

## CONDITIONS GENERALES GENWORTH Emprunteur N° FR\_00140 Bis FACL – Notice 2012/12

### ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

GENWORTH ASSURANCES (mandant) donne mandat à la société CBP Solutions (Mandataire) pour gérer pour son compte les demandes de souscription, les demandes de modification en cours de contrat, les Sinistres ainsi que le prélèvement des primes d'assurance relatifs au présent Contrat d'assurance individuelle.

CBP Solutions – Société de courtage d'assurance - RCS Nantes 433 841 285 – BP 11615 – NANTES Cedex 1 immatriculée au registre de l'ORIAS sous le numéro 07 009 023. Adresse Internet du registre d'immatriculation : [www.orias.fr](http://www.orias.fr).

Sous réserve des conditions indiquées ci-après, cette assurance a pour objet, de garantir au profit du Bénéficiaire désigné dans l'Attestation d'assurance, le paiement de tout ou partie du capital restant dû en cas de Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (Garantie assimilée au décès) ou le paiement des ou d'une partie des échéances en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente Totale par Maladie ou Accident.

#### 1.1 Prêts assurables :

Sont assurables :

- les prêts suivants libellés en euros, rédigés en français et accordés par un Organisme Financier agréé par le Comité des Etablissement de Crédit et des Entreprises d'Investissement (CECEI) :
  - Prêts immobiliers,
  - Prêts d'équipements,
  - Prêts personnels,
  - Prêts à la consommation ou affectés,
  - Prêts de restructuration de crédits.
- les types de prêts suivants :
  - Prêts in fine d'une durée maximale de 20 ans,
  - Prêts amortissables d'une durée maximale de 35 ans **avec ou sans une période de différé d'amortissement du capital (différé partiel) ou une période de différé d'amortissement du capital et des intérêts (différé total)**, la période de différé ne pourra excéder 3 ans,
  - Prêts relais d'une durée maximale de 20 ans.

**Sont exclues les opérations liées aux cartes de crédit, découverts, crédits caisse, crédits revolving ou renouvelables, crédit bail.**

#### 1.2 Personnes souscriptrices, personnes assurables et bénéficiaire des prestations :

Ce Contrat d'assurance peut être souscrit par une personne physique ou une personne morale ayant souscrit un prêt ou un crédit.

Sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur, les personnes assurables sont les personnes physiques :

- Ayant la qualité d'emprunteur, co-emprunteur, Caution ou,
- Les représentants d'une personne morale qui emprunte dont la fonction ou la responsabilité joue un rôle économique déterminant dans l'entreprise et dont le **Décès, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou Invalidité Permanente Totale (selon les Garanties souscrites) peut générer :**
  - une dépréciation économique certaine et significative de l'entreprise (perte de chiffre d'affaires, perte de résultat, perte de savoir-faire),
  - des coûts de remplacement significatifs.
- **Résident en France Métropolitaine.** Toutefois, les personnes physiques résidant dans les départements et régions d'Outre Mer (Guadeloupe, Martinique, Réunion sauf Guyane Française) peuvent être assurées au titre du présent contrat mais pour la seule Garantie Décès,
- **âgées**, à la date de la demande de souscription :
  - d'au moins **18 ans**,
  - de moins de **76 ans** pour bénéficier de la Garantie Décès,
  - de moins de **65 ans** pour bénéficier de la Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,

- de moins de **65 ans** pour bénéficier des Garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale.

Sauf dérogation ou stipulation contraire particulière, l'Organisme prêteur / Financier est réputé être Bénéficiaire acceptant des prestations.

#### 1.3 Options proposées au candidat à l'assurance :

**Selon son âge, le type de prêt, le choix effectué à la souscription et la décision de l'Assureur, le Souscripteur/ Assuré peut être garanti :**

**OPTION 1 :** Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

**OPTION 2 :** Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale.

**Ce choix est irrévocable, aucune modification d'option ne pourra intervenir au cours du Contrat.**

Pour bénéficier de l'option 2, la personne assurable doit exercer une activité professionnelle rémunérée sans réduction ou limitation pour raison de santé ou être en situation de chômage indemnisé par Pôle Emploi et ne pas être en situation de retraite ou préretraite.

