

CAFPI EMPRUNTEUR - en capital restant dû

NOTICE D'INFORMATION au 01/11/2011

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative N°207JA0003 est souscrit par l'Association des Mutualistes pour l'Épargne et la Prévoyance, association loi 1901 dont le siège social est sis 10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS, auprès de SPHERIA VIE, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est 10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

Le contrat « CAFPI Emprunteur - en capital restant dû » a pour objet de garantir à l'assuré titulaire d'un prêt consenti par un organisme financier, les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le Code des Assurances et la législation en vigueur.

1 - CONDITIONS D'ADHESION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, vous devez, au jour de la signature de la demande d'adhésion, être âgé de 18 ans à :
Pour l'ensemble des garanties « en couverture de prêt » et « prévoyance crédit » :

- 79 ans inclus pour les garanties « décès »,

Pour les garanties « en couverture de prêt » exclusivement :

- 64 ans inclus pour les garanties perte totale et irréversible d'Autonomie (PTIA), incapacité temporaire totale de travail (ITT), invalidité permanente totale (IPT) ou partielle (IPP),
- exercer une activité professionnelle (pour les garanties ITT/IPP/IPT).

Dans tous les cas :

- avoir la qualité d'emprunteur, co-emprunteur, caution ou assimilé,
- être résident fiscalement en France Métropolitaine ou DOM.

Vous devez satisfaire aux formalités suivantes :

- remplir et signer une demande d'adhésion,
- remplir et signer une déclaration de santé (ou un questionnaire de santé) et accepter de vous soumettre à des formalités supplémentaires, notamment médicales si l'assureur le juge nécessaire. L'assureur se réserve alors le droit de différer l'adhésion, de ne l'accepter que sous certaines conditions (exclusions partielles ou surprime) ou de la refuser.
- indiquer votre activité professionnelle,
- régler la première cotisation.

Pour tout adhérent à la retraite ou en préretraite, seul le risque décès est couvert.

Le montant maximum du capital qui peut être garanti en un ou plusieurs prêts, ou en cas d'adhésions multiples au contrat collectif «CAFPI Emprunteur - en capital restant dû», et ce pour un même assuré, est limité à 2 000 000 € pour l'ensemble des garanties, dans la limite d'une échéance mensuelle de 7 500 € pour les garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente totale ou partielle.

La quotité du prêt assurée est égale au rapport entre le capital assuré et le montant du prêt. Le total des quotités assurées au titre des garanties « en couverture de prêt » et « prévoyance crédit » ne peut excéder par assuré 100% du montant des engagements nés du prêt garanti et s'applique obligatoirement à l'ensemble des garanties accordées à l'assuré. Les assiettes de garanties définies au présent contrat s'entendent pour une quotité assurée de 100% du prêt. Si le capital assuré mentionné au certificat d'adhésion est inférieur au montant du prêt, le capital restant dû assuré en cas de décès ou le remboursement des échéances en incapacité-invalidité est limité à la quotité assurée.

2 - EFFET/DUREE DES GARANTIES

Effet des garanties : votre assurance prend effet, après acceptation de l'assureur, à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par l'assureur à l'adhérent et au plus tôt, à la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'assuré, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque, l'assuré est garanti contre le risque de décès suite à accident dans la limite de 150 000 € et sous réserve des limites et exclusions prévues au présent contrat. La date d'effet de cette garantie est la date de signature de la demande d'adhésion. La garantie prend fin au jour de notification par l'assureur de refus ou d'accepter le risque et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie. Le bénéficiaire de cette prestation est le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut vos héritiers légaux, sauf désignation contraire de votre part ; si l'assuré est dirigeant d'une entreprise adhérente, le bénéficiaire en cas de décès est l'entreprise

elle-même.

Durée des garanties : elle est celle prévue au certificat d'adhésion, mais ne peut dépasser 35 ans pour les prêts amortissables et 30 ans pour tous les autres types de prêts (y compris prolongation de durée de prêt pour les prêts modulables et différés d'amortissement).

Les garanties peuvent, sous condition et sauf en cas de résiliation du contrat collectif où les adhésions se poursuivent en l'état jusqu'à leur terme sauf résiliation anticipée ou modification tarifaire telle que prévue à l'article 10, être modifiées en cours de vie de l'assurance (augmentation ou adjonction de garantie, diminution ou suppression de garantie, toute diminution ou suppression de garantie nécessitant l'accord écrit de l'organisme financier prêteur).

