équipement particulier (tels que crampons, baudriers, piolets, encordements..) en vue d'escalades, ou du franchissement de zones de rochers ou de passage de glacier,
- ou pratiqués dans une zone au-delà de 4000 mètres d'altitude.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'activité est effectuée avec un guide diplômé.

- hors d'Europe, les expéditions, les courses, l'alpinisme ou les randonnées en ski ou en montagne,
- ski extrême,
- cascades gelées,
- escalade sans sécurité,
- Deltaplane, parapente, parachute ascensionnel, saut en parachute à ouverture retardée, ULM, voltige aérienne, pilotage d'hélicoptères, convoyage aérien,
- Plongée en solitaire, plongée de nuit sans moniteur, plongée avec scaphandre autonome sans brevet (au delà de 20 m), avec brevet (au-delà de 40 m),

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

- Spéléologie solitaire ou avec plongée,
- Bateau offshore, navigation à plus de 100 milles d'un abri côtier, ski nautique de vitesse,
- Saut à l'élastique, canyoning sans guide.

La pratique des autres sports et activités de loisirs est garantie sans majoration de cotisation.

B - AU TITRE DE LA GARANTIE DÉCÈS

Est exclu, le suicide au cours de la 1^{ère} année d'assurance.

Dans le cadre d'un prêt contracté pour l'acquisition du logement principal de l'assuré, le suicide est couvert dès la souscription du contrat sous réserve des dispositions des articles L.132-7 et R132-5 du Code des Assurances.

C - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ

Sont toujours exclus :

- les conséquences des maladies, des accidents ou des mutilations occasionnés, provoqués ou aggravés intentionnellement par l'assuré, y compris les tentatives de suicide ;
- les conséquences des maladies résultant de l'absence de soins indispensables ou du non respect du traitement médical prescrit ;
- les conséquences d'un état pathologique pré-existant, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie délimités et déterminés médicalement comme antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion, par la Commission Médicale ;
- les psychopathologies, états dépressifs, névroses, psychoses, la spasmophilie, la tétanie, les états de stress et de surmenage, les troubles anxieux et apparentés ;
Pour les psychopathies entraînant le placement d'office ou l'hospitalisation sur demande d'un tiers (Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011), seule la garantie Incapacité Totale Temporaire de Travail est acquise et uniquement pendant la durée de l'hospitalisation ;
- la fibromyalgie ;
- les syndromes de fatigue chronique et/ou asthénie ;
- les conséquences de l'état alcoolique ou les conséquences d'accident de la circulation survenu avec un taux supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour de l'événement, ou les conséquences de l'usage de stupéfiants non médicalement prescrits ;
- les conséquences des soins donnés par une personne non autorisée, sauf si l'Assuré est hors d'état de refuser ;
- les cures de quelque nature qu'elles soient ;
Sont toutefois garantis, les séjours en stations thermales et climatiques qui sont la conséquence directe et immédiate du traitement d'une maladie ou d'un accident ayant entraîné le versement d'une

indemnisation au titre de la garantie Incapacité Totale Temporaire de travail ;

- les conséquences des interventions chirurgicales à visée exclusivement esthétique ;
- les grossesses et accouchements, pendant la période de congé légal ;
- les conséquences de la guerre étrangère, de la guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires dans les conditions prévues à l'article L121-8 du Code des Assurances ;
- les conséquences des actes de terrorisme ou d'attentats (respectivement définis aux articles 421-1 et suivant et 412-1 du Code pénal) ou des actes de sabotage ;
- les conséquences de la participation de l'Assuré à des rixes sauf en cas de légitime défense ;
- les conséquences de la participation de l'Assuré, à bord d'un véhicule terrestre à moteur et en tant que concurrent à des compétitions, matches, paris, défis, courses et épreuve de vitesse, d'endurance ou à leurs essais préparatoires ;
- les conséquences des dommages causés par les tremblements de terre, éruptions de volcans, inondations, raz de marée ou autres cataclysmes ;
- les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les dommages dus aux effets de radiations pratiqués par l'accélération artificielle des particules.