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

La **Garantie Invalidité Spécifique AERAS** est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'assureur.

Les Garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale ne peuvent être souscrites seules.

**Pour les prêts relais, les prêts in fine et, pendant la période de différé total pour les prêts amortissables, seuls les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont couverts.**

### ARTICLE 2 – DATE D'EFFET ET DUREE DE L'ASSURANCE

#### 2.1 Date d'effet :

A défaut de choix contraire de la personne assurable, les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance, à la date d'acceptation du risque par l'Assureur telle qu'indiquée sur l'Attestation d'assurance.

La personne assurable peut cependant choisir comme date de prise d'effet des garanties :

- soit la date d'acceptation de l'offre ou de la signature du contrat de prêt,
- soit la date d'accord du prêt par l'Organisme prêteur / Financier,
- soit la date de premier déblocage des fonds par l'Organisme prêteur / Financier.

Dans ce cas, la date choisie doit être précisée par la personne assurable sur la demande d'admission. **La date choisie ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'assureur ni être supérieure à 120 jours à compter de la date d'effet de l'assurance mentionnée sur l'Attestation d'assurance, ni être modifiée après l'édition de l'Attestation d'assurance.**

Nota : La demande de souscription doit être effectuée au plus tard à la date de l'engagement contractuel entre le Souscripteur et le Prêteur.

**En cas de décès accidentel de l'Assuré** postérieurement à la date d'effet figurant sur l'Attestation d'assurance mais avant le déblocage des fonds, l'assurance produira ses effets, si le contrat de prêt prévoit le maintien de l'opération, et si le déblocage effectif des fonds intervient dans les 120 jours à compter de la date d'effet de l'assurance.

Il appartient aux ayants droit d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'Accident (défini au lexique) et le décès de l'Assuré.

#### 2.2 Durée de l'assurance :

Le Contrat d'assurance est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction jusqu'à la dernière échéance du ou des prêt(s) ou crédit(s) couvert(s) par le contrat sauf cas de Résiliation et cessation du contrat selon les conditions décrites à l'article 3 et **sans pouvoir dépasser 35 ans.**

## ARTICLE 3 – CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS – RESILIATION DU CONTRAT

### 3.1 Cessation des Garanties et des prestations :

Les Garanties et le versement des prestations cessent automatiquement à la première des dates suivantes :

- à la clôture définitive du prêt ou du crédit assuré ;
- à l'échéance finale théorique du prêt ou du crédit indiquée sur le tableau d'amortissement ;
- à la date de remboursement total anticipé du prêt ou du crédit assuré (sous réserve de la réception par l'Assureur de la mainlevée de l'Organisme prêteur) ;
- à la date de notification à l'emprunteur de la Déchéance du terme du contrat de prêt ou de crédit ;
- à la date de Résiliation du contrat de prêt ou de crédit pour quelque cause que ce soit ;
- le jour du 36ème renouvellement du contrat ;
- en cas de non-paiement des primes d'assurance, selon les dispositions du Code des Assurances ;
- en cas de paiement du capital restant dû par l'Assureur au titre des Garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- dès que l'Assuré n'a plus la qualité de Caution ou si l'emprunt cautionné a été entièrement remboursé ;
- lorsque l'Assuré atteint les limites d'âge propres à chaque Garantie :

**Pour la Garantie Décès** : le jour du 85ème anniversaire de l'Assuré .

**Pour les Garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale** : le jour du 67ème anniversaire de l'Assuré ou à la date de sa mise en préretraite ou retraite, quelle qu'en soit la cause y compris pour inaptitude au travail, si celle-ci intervient avant le jour de son 67ème anniversaire.

