

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.