ART 10 ÉTENDUE TERRITORIALE

Le présent contrat produit ses effets en France Métropolitaine. Pour les Départements et Régions d'Outre Mer et les Collectivités d'Outre Mer, ses effets sont subordonnés à un accord spécifique de l'Assureur pour toute demande d'adhésion.

À l'étranger, les garanties ne sont acquises qu'à l'occasion de séjours n'excédant pas trois mois consécutifs. Pour tout séjour dépassant ce délai, les garanties seront acquises après accord préalable de l'Assureur.

Dans tous les cas, le paiement des cotisations et le règlement des prestations demeurent payables en Euros.

TITRE II - LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS

SOUS TITRE I - GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

ART 11 GARANTIE DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur s'engage au versement du capital prévu à l'article 14 du présent contrat au bénéficiaire acceptant désigné aux conditions particulières.

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

Cette garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 5 du présent contrat et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré atteint son 80^{ème} anniversaire.

ART 12 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

La garantie PTIA est accordée sans majoration de cotisation par extension de la garantie Décès, sauf décision contraire portée à la connaissance de l'Assuré sur l'attestation d'Assurance et /ou sur les Conditions Particulières.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie l'Assureur s'engage au versement du capital prévu à l'article 14 du présent contrat au bénéficiaire acceptant désigné aux conditions particulières.

La garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 5 du présent contrat et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré atteint son 65^{ème} anniversaire.

SOUS TITRE II - REGLES COMMUNES AUX DEUX GARANTIES

ART 13 CAPITAL ASSURÉ A LA SOUSCRIPTION

Le capital assuré, à la souscription, est égal :

- au montant du prêt en principal, conformément au tableau d'amortissement annexé à l'acte de prêt,
- pour le crédit-bail ou la location avec option d'achat : au montant du prix de facturation TVA comprise.

Le capital assuré est limité au plafond fixé aux conditions particulières en vigueur au moment de l'adhésion.

Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties souscrites au titre du présent contrat.

ART 14 PAIEMENT DE LA PRESTATION

Le montant de la prestation est égal :

- au montant du prêt en principal restant dû, conformément au tableau d'amortissement annexé à l'acte de prêt,
- pour le crédit-bail ou la location avec option d'achat : à la somme des loyers restant dus au jour du sinistre, augmenté de la valeur résiduelle, TVA comprise.

Le montant de la prestation est limité à la quotité assurée.

La prestation est versée après transmission des pièces justificatives prévues à l'article 17 du présent contrat.

Les cotisations restent dues jusqu'au jour de l'exigibilité du capital.

L'Assuré est toujours considéré comme ayant réglé toutes les échéances antérieures de remboursement du financement. Les échéances impayées du prêt ne seront pas prise en charge au titre du présent contrat.

A - EN CAS DE DÉCÈS

Le paiement s'effectue au profit du bénéficiaire acceptant figurant aux conditions particulières.

Les intérêts courus entre la date de survenance du décès ouvrant droit à prestation et celle où son règlement deviendra effectif, sont à la charge de la succession.

B - EN CAS DE PTIA

Le capital prévu au présent article devient exigible au jour de la consolidation et est versé par anticipation au bénéficiaire acceptant précisé aux conditions particulières selon la quotité assurée à la garantie souscrite et conformément au dernier tableau d'amortissement en vigueur.

Les intérêts courus entre la date de survenance de l'évènement ouvrant droit à prestation et celle où son règlement deviendra effectif, sont à la charge de l'Assuré.

SOUS TITRE III - GARANTIES INCAPACITÉ TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ

ART 15 INCAPACITÉ TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT)

A - LA GARANTIE

En cas d'Incapacité Totale Temporaire de travail, par suite de maladie ou d'accident, l'Assureur règle au bénéficiaire acceptant tel qu'il est précisé aux conditions particulières et sous réserve de l'application du délai de franchise fixée aux dites conditions particulières des indemnités journalières sous la forme suivante :

- s'il s'agit d'un prêt amortissable, la ou les mensualités ou trimestrialités à échoir pendant la période d'inactivité selon la quotité assurée, au prorata du nombre de jours d'arrêt total de travail jusqu'à la date de consolidation et au plus tard au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail,
- s'il s'agit d'un crédit-bail ou LOA, le ou les loyers à échoir, TVA comprise, pendant la même période selon la quotité assurée, au prorata du nombre de jours d'arrêt total de travail jusqu'à la date de consolidation et au plus tard au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail,
- s'il s'agit d'un prêt dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt In Fine) les échéances d'intérêts à échoir pendant la période d'inactivité selon la quotité assurée, au prorata du nombre de jours d'arrêt total de travail jusqu'à la date de consolidation et au plus tard au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail, à l'exclusion de tout remboursement de capital en principal.