### 3.2 Résiliation du contrat :

Le Souscripteur et l'Assuré s'il s'agit d'une personne distincte peuvent demander la Résiliation du présent Contrat d'assurance.

Dans ce cas, la demande de Résiliation doit être adressée à CBP Solutions et accompagnée de l'accord du Bénéficiaire si ce dernier est un Bénéficiaire acceptant.

La demande de Résiliation doit être adressée par courrier recommandé avec avis de réception au moins deux mois avant la date du renouvellement du contrat (échéance annuelle) correspondant à la date d'anniversaire du contrat (délai de préavis). Le délai de 2 mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi. La Résiliation prendra alors effet à l'échéance annuelle du contrat.

## ARTICLE 4 – ETENDUE TERRITORIALE

L'Assuré est couvert dans le monde entier sous réserve d'un accord préalable de l'Assureur en cas de séjours ou voyages excédant une durée de 90 jours par an, ou en cas de déplacements professionnels quelle que soit leur durée en dehors de l'Union Européenne, Association Européenne de Libre Echange (Islande, Norvège et Suisse), Etats-Unis d'Amérique, Canada, Japon, Afrique du Sud, Australie, Nouvelle-Zélande, Singapour, Hong-Kong.

Pour l'Assuré résidant hors du territoire français ou dont le sinistre est survenu hors de France métropolitaine, les prestations Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente Totale ne sont versées que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en France Métropolitaine.

## ARTICLE 5 – DEFINITION DES GARANTIES, MONTANT ET LIMITES DES PRESTATIONS

## 5.1 Dispositions générales :

### 5.1.1 Quotité et plafonds :

LES PRESTATIONS DEFINIES AU PRESENT ARTICLE, LE SONT POUR UN ASSURE AVEC UNE QUOTITE ASSUREE DE 100%. LES PRESTATIONS AUXQUELLES UN ASSURE PEUT PRETENDRE SONT CALCULEES EN TENANT COMPTE :

- a) **du pourcentage garanti sur sa tête** (quotité assurée) ; ce pourcentage est fixé lors de la souscription et est précisé dans l'Attestation d'assurance ;
- b) **des plafonds et limites de prise en charge définis ci-après propres à chaque garantie,**
- c) en cas de sinistres concomitants de plusieurs Assurés, l'indemnisation ne peut être en aucun cas supérieure à une quotité de 100% pour un même contrat de prêt.

### 5.1.2 Règle spécifique pour les cautions :

Pour les Assurés ayant la qualité de caution de personne physique, la prise en charge au titre de l'un des risques couverts par le présent contrat et acceptés par l'Assureur pourra intervenir UNIQUEMENT si la caution a été actionnée en paiement par le prêteur et se substitue aux emprunteurs pour le règlement des échéances du prêt concerné. Le paiement des prestations cesse dès que l'emprunteur reprend le paiement des échéances du prêt garanti.

Sous réserve de ces dispositions, l'Assureur prend en charge, en cas de :

## 5.2 Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (assimilée au décès) :

### 5.2.1 Définition des Garanties :

- **LE DECES** de l'Assuré survenant pendant une période où les Garanties sont en vigueur.

- **LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE**

(PTIA) mettant l'Assuré suite à une Maladie ou un Accident dans l'impossibilité totale et irréversible d'exercer une quelconque activité professionnelle ou une quelconque occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit, et l'obligé, en outre, à recourir définitivement et en permanence à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante : se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer. La reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doit intervenir pendant une période où les Garanties sont en vigueur. Cet état de santé doit être constaté médicalement et l'Assureur se réserve le droit de faire procéder à une expertise médicale pour statuer sur la mise en jeu de cette garantie.

### 5.2.2 Montant de la prestation :

L'Assureur verse, au Bénéficiaire désigné sur l'Attestation d'assurance :

- le CAPITAL RESTANT DU accompagné des intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès ;
- et, éventuellement, le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées ;

dans la limite de la quotité assurée (capital restant dû x quotité assurée) au jour du décès ou de la reconnaissance par l'Assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les échéances impayées, les intérêts de retard ou les pénalités ne sont pas pris en compte.