3 - CESSATION DES GARANTIES

- en cas de survenance de toute cause d'exigibilité immédiate des sommes restant dues au prêteur prévue aux conditions générales du contrat de prêt, l'assuré ne faisant alors plus partie du groupe assuré au sens de l'article L.141-3 du Code des Assurances,

- à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'assuré-emprunteur vis-à-vis de l'organisme financier,

- au 90^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie décès,

- au jour du départ en retraite ou préretraite de l'assuré et au plus tard à son 65^{ème} anniversaire pour les garanties « PTIA », « incapacité temporaire totale de travail » et « invalidité permanente totale ou partielle ».

Les âges indiqués ci-dessus s'entendent par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année considérée.

- en cas de non-paiement des cotisations,

- au décès de l'assuré,

- à la date de reconnaissance de l'état de PTIA de l'assuré,

N.B. : lorsque l'assuré atteint l'âge limite prévu pour la garantie PTIA, la totalité de la prime d'assurance afférente à la garantie « décès/PTIA » est portée sur le risque décès, et ce, jusqu'à la date de cessation de l'assurance.

- en cas de résiliation de l'adhésion par l'assureur ou l'adhérent : la résiliation par l'adhérent peut être demandée au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée adressée à l'assureur deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion fixée au 1^{er} janvier ; en cas d'augmentation des cotisations par l'assureur suite à aggravation des résultats du groupe assuré, sous réserve de notification du refus à l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la notification par l'assureur.

L'assureur peut résilier l'adhésion en cas de défaut de paiement des cotisations (voir « cotisations »), en cas de refus par l'adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif.

L'adhérent ou l'assureur peut également résilier l'adhésion en cas de modification ou cessation du risque, dès lors que l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée avec avis de réception, en cas de survenance de l'un des événements suivants : changement de domicile, changement de situation ou de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

N.B. : la résiliation demandée par l'adhérent est effective sous réserve du consentement écrit de l'organisme financier ayant consenti le prêt ; en cas de résiliation à l'initiative de l'assureur celui-ci s'engage à informer par courrier l'organisme financier prêteur réputé bénéficiaire acceptant.

4 - RISQUES GARANTIS

Le présent contrat s'articule autour de deux modules de garanties « en couverture de prêt » et « prévoyance crédit ».

Pour les modules « en couverture de prêt » et « prévoyance crédit » :

Décès : cette garantie intervient en cas de décès de l'assuré.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : un assuré est en état de PTIA lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Pour le module « en couverture de prêt » :

Incapacité Temporaire de Travail / Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

l'assuré sans emploi ou au chômage ou n'exerçant pas d'activité professionnelle ou l'assuré exerçant une activité professionnelle dans le cadre de missions intérimaires ou d'emplois saisonniers ne peut

être couvert par ces garanties.

- un assuré est en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité complète d'exercer son activité professionnelle, et qu'il n'exerce aucune autre activité ou occupation professionnelle susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit. Cet état peut être constaté par expertise médicale de l'assureur. La prise en charge au titre de cette garantie est limitée à 1095 jours à compter de la date d'arrêt total de travail.

- un assuré est en état d'invalidité permanente totale ou partielle lorsque par suite d'accident ou de maladie son taux d'invalidité est compris entre 33% et 66% (partielle) ou supérieur à 66% (totale).

Garanties DECES et PTIA :

L'assureur, selon les modalités prévues au certificat d'adhésion et le module souscrit, verse à l'organisme financier prêteur ayant consenti le prêt assuré et dont les coordonnées figurent sur le certificat d'adhésion (pour le module « en couverture de prêt ») ou le bénéficiaire désigné par l'assuré au certificat d'adhésion (pour le module « prévoyance crédit »), un capital tel que défini ci-dessous :

- dans le cas d'un prêt amortissable (y compris prêts modulables) sans différé d'amortissement de capital et d'intérêts : la quotité assurée du montant du capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA, tel qu'il résulte du tableau d'amortissement de l'organisme financier prêteur fourni par l'assuré ou à défaut de l'échéancier établi par l'assureur comme base de l'assurance.

- dans le cas d'un prêt amortissable avec différé d'amortissement de capital et d'intérêts : pendant la période de différé, la quotité assurée de la somme totale restant due (capital majoré des intérêts de différé) au jour du décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA.