Cette garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 5 du présent contrat et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'assuré atteint son 68^{ème} anniversaire.

B. RECHUTE OU RÉCIDIVE

En cas de rechute ou de récidive suivant la reprise d'activité, le sinistre se poursuit dès le 1^{er} jour de la rechute ou de la récidive sans application d'une nouvelle franchise, sur les bases du sinistre en cours à l'origine de l'accident ou de la maladie concernée.

Quel que soit le nombre de rechutes ou récidives, la durée maximum de prestations visées au paragraphe A

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

du présent article ne peut excéder la durée maximale de la garantie.

Une rechute survenant après une période de plus de douze mois après la reprise de travail sera considérée comme une nouvelle maladie ou un nouvel accident.

C - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve de fournir l'ensemble des pièces prévues à l'article 17 ci-après, les prestations sont versées pendant la durée de l'Incapacité totale temporaire de travail au bénéficiaire acceptant. Le montant des prestations est proratisé le 1^{er} et le dernier mois du versement.

Les prestations sont versées jusqu'au terme du prêt, et au plus tard au terme de la garantie.

L'Assuré conservera toutefois la charge de rembourser lui-même, à chaque échéance, la part de l'amortissement correspondant à la part du financement en principal, le cas échéant les loyers ou les intérêts, dépassant la garantie accordée (quel que soit le nombre de prêts assurés et le montant global des échéances de remboursement).

Par ailleurs, l'Assuré continue de payer le montant des cotisations dû au titre du présent contrat.

Le versement de la prestation est interrompu :

- en cas de reprise même partielle de l'activité professionnelle,
- en cas de consolidation de l'état médical dûment constaté,
- au terme maximum de la garantie tel que défini au A du présent article.

ART 16 INVALIDITE

Dès lors que l'invalidité est reconnue par la Commission Médicale suite à la consolidation de l'état médical de l'Assuré, la prestation Incapacité totale temporaire de travail prend fin et la garantie Invalidité peut être mise en oeuvre.

Cette garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 5 du présent contrat et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré atteint son 68^{ème} anniversaire.

A - POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PARTIELLE OU TOTALE

L'invalidité prise en compte est une invalidité professionnelle.

Lors de la consolidation de l'état médical de l'Assuré, la Commission Médicale détermine un taux d'invalidité. Selon le cas d'espèce, ce taux est déterminé :

- par référence au barème professionnel annexé aux Conditions Particulières,
- en fonction de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur l'activité professionnelle spécifique exercée.

La Commission Médicale a la possibilité de moduler, par adaptation ou assimilation, les taux mentionnés dans le barème en prenant en compte les spécificités propres

à l'exercice de la profession pour la détermination personnalisée du taux d'invalidité professionnelle.

La répercussion de l'invalidité est évaluée en comparant l'activité de l'Assuré après accident ou l'affection à celle qu'il menait auparavant et en tenant compte des conditions normales d'exercice de sa profession, des possibilités de rééducation, d'appareillage et de la capacité d'exercice restante.

Le taux d'invalidité retenu est indépendant de celui des régimes obligatoires prévus par le Code de la Sécurité Sociale.

B - POUR LES NON-PROFESSIONNELS DE SANTÉ : LE CONJOINT, CO-EMPRUNTEUR D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ : INVALIDITÉ PARTIELLE OU TOTALE

L'invalidité prise en compte est une invalidité fonctionnelle et professionnelle.