Le capital assuré et par conséquent le montant de la prestation versé par l'Assureur au titre d'un ou plusieurs prêts, pour une même demande de souscription, ne pourra en aucun cas excéder 5 000 000 € pour un même Assuré.

## 5.3. Dispositions communes à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et l'Invalidité Permanente Totale :

**5.3.1 Mensualité de référence** : sous réserve des dispositions prévues à l'article 8, la mensualité de référence est celle en vigueur pendant la période de prise en charge conformément au tableau d'amortissement contractuel du prêt.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

**Attention :** les augmentations d'échéances demandées pendant la période de prise en charge au titre du présent contrat, les échéances impayées, les intérêts ou pénalités de retard sont exclus de la mensualité de référence prise en charge par l'Assureur.

Il appartient au Souscripteur de continuer à payer les primes d'assurance pendant la période de prise en charge au titre des Garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale.

### 5.3.2- Cas particuliers pour certains types de prêts :

Prêt amortissable avec différé d'amortissement du capital (différé partiel) : pendant la période de différé partiel, l'Assuré dispose d'une prise en charge limitée aux seuls intérêts.

Prêt amortissable avec différé d'amortissement du capital et des intérêts (différé total) : pendant la période de différé total, l'Assuré ne perçoit aucune prestation.

Prêt relais ou prêt in fine : l'Assuré n'est pas couvert pour les risques d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et d'Invalidité Permanente Totale.

**5.3.3 Montant des prestations :** sous réserve des conditions ci-dessous, l'Assureur verse au Bénéficiaire désigné dans l'Attestation d'assurance la mensualité assurée (mensualité x quotité assurée) venant à échéance postérieurement au délai de Franchise de 60 jours, 90 jours ou 180 jours, dans la limite de 667 euros par jour et ce, quel que soit le nombre de Contrats d'assurance souscrits auprès de GENWORTH ASSURANCES.

Pour l'Assuré résidant hors du territoire français ou dont le sinistre est survenu hors de France métropolitaine, les prestations Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente Totale ne sont versées que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en France Métropolitaine.

De même, tout remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non n'est pas indemnisé par l'Assureur.

## 5.4. Incapacité Temporaire Totale de Travail :

**5.4.1 Définition de la Garantie :** est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'Assuré exerçant une activité professionnelle rémunérée ou en situation de chômage indemnisé par le Pôle Emploi et se trouvant temporairement, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle. Cette Incapacité Temporaire Totale de Travail doit être constatée médicalement et intervenir pendant une période où les Garanties sont en vigueur.

**5.4.2 Délai de Franchise :** les prestations sont dues, selon le choix de l'Assuré précisé sur la demande d'admission et confirmé dans l'Attestation d'assurance, à l'issue d'un délai de **60 JOURS, 90 JOURS ou 180 JOURS CONSECUTIFS d'Arrêt Total de Travail pour Maladie ou Accident (délai de Franchise absolue)** et sous réserve que l'Assuré soit toujours en arrêt total de travail postérieurement à ce délai. Ce délai de Franchise court à partir du 1er jour d'Arrêt Total de Travail. La première échéance prise en charge par l'Assureur correspond à la première échéance due au prêteur à l'expiration du délai de Franchise. Lorsque la prise en charge des mensualités intervient au titre d'un mois non complet, le montant de la prestation est calculé au prorata du nombre exact de jours d'arrêt total de travail du mois concerné.

Le délai de Franchise est appliqué pour chaque Sinistre sauf en cas de rechute intervenant dans les 60 jours suivant la reprise d'activité professionnelle si le nouvel arrêt total de travail est dû à la même Maladie ou au même Accident.