- dans le cas d'un prêt relais ou d'un prêt in fine : la quotité assurée du capital mentionné au certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, les mensualités du prêt restées impayées au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de PTIA ne seront pas prises en charge par l'assureur.

N.B. : lorsque l'assuré a la qualité de caution ou assimilé, le bénéficiaire de ces garanties est l'organisme financier prêteur.

Garanties INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) – INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) ou PARTIELLE (IPT) :

Incapacité temporaire totale de travail : en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident, l'assureur verse à l'assuré, les échéances du prêt garanties telles que définies ci-dessous (pour le module « en couverture de prêt »), à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail et au plus tard dans les limites prévues par le contrat. Ce délai de franchise est porté à 120 jours pour les garanties « incapacité temporaire totale de travail » et « invalidité permanente » accordées dans les DROM.

Si une expertise médicale diligentée par l'assureur détermine que l'incapacité n'est plus totale ou n'est pas justifiée, la prise en charge est interrompue.

En cas de rechute de l'assuré dans un délai maximum de 60 jours suivant la reprise d'activité, sous réserve que la preuve soit apportée que le nouvel arrêt de travail résulte des mêmes causes que le précédent arrêt ayant donné lieu au versement des prestations, l'assureur prend en charge le montant des échéances postérieures à la date du nouvel arrêt de travail, sans imposer un nouveau délai de franchise.

A l'issue des limites d'indemnisation de la garantie « incapacité temporaire totale de travail » prévues au contrat, le maintien de la prise en charge est examiné au titre de la garantie « invalidité permanente totale ou partielle ».

Invalidité Permanente Totale ou Partielle : lors de l'adhésion, et pour les garanties « en couverture de prêt », l'adhérent a le choix entre deux options de garanties :

- l'invalidité permanente totale uniquement (>66%)
- l'invalidité permanente totale (>66%) ou partielle (comprise entre 33% et 66%).

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré, en fonction de l'option choisie à l'adhésion et indiquée au certificat d'adhésion, l'assureur verse à l'assuré, tout ou partie des échéances du prêt garanties dès la date de consolidation de l'état d'invalidité. la franchise s'applique si l'invalidité n'est pas consécutive à une incapacité temporaire totale de travail déjà indemnisée au titre du présent contrat.

Le taux d'invalidité permanente totale ou partielle est à la fois fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle de l'assuré.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0% à 100%. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise et par référence au barème édité par la revue « Le Concours Médical ».

Le taux d'incapacité professionnelle est établi de 0% à 100%. Il est fixé par expertise. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée.

Le taux d'invalidité permanente totale ou partielle est déterminé en

fonction des deux taux définis ci-dessus d'après le tableau ci-après :

TAUX D'INCAP. PROF. (%)	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE (%)								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				10	15	20	25	50	100
20				20	25	30	50	100	100
30			10	30	35	45	75	100	100
40			20	40	50	60	100	100	100
50		10	30	50	60	80	100	100	100
60		20	40	60	70	100	100	100	100
70		30	50	70	85	100	100	100	100
80	40	50	65	80	100	100	100	100	100
90	50	70	80	90	100	100	100	100	100
100	60	80	90	100	100	100	100	100	100

Si le taux d'invalidité N, déterminé à partir des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle tels que définis ci-dessus, est :

- supérieur à 66% : l'assuré est considéré en invalidité permanente totale. Les mensualités du prêt sont prises en charge en totalité, ce en fonction de la quotité assurée,

- compris entre 33% et 66% : l'assuré est considéré en invalidité permanente partielle. La prise en charge par l'assureur des mensualités du prêt, est réduite proportionnellement en fonction du taux d'invalidité attribué dans le tableau ci-dessus,

- inférieur ou égal à 33% : aucune prestation n'est due.

L'assureur aura la possibilité de réviser ce taux, après un nouvel examen médical, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

Un assuré ne peut être considéré en invalidité permanente totale s'il continue d'exercer une activité professionnelle.

Echéances du prêt garanties

En cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré, l'assureur prend en charge les échéances du prêt au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail justifiés et décomptés depuis la fin du délai de franchise, dans les conditions suivantes :

- pendant la période d'amortissement (y compris prêts modulables) : le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée,

- pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée,

- pour les prêts relais et in fine : la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêts échus. Ne sont pas couvertes les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels du prêt, les versements prévus dans l'acte de prêt sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés.