Lors de la consolidation de l'état médical, la commission médicale détermine un taux d'incapacité fonctionnelle et un taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, selon le barème de droit commun du Concours Médical, en vigueur au jour de la constatation de l'état d'invalidité. Il est basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction du taux et de 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 d'exercice normal de cette profession, des possibilités d'exercice restantes et des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le taux d'invalidité est déterminé selon le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle à partir du tableau croisé ci-dessous :

		Taux d'incapacité fonctionnelle									
		%	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'incapacité professionnelle	10					29	33	37	40	43	46
	20				32	37	42	46	50	54	58
	30			30	36	42	48	53	58	62	67
	40	24	33	40	46	52	58	64	69	74	
	50	27	36	43	50	56	63	68	74	79	
	60	29	38	46	53	60	66	73	79	84	
	70	30	40	48	56	63	70	77	83	89	
	80	32	42	50	58	66	73	80	87	93	
	90	33	43	52	61	69	76	83	90	97	
	100	34	45	54	63	71	79	86	93	100	

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

C - PAIEMENT DE LA PRESTATION

1) Evaluation du taux

Le taux d'invalidité est reconnu par la Commission Médicale :

- soit pour une période temporaire éventuellement reconductible,
- Soit de façon définitive.

Si le taux d'invalidité est compris entre 33% et 65% inclus et s'il n'est pas reconnu comme définitif par la Commission Médicale, il peut être révisable en augmentation ou en diminution durant toute la période de service des prestations.

2) Versement des prestations

Le versement des prestations est subordonné à la fourniture des pièces prévues à l'article 17 du présent contrat. Le 1^{er} mois de versement est proratisé. Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Lorsque le taux d'invalidité est compris entre 33% et 65% inclus, l'Assureur prend en charge le montant des échéances en fonction de la quotité assurée et proportionnellement au taux d'invalidité retenu par la Commission Médicale :

- s'il s'agit d'un prêt amortissable, la ou les mensualités, trimestrialités ou annuités à échoir,
- s'il s'agit d'un crédit bail ou LOA, le ou les loyers à échoir, TVA comprise,
- s'il s'agit d'un prêt dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt in fine), les échéances d'intérêts jusqu'au terme du contrat de prêt, à l'exclusion de tout remboursement de capital en principal.

Le versement est directement effectué auprès du bénéficiaire acceptant.

Lorsque le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 66%, l'Assureur prend en charge :

- pour un prêt amortissable : le capital restant dû au jour de la consolidation, versé par anticipation au bénéficiaire acceptant tel qu'il est précisé aux conditions particulières selon la quotité assurée et conformément au dernier tableau d'amortissement en vigueur.
- S'il s'agit d'un prêt dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt in fine), les échéances d'intérêts jusqu'au terme du contrat de prêt, à l'exclusion de tout remboursement de capital en principal.
- S'il s'agit d'un crédit-bail ou d'une location avec option d'achat, la somme des loyers restant dus au jour du sinistre augmentée de la valeur résiduelle, selon la quotité assurée, TVA comprise.

Les cotisations restent dues jusqu'au jour de l'exigibilité du capital.

Les intérêts courus entre la date de survenance de l'évènement ouvrant droit à prestation et celle où son règlement deviendra effectif, sont à la charge de l'Assuré.

Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties souscrites au titre du présent contrat.

3) Terme de la prestation

Le versement des prestations cesse :

- dès que le taux d'invalidité devient inférieur à 33% si ce taux est révisable,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- au terme de la garantie.

SOUS TITRE IV - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

ART 17 DELAIS ET PIÈCES A FOURNIR

A - POUR TOUTES LES GARANTIES

En cas d'accident ou de maladie, l'Assuré doit en aviser l'Assureur, par écrit, par téléphone ou par fax.

Pour toutes les garanties du présent contrat, le versement de la prestation est subordonné à la fourniture des pièces suivantes :

- le tableau d'amortissement en vigueur précisant la valeur du capital assuré restant dû au jour du sinistre,
- un relevé bancaire reprenant la dernière échéance du prêt.

L'Assureur se réserve la faculté de demander tout autre document nécessaire au règlement du capital ou des échéances.

L'Assureur ne pourra prendre en considération tout sinistre qui serait déclaré plus de six mois après sa survenance, sauf en cas de force majeure.

B - POUR LA GARANTIE DÉCÈS

Le paiement s'effectue au profit du bénéficiaire acceptant figurant aux conditions particulières après transmission des pièces justificatives suivante :

- l'acte de décès,
- un certificat médical confidentiel établi par le médecin traitant et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-Conseil, précisant les causes et circonstances du décès.