**5.4.3 Limites des prestations :** la prise en charge au titre de cette Garantie est limitée à **36 MOIS à compter du 1er jour d'arrêt total de travail**. L'intervention de l'Assureur sera donc limitée à la prise en charge des mensualités venant à échéance entre le 61ème, le 91ème ou le 181ème jour d'Incapacité Totale de Travail (délai de Franchise) et le 36ème mois d'Incapacité Totale de Travail.

En cas de Rechute, les mensualités prises en charge antérieurement à la reprise de l'activité professionnelle sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale de 36 MOIS.

**LE PAIEMENT DES PRESTATIONS AU TITRE DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL CESSE DES LA**

**REPRISE D'UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE MEME A TEMPS PARTIEL ET AU PLUS TARD, LE JOUR DU 67EME ANNIVERSAIRE DE L'ASSURE OU A LA DATE DE SA MISE EN PRERETRAITE OU RETRAITE, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE Y COMPRIS POUR INAPTITUDE AU TRAVAIL, SI CELLE-CI INTERVIENT AVANT LE JOUR DU 67EME ANNIVERSAIRE DE L'ASSURE.**

## 5.5. Invalidité Permanente Totale :

**5.5.1 Dispositions générales :** sous réserve que la Garantie soit en vigueur, la prise en charge au titre de la Garantie Invalidité Permanente Totale est étudiée dès la consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard à l'issue de la durée maximale de prise en charge au titre de la Garantie Incapacité Temporaire de Travail.

**5.5.2 Définition de la Garantie :** l'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie pris en charge par l'Assureur au titre de la Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, le médecin expert indépendant désigné par l'Assureur reconnaît que l'état de l'Assuré le met dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer une quelconque activité professionnelle ou une quelconque occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit et que son taux global d'invalidité « N », déterminé selon les modalités décrites ci-après, est égal ou supérieur à 66%.

**SI LE TAUX GLOBAL D'INVALIDITE « N » EST INFÉRIEUR A 66% : AUCUNE PRESTATION N'EST DUE.**

**5.5.3 Détermination du taux global d'invalidité « N » :** Le taux global d'invalidité « N » est fixé au cours d'une expertise médicale réalisée par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur. Il résulte de la combinaison du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle en application du tableau contractuel de l'Assureur figurant ci-dessous.

L'incapacité fonctionnelle est basée sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'Accident ou la Maladie et est chiffrée en se référant au barème indicatif des incapacités en droit commun (édition du Barème du « Concours Médical » la plus récente à la date de l'expertise médicale).

L'incapacité professionnelle est appréciée et chiffrée en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle et de la capacité de l'Assuré d'exercer son activité professionnelle rémunérée.

**CE TAUX GLOBAL D'INVALIDITE « N » NE FAIT EN AUCUN CAS REFERENCE AU TAUX D'INCAPACITE DETERMINE PAR LA SECURITE SOCIALE, LE CDAPH OU TOUT AUTRE ORGANISME SOCIAL ET NE PEUT EN AUCUN CAS ETRE ASSIMILE AU CLASSEMENT DANS LA 2EME CATEGORIE DES INVALIDES DE LA SECURITE SOCIALE.**

Taux d'incapacité professionnelle (%)	Taux d'incapacité fonctionnelle (%)				
	20	30	40	50	60
10	-	-	-	29,24	33,02
20	-	-	31,75	36,94	41,60
30	-	30,00	36,54	42,17	47,62
40	24,20	33,02	40,00	46,42	52,42
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16
80	31,75	41,60	50,40	58,48	<b>66,04</b>
90	33,02	43,27	52,42	60,82	<b>68,68</b>
100	34,20	44,81	54,29	63,00	<b>71,14</b>