Invalidité AERAS :

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, l'assureur s'engage à étudier la possibilité de garantir l'assuré au titre d'une garantie additionnelle dite Invalidité AERAS dans les cas suivants :

- la garantie invalidité permanente totale ou partielle du présent contrat, demandée à l'adhésion, ne peut être accordée à l'assuré,

- la garantie invalidité permanente totale ou partielle du présent contrat, demandée à l'adhésion, a été accordée à l'assuré avec exclusion(s) de pathologie(s) ; dans ce cas l'assureur s'engage à étudier la possible couverture de l'assuré au titre de la garantie Invalidité AERAS s'agissant des pathologies exclues de la garantie invalidité permanente totale ou partielle du présent contrat.

La présente garantie est prévue au contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative « LA GARANTIE EMPRUNTEUR – INVALIDITE AERAS », contrat souscrit par l'Association des Mutualistes pour l'Épargne et la Prévoyance auprès de SPHERIA Vie.

La définition de cette garantie ainsi que ses modalités de mise en œuvre sont définies à la notice d'information du contrat collectif précité.

Le souscripteur s'engage à adresser la notice d'information du contrat « LA GARANTIE EMPRUNTEUR – INVALIDITE AERAS » à l'assuré concerné par cette garantie.

5 – TERRITORIALITE DES GARANTIES

L'assurance est valable dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogations, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois, et sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion.

Toutefois lorsque l'accident ou la maladie survient et/ou se prolonge hors de France Métropolitaine ou DROM, le versement des prestations s'effectue en France Métropolitaine ou DROM.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail survenant hors de

France Métropolitaine ou DROM, les prestations ne sont dues que pour les jours d'incapacité postérieurs au rapatriement de l'assuré en France Métropolitaine ou DROM, après application de la franchise prévue.

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle, la détermination du taux d'invalidité par voie d'expertise amiable a toujours lieu en France Métropolitaine ou DROM.

6 – CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

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

- le suicide ou la tentative de suicide, conscient ou inconscient de l'assuré dans la première année de l'adhésion ; toutefois le risque de suicide sera couvert à compter de la date d'effet de l'adhésion dans la limite de 120 000 € maximum pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale.
- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non quelque soit le lieu où se déroulent ces événements et les protagonistes ;
- la participation de l'assuré à tout duel, délit, acte criminel ou rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, émeute ou mouvement populaire ;
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes, émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ;
- les conséquences de maladie ou d'accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- la manipulation par l'assuré ou d'un tiers, d'armes et d'explosifs dont la détention est interdite, ou de produit dangereux ;
- la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- la pratique à titre amateur de tout sport de combat, de tout sport nécessitant l'usage d'engins à moteur, toute activité sportive ou de loisir de voltige, de cirque, souterraine, aérienne, fluviale (rafting, canyoning, hydrospeed), maritime, subaquatique, tout sport extrême de montagne y compris hors piste et tout sport de haute montagne, sauf dérogation particulière au certificat d'adhésion et après acceptation de l'assureur ; lorsque ces sports ou activités sont pratiqués à titre amateur dans un pays de l'Union Européenne et de façon exceptionnelle dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, les garanties sont acquises si l'assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement, dans le respect de la législation en vigueur. La pratique du ski hors piste reste toutefois totalement exclue des garanties.
- l'usage de stupéfiants, drogues, produits médicamenteux ou tranquillisants à dose non prescrite par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement ;
- les actes consécutifs à l'ivresse et au délire alcoolique de l'assuré lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal en vigueur ainsi que l'alcoolisme chronique, ses suites, conséquences et récurrences ;
- les périodes d'activité militaire.

EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

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

- toute atteinte et/ou affection de la colonne cervico-dorsolombaire d'origine discale et/ou radiculaire : pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose, entraînant cervicalgies, névralgies cervico-brachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatalgies, sciatiques, cruralgies. Cette exclusion ne s'applique pas en cas d'origine tumorale ou s'il s'agit d'une fracture ou si une intervention chirurgicale est nécessaire durant cette incapacité de travail nécessitant une hospitalisation d'au moins 5 jours continus dans les trois mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail ; au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une(les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surprime spécifique et après acceptation par l'assureur.
- tout trouble fibromyalgique, toute affection psychopathologique, neuropsychique, astheno-anxio-dépressive et autres maladies mentales sauf celles ayant motivé une hospitalisation d'au moins 15 jours continus en milieu psychiatrique dans les six mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail ; au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une(les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surprime spécifique et après acceptation par l'assureur.
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- les congés légaux de maternité et paternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale pour les salariés, que

l'assuré soit salarié ou non ;

- les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une maladie ou d'un accident couvert par le contrat.