C - POUR LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Pour la perte totale et irréversible d'autonomie, le certificat établi par le médecin traitant doit faire ressortir l'état (Invalidité dite de 3ème catégorie par la Sécurité Sociale) ainsi que son caractère définitif. L'Assuré devra joindre toutes pièces complémentaires qu'il pourrait détenir pour attester ledit état d'invalidité (attestation d'invalidité totale absolue et définitive de son régime d'assurance maladie dont il dépend, nécessité de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les besoins de la vie courante, etc...).

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

D - POUR LES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ

En cas d'accident ou de maladie, l'Assuré ou toute autre personne agissant en son nom doit, dans les 10 jours de la survenance de l'évènement sous peine de déchéance totale ou partielle, sauf cas fortuit ou force majeure :

- en cas de maladie, indiquer la nature de la maladie ainsi que le mode et la date d'apparition des premiers signes de l'affection,
- en cas d'accident, relater les circonstances en précisant le lieu, la date et l'heure de survenance, et préciser s'il a été dressé un procès verbal.

L'Assuré devra également adresser, sous pli confidentiel directement à l'attention du médecin Conseil de l'Assureur, un certificat médical attestant des causes de l'accident ou de la maladie, de la nature et de la localisation des blessures ou lésions et de leurs conséquences connues ou présumées.

ART 18 RÔLE DE LA COMMISSION MÉDICALE EN CAS DE SINISTRE

A - OUVERTURE ET MAINTIEN DES DROITS À PRESTATION

La Commission Médicale a également compétence pour donner un avis sur l'ouverture et le maintien des droits à prestations, les décisions étant prises par l'Assureur.

Selon les cas et afin de pouvoir conclure en toute connaissance de cause, la Commission Médicale peut :

- convoquer l'assuré aux frais de l'assureur (sauf contre indication médicale),
- missionner un médecin aux frais de l'assureur pour examiner l'assuré.

L'assuré ne peut prétendre à aucune indemnité compensatrice de perte de revenu pendant le temps consacré à ces investigations.

A tout moment, la Commission Médicale peut, à ses frais, demander des pièces justificatives ou missionner un médecin pour examiner l'Assuré. **Tout refus opposé à ces contrôles entraîne la déchéance des garanties en cause.**

B - RECOURS

L'Assuré peut contester la décision de la Commission Médicale par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours après en avoir eu connaissance.

La Commission Médicale pourra proposer une nouvelle expertise. Le nouveau médecin expert sera alors missionné aux frais de l'Assureur pour procéder à une nouvelle expertise de l'Assuré.

ART 19 FAUSSES DÉCLARATIONS

Pour toute réticence ou fausse déclaration faite à la souscription ou en cours de contrat et constatée à l'occasion d'un sinistre, l'Assureur pourra conformément aux dispositions du Code des Assurances opposer au bénéficiaire les sanctions suivantes :

- réduction de l'indemnité si le fait n'est pas intentionnel (article L113-9 du Code des Assurances),

- nullité du contrat, sans indemnité, si le fait est intentionnel (article L113-8 du Code des Assurances),

- réduction de l'indemnité ou nullité du contrat en cas d'erreur sur l'âge (article L 132-26 du Code des Assurances).

Si à l'occasion d'un sinistre, il est sciemment fait usage de fausse déclaration, notamment par l'usage de faux justificatifs ou de moyens frauduleux, par l'Assuré ou ses ayants droit, aucune indemnité ne sera due par l'Assureur (déchéance du contrat). Dans ce cas, si des indemnités ont déjà été versées, l'Assureur est en droit de les récupérer en totalité, sans préjudice d'une possible demande de dommages et intérêts en justice.

SOUS TITRE V - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AERAS RELATIVES À LA CONVENTION AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) ayant pour but de faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Si la garantie incapacité et invalidité ne peuvent pas être accordées, l'Assureur proposera chaque fois que cela sera possible une garantie additionnelle d'invalidité spécifique à la convention AERAS.

Cette garantie couple l'invalidité fonctionnelle et l'invalidité professionnelle.