Taux d'incapacité professionnelle (%)	Taux d'incapacité fonctionnelle (%)			
	70	80	90	100
10	36,59	40,00	43,27	46,42
20	46,10	50,40	54,51	58,48
30	52,78	57,69	62,40	<b>66,94</b>
40	58,09	63,50	<b>68,68</b>	<b>73,68</b>
50	62,57	<b>68,40</b>	<b>73,99</b>	<b>79,37</b>
60	<b>66,49</b>	<b>72,69</b>	<b>78,62</b>	<b>84,34</b>
70	<b>70,00</b>	<b>76,52</b>	<b>82,79</b>	<b>88,79</b>
80	<b>73,19</b>	<b>80,00</b>	<b>86,54</b>	<b>92,83</b>
90	<b>76,12</b>	<b>83,20</b>	<b>90,00</b>	<b>96,55</b>
100	<b>78,84</b>	<b>86,18</b>	<b>93,22</b>	<b>100,00</b>

Pendant la période de prise en charge, l'Assureur se réserve le droit de faire procéder à tout examen médical auprès d'un médecin expert indépendant qu'il désignera à cet effet pour connaître l'évolution des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle et statuer sur le maintien de la prise en charge.

**5.5.4 Limites des prestations: LE PAIEMENT DES PRESTATIONS AU TITRE DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE CESSE DES QUE LE TAUX GLOBAL D'INVALIDITE « N » EST INFÉRIEUR A 66% ET AU PLUS TARD, LE JOUR DU 67E ANNIVERSAIRE DE L'ASSURÉ OU A LA DATE DE SA MISE EN PRERETRAITE OU RETRAITE, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE Y COMPRIS POUR INAPTITUDE AU TRAVAIL, SI CELLE-CI INTERVIENT AVANT LE JOUR DU 67E ANNIVERSAIRE DE L'ASSURÉ.**

#### **Garantie invalidité spécifique AERAS :**

L'assuré peut bénéficier de la garantie invalidité spécifique AERAS si elle figure dans les conditions spécifiques proposées par l'Assureur. La garantie sera mise en jeu lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

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

Les prestations garanties, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie Invalidité Permanente Totale, à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur de l'état d'invalidité AERAS.

## **ARTICLE 6 – EXCLUSIONS**

### **6.1 Pour les Garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale sont exclues les suites et conséquences :**

- De Maladies, Accidents ou infirmités antérieurs ou existant à la date de prise d'effet du contrat sauf si l'Assuré en a fait état lors de sa demande de souscription et que l'Assureur n'a pas formulé de restrictions ;
- De guerres civiles ou étrangères ;
- D'émeutes, mouvements populaires, mouvements de grèves, actes de terrorisme, attentats, sabotages, complots, rixes, crimes et délits. Toutefois, dans les pays de l'Union Européenne, Association Européenne de Libre Echange (Islande, Norvège, Suisse), Etats-Unis d'Amérique, Canada, Japon, Afrique du Sud, Australie, Nouvelle-Zélande, Singapour, Hong-Kong, cette exclusion ne s'applique pas en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas eu de participation active à l'un de ces événements ;
- Directes ou indirectes de la modification de la structure du noyau atomique ;
- Directes ou indirectes des rayonnements nucléaires et ionisants ou de la transmutation des noyaux d'atomes ;
- De Maladies, d'Accidents ou de mutilations relevant du fait intentionnel de l'Assuré ou du Bénéficiaire du contrat ;
- De l'imprégnation alcoolique reconnue médicalement ;
- Des Accidents de la circulation lorsque le taux d'alcool dans le sang de l'Assuré est égal ou supérieur au taux prévu par la législation du code de la route en vigueur au lieu et à la date de survenance de l'Accident ;
- Des Accidents résultant de l'alcoolisme chronique de l'assuré ou d'un état d'ivresse de l'Assuré caractérisé par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 1 gramme par litre de sang ;
- De Maladies liées à l'usage de drogues, de stupéfiants, de médicaments à doses non prescrites médicalement ou d'Accidents lorsque l'Assuré a consommé des drogues, stupéfiants ou médicaments à doses non prescrites médicalement ;
- Dues au refus de l'Assuré de se soumettre à un traitement médical prescrit, rationnel et adéquat ;
- De la manipulation d'engins explosifs ;
- De la participation à des raids sportifs, courses, tentatives de records, paris, défis ;