Sont en outre exclus, les sinistres occasionnés au cours de l'exercice des métiers ou activités suivants, leurs suites et conséquences :

- travaux forestiers, convoyeurs de fonds, ouvrages d'art et de grande hauteur du BTP, travail de la mine ou souterrain ou galerie, guide de haute montagne, moniteur de ski, marin pêcheur, surveillance armée / maintien de l'ordre, pompiers volontaires ou professionnels, artificier / usage d'explosifs, artiste de cinéma ou de télévision / intermittents du spectacle, professionnels du cirque, artificiers, cascadeurs, sauf dérogation particulière au certificat d'adhésion et après acceptation de l'assureur.

Restent néanmoins exclus de toutes les garanties, les sinistres occasionnés au cours de l'exercice des métiers ou activités suivants, leurs suites et conséquences : professions du maintien de l'ordre / surveillance armée, sécurité et convoyeurs de fonds, pompiers volontaires ou professionnels, personnes travaillant sur une plateforme pétrolière.

7 – QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'assuré ou le bénéficiaire, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les délais indiqués ci-dessous, doit déclarer à l'assureur, ou par délégation à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat.

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à l'assureur (ou le cas échéant à son médecin consultant) de toutes les pièces et justificatifs nécessaires à l'assureur pour l'étude de votre dossier en fonction des garanties souscrites, ces pièces étant les suivantes :

Pièces justificatives communes à toutes les garanties : l'original du certificat d'adhésion et de ses avenants éventuels, un constat de gendarmerie ou rapport de police précisant la date de survenance et les circonstances de l'événement lorsque le sinistre résulte des suites d'un accident, une attestation de l'organisme prêteur confirmant le montant de la prestation à verser, le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré.

Pièces justificatives spécifiques à chacune des garanties :

En cas de décès : un extrait d'acte de décès de l'assuré, sous pli confidentiel à l'attention du médecin consultant de l'assureur, un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par l'assureur) précisant notamment les causes du décès et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, en particulier s'il résulte d'un accident.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie : la notification de perte totale et irréversible d'autonomie avec assistance d'une tierce personne délivrée par le Régime Obligatoire, sous pli confidentiel à l'attention du médecin consultant de l'assureur, un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par l'assureur) et précisant la nature et l'origine des lésions constatées médicalement ainsi que la date de reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, confirmant que l'assuré se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit et l'obligeant à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle : sous pli confidentiel à l'attention du médecin consultant de l'assureur, un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par l'assureur) précisant notamment la nature de la maladie, la date de son apparition ou s'il s'agit d'un accident la date de survenance et la nature des lésions, la durée probable de l'incapacité temporaire totale, la date et l'importance de l'invalidité retenue, les certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation, la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de tout autre régime obligatoire.

Pour toutes les garanties souscrites, l'assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier et d'effectuer un contrôle médical.

Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré ou le bénéficiaire refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur.

L'assureur s'engage, après acceptation du sinistre et dans un délai de 30 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives, à régler les prestations dues.

Délais de déclaration : le sinistre doit être déclaré dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance. A défaut de déclaration dans le délai précité, le sinistre sera considéré comme étant survenu au jour de sa déclaration et la franchise prévue sera décomptée à partir de cette date.

Toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant devra également être déclarée dans un délai maximum de 30 jours. A défaut de déclaration dans le délai précité, l'assuré sera considéré comme ayant repris son activité professionnelle à l'expiration de la période indiquée dans le certificat d'arrêt de travail précédemment remis à l'assureur et les périodes comprises entre cette date et le début de la période de prolongation reçue tardivement ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation.

8 – LITIGES ET ARBITRAGES

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel.

Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Chacun paie les honoraires de son expert ; ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport.

9 – LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'assuré s'engage à informer l'assureur par écrit, de tout remboursement partiel ou total du prêt bancaire et ce au maximum dans les 30 jours qui suivent.

L'assuré s'engage également à informer l'assureur des accidents et maladies constatées médicalement antérieurement à la prise d'effet des garanties, de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque (changement des caractéristiques du (des) prêt(s) assuré(s), tabagisme, situation personnelle, etc.) intervenant antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties et/ou de l'avenant.