La garantie invalidité spécifique s'appliquera si votre taux d'incapacité fonctionnelle, au sens du barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires, est au moins égal à 70%.

Lorsqu'elle est accordée, cette garantie spécifique ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'Assuré.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous rendre sur le site officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr ou consulter le dépliant qui vous a été remis.

TITRE III - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AU CONTRAT GROUPE SOUSCRIT PAR L'AMAP

I - LES STATUTS DE L'ASSOCIATION

Les statuts, le règlement intérieur ainsi que la liste des membres du Conseil d'Administration de l'association souscriptrice sont disponibles pour l'Assuré :

- sur le site Internet de l'association :

www.amap-asso.fr

- sur simple demande par courrier au siège de l'association souscriptrice, 11 rue Brunel, 75017 PARIS.

CONDITIONS GÉNÉRALES

COUVERTURE DE PRÊT

Les statuts prévoient notamment :

- l'objet et les coordonnées du siège social de l'association,
- l'établissement par le Conseil d'Administration de l'association d'un rapport annuel sur le fonctionnement du contrat groupe tenu à disposition des adhérents,
- la tenue, au moins une fois par an, d'une assemblée générale et les modalités d'exercice du droit de vote des adhérents,
- les conditions financières du bon fonctionnement de l'association et sa situation comptable.

II - LE MANDAT SPÉCIAL DE GESTION ET D'INFORMATION DONNÉ PAR L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE À L'ASSUREUR

En application d'un mandat spécial annuellement reconductible, l'Assureur est chargé par l'association de la gestion générale du contrat groupe, ainsi que de l'information individuelle des assurés, notamment sur l'évolution des dispositions contractuelles.

A - L'INFORMATION

Cette information porte sur :

- la communication des statuts et du règlement intérieur de l'association souscriptrice,
- la communication des noms, professions et fonction des membres de son conseil d'administration, selon les modalités définies ci-dessus,
- les modalités d'adoption et du contenu des avenants modificatifs du contrat groupe,
- les conditions et les conséquences de la résiliation du contrat groupe par le souscripteur ou l'Assureur.

B - LES MODALITÉS D'ADOPTION DES AVENANTS MODIFICATIFS DU CONTRAT GROUPE

Le contrat groupe est modifié par accord entre l'association souscriptrice et l'Assureur.

Ces aménagements peuvent notamment intervenir dans les cas suivants :

- évolution du cadre législatif, réglementaire ou fiscal,
- évolution des besoins spécifiques du groupe assuré en matière de garanties,
- évolution de la composition démographique du groupe assuré,
- résultats techniques du contrat,
- évolution des conditions de la réassurance.

Par ailleurs, le contrat est susceptible d'être modifié de plein droit par l'effet de dispositions législatives ou réglementaires impératives.

En cas d'accord entre l'association souscriptrice et l'Assureur, tout aménagement du contrat de groupe fait l'objet d'un avenant modificatif voté en assemblée générale des membres de l'association, et doit être adopté à la majorité. Celui-ci est adressé de façon individuelle à chaque adhérent au contrat groupe 3 mois avant son entrée en vigueur.

C - CONDITIONS ET CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION PAR L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE OU L'ASSUREUR

La résiliation du contrat groupe intervient de plein droit dans les deux cas suivants :

- en cas de dissolution ou de cessation d'activité du souscripteur,
- en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

L'association souscriptrice et l'Assureur peuvent également résilier le présent contrat groupe le 31 décembre de chaque année, avec un préavis de 3 mois notifié par lettre recommandée.

Dans l'hypothèse d'une résiliation du contrat groupe, les adhésions individuelles continueront à produire leurs effets jusqu'à leur terme normal à la condition que les cotisations continuent à être versées aux échéances convenues.

MACSF assurances - SIREN N° 775 665 631 | **MACSF prévoyance** - SIREN n° 784 702 375
Sociétés d'Assurances Mutuelles | Entreprises régies par le Code des Assurances
Siège social : cours du Triangle, 10 rue de Valmy, 92800 PUTEAUX
Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 70400,92919 LA DEFENSE CEDEX | France
Tél. 3233
AMAP | Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance | 11, rue Brunel, 75017 PARIS