- Des Sinistres survenus lors d'un séjour ou voyage excédant une durée de 90 jours hors des pays suivants : pays de l'Union Européenne, de l'Association Européenne de Libre Echange (Islande, Norvège et Suisse), Etats-Unis d'Amérique, Canada, Japon, Afrique du Sud, Australie, Nouvelle-Zélande, Singapour, Hong-Kong sauf si, à la demande expresse de l'Assuré lors de la demande de souscription, les séjours ou voyages ont fait l'objet d'une étude de Garanties acceptée par l'Assureur moyennant une tarification spéciale ;

- Des Sinistres survenus lors d'un déplacement à titre professionnel hors des pays suivants : pays de l'Union Européenne, de l'Association Européenne de Libre Echange (Islande, Norvège et Suisse), Etats-Unis d'Amérique, Canada, Japon, Afrique du Sud, Australie, Nouvelle-Zélande, Singapour, Hong-Kong sauf si, à la demande expresse de l'Assuré lors de la demande de souscription, les déplacements professionnels hors de ces pays ont fait l'objet d'une étude de Garanties acceptée par l'Assureur moyennant une tarification spéciale ;

- De la pratique de sport à titre professionnel ou amateur rémunéré, que ce soit lors de compétitions ou d'entraînements (sauf si, à la demande expresse de l'Assuré lors de la demande de souscription, tout ou partie de ces activités ont fait l'objet d'une étude de Garanties acceptée par l'Assureur moyennant une tarification spéciale.

- De la participation à des compétitions, des courses, des rallyes ou d'essais préparatoires avec utilisation d'un véhicule ou d'une embarcation à moteur (sauf si, à la demande expresse de l'Assuré lors de la demande de souscription, tout ou partie de ces activités ont fait l'objet d'une étude de Garanties acceptée par l'Assureur moyennant une tarification spéciale);

- De la pratique, à titre amateur y compris à titre occasionnel, des sports suivants (sauf si, à la demande expresse de l'Assuré lors de la demande de souscription, tout ou partie de ces activités ont fait l'objet d'une étude de Garanties acceptée par l'Assureur moyennant une tarification spéciale) :

- Sports aériens et/ou l'utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel navigant des lignes commerciales régulières et de vols charters) ;
- Sports automobiles, sports motocyclistes ou activités de sports mécaniques; Motonautisme (y compris scooter des mers), voile et yachting, planche à voile à plus de 1 mile des côtes, kayak ou aviron des mers à plus de 300 mètres des côtes, plongée sous-marine (autre que la pratique à moins de 20 mètres de profondeur) ;

- Sports de neige ou de glace (autres que la pratique amateur sur piste réglementée et ouverte du ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), escalade, randonnée en montagne au-dessus de 3 000 mètres, alpinisme, canyoning, rafting, spéléologie ;
- Compétitions équestres et chasse à courre ;
- Sports de combat et arts martiaux ;
- Saut à l'élastique.

Toutefois, la pratique des sports énumérés limitativement ci-dessous, effectuée au sein d'une association sportive agréée à titre amateur et exceptionnel (une fois maximum par année civile) pendant une durée continue de moins de 7 jours consécutifs est automatiquement garantie par le présent contrat :

- Sports aériens pratiqués en duo avec un moniteur titulaire d'un brevet d'état et dûment agréé
- Sports automobiles ou de motonautisme ou d'escalade, canyoning, rafting, saut à l'élastique avec l'accompagnement d'un guide ou moniteur titulaire d'un brevet d'état et dûment habilité pour ce type d'activité.

En tout état de cause, les activités suivantes ne peuvent être garanties même sur étude spécifique de Garantie :

- sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués ;
- motonautisme en compétition (y compris scooter des mers) ou à plus de 1 mile des côtes ;
- randonnée en solitaire au-dessus de 3 000 mètres ;
- tauromachie.

### **6.2 Pour la Garantie Décès, est également exclu :**

Le suicide survenant moins d'un an après la date d'effet du Contrat d'assurance, sauf pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du montant fixé par décret. En cas d'augmentation des Garanties en cours de contrat, le risque de suicide est exclu, pour les majorations, pendant la première année qui suit la prise d'effet de cette augmentation (article L.132-7 du Code des Assurances).

### 6.3 Pour les Garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale sont également exclus :

- les suites et conséquences de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires ;
  - l'état de grossesse et ses suites, pendant le congé légal de maternité : la Garantie est acquise en dehors de cette période mais seulement en cas de complications pathologiques.
  - l'incapacité temporaire partielle de travail ;
  - l'arrêt partiel de travail intervenant dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique ;
  - les séjours hospitaliers dans les conditions suivantes : cures thermales, maisons de repos ou de plein air, maisons dites de sante médicale, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication ou de sommeil ;
  - l'arrêt de travail ayant pour origine les affections psychiatriques (schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, y compris les dépressions nerveuses et les dépressions post-partum, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, europsychiatriques ou psychiques), sauf si une hospitalisation de plus de 30 jours continus a été nécessaire pendant cet arrêt de travail ;
  - l'arrêt de travail ayant pour origine une ou des atteintes vertébrales, discales ou radiculaires : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale avec une hospitalisation de plus de 7 jours continus pendant cet arrêt de travail ou une hospitalisation de plus de 21 jours continus pendant cet arrêt de travail ;
- Lors de la souscription de votre contrat, vous pouvez demander à racheter, de manière indissociable, ces deux dernières exclusions. L'Assureur étudiera votre demande et pourra soit refuser, soit vous proposer de supprimer ou d'adapter ces trois clauses, selon certaines conditions, et moyennant le paiement d'une prime complémentaire qui sera communiquée sur demande écrite du postulant à l'assurance. Toute demande de rachat portera sur les deux exclusions de manière indissociable. Aucune demande ne sera acceptée par l'Assureur en cours de contrat.
- l'arrêt de travail ayant pour origine une fibromyalgie, un syndrome polyalgique idiopathique diffus, un syndrome de fatigue / asthénie chronique ;
  - l'arrêt de travail ayant pour origine des traitements esthétiques sauf chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti.

La preuve de l'exclusion invoquée incombe à l'Assureur.

## ARTICLE 7 – MONTANT, PAIEMENT ET REVISION DES PRIMES

### 7.1 Assiette et Taux de prime :

Le taux de prime TTC est fixé en fonction de l'âge de l'Assuré, de son activité professionnelle, du type et de la durée du prêt concerné, des Garanties demandées et acceptées par l'Assureur, des éventuelles surprimes, du fractionnement ainsi que des taxes d'assurance en vigueur à la date du calcul de la prime. Une tarification différente est appliquée aux fumeurs et aux non fumeurs.

Le taux de prime TTC est appliqué au capital restant dû garanti et varie chaque année à la date du renouvellement annuel en fonction de l'âge atteint de l'Assuré.

Il ne sera pas distribué de participation aux bénéfices au titre du présent Contrat d'assurance.

Toute modification de la taxe d'assurance ou toute autre taxe sera automatiquement répercutée sur le montant de la prime d'assurance.

### 7.2 Paiement des primes :

Les primes d'assurances sont payables d'avance à CBP Solutions, exclusivement par prélèvement bancaire. Les primes d'assurance sont prélevées à la périodicité précisée sur l'Attestation d'assurance. En cas de fractionnement, l'Assureur applique une majoration tarifaire.

Des frais de dossier de 25 € seront prélevés en même temps que la première prime d'assurance due.

A défaut du paiement d'une prime dans les dix jours de son échéance, CBP Solutions, Mandataire désigné par l'Assureur à cet effet peut, par lettre recommandée valant mise en demeure adressée au dernier domicile connu du Souscripteur, l'informer qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours, le défaut de paiement de la prime échue ainsi que les primes venues à échéance au cours de ce délai entraînera la Résiliation de plein droit du