En cas de modification des garanties, l'assuré s'engage également à informer immédiatement l'assureur de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque tels que décrits ci-dessus, ainsi que toute modification de son état de santé, intervenue antérieurement à la prise d'effet des nouvelles garanties. En cas de modification en cours de vie de l'adhésion des éléments déclarés à l'adhésion suivants : activité professionnelle, séjour à l'étranger dans les pays suivants : Union Européenne, Suisse, Amérique du Nord, Japon, Australie et Nouvelle Zélande, et/ou pratique d'un sport à titre amateur, dès lors qu'ils ne relèvent pas d'une exclusion prévue au certificat d'adhésion ou à la notice d'information, l'assuré n'est pas contraint d'en informer l'assureur qui prendra en compte la nouvelle situation de l'assuré au moment du sinistre.

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'assuré portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances, les cotisations versées restant acquises à l'assureur.

De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants-droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

10 – COTISATIONS

La cotisation annuelle est calculée et évolue chaque année en fonction des caractéristiques propres à l'assuré telles que l'âge (au moment de l'adhésion et en cours de vie de l'adhésion) ou l'activité professionnelle, et des éléments constitutifs du risque à assurer, ainsi que, le cas échéant, en fonction des caractéristiques du groupe assuré.

Les cotisations sont payables d'avance et peuvent être fractionnées, annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, ce sans frais de fractionnement ; la périodicité est choisie à l'adhésion.

A défaut de paiement des cotisations dues dans le délai de 10 jours suivant leur échéance, une lettre recommandée est adressée à l'adhérent, fixant un délai de 40 jours au terme duquel l'adhésion est résiliée de plein droit ; toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. En cas de paiement des sommes demandées sur la lettre de mise en demeure, après suspension mais avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du paiement.

L'assureur s'engage à informer par courrier l'établissement prêteur de tout acte de mise en demeure pour non-paiement ou de résiliation.

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris ; tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

L'ensemble des prélèvements sociaux et fiscaux, présents ou futurs, dont la récupération est licite, est à la charge de l'adhérent.

11 – EN CAS DE RECLAMATION

Toute demande d'information ou de réclamation relative à l'application du présent contrat doit être présentée auprès de votre interlocuteur habituel ou directement auprès de l'assureur :

SPHERIA VIE - 10, rue Émile Zola - 45000 ORLEANS.

Si après intervention de ceux-ci, un désaccord subsiste, vous pourrez demander un arbitrage à la Commission de Médiation, en adressant votre demande à l'adresse suivante :

COMMISSION DE MEDIATION - SPHERIA VIE - 10, Rue Émile Zola - 45000 ORLEANS

12 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant de ce contrat d'assurance est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent.

Cette prescription est interrompue par une des causes ordinaires de la prescription mais aussi par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'assureur par l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation ou adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement des cotisations. La prescription est également interrompue par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

13 – FACULTE DE RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informés que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : SPHERIA VIE - 10, rue Émile Zola - 45000 ORLEANS, selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) demeurant à déclare renoncer à mon adhésion n° au contrat collectif « CAFPI Emprunteur – en capital restant dû » de SPHERIA Vie, dont la date d'effet est fixée au .../.../..... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de ma demande.

Date : Signature : »

14 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, l'adhérent ou l'assuré peut demander à l'assureur communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de l'assureur, de ses mandataires, réassureurs, ou de tout autre organisme concerné.

GLOSSAIRE DES TERMES ESSENTIELS

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident, au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardiovasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines.

CONJOINT : il s'agit du conjoint de l'assuré, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut du concubin notoire déclaré comme tel par l'assuré à l'assureur, ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

CONSOLIDATION : stabilisation de l'état de santé de l'assuré auquel les soins donnés ne sont plus susceptibles d'apporter d'amélioration et dont il devient possible de déterminer le degré d'invalidité.

FRANCHISE : il s'agit d'une période de carence ne pouvant donner lieu à indemnisation. S'agissant de la garantie incapacité temporaire totale de travail, la franchise indiquée au certificat d'adhésion est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

HOSPITALISATION : il s'agit d'un séjour, de jour ou de nuit, dans un établissement de soins public ou privé, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident garanti par le contrat.

MALADIE : toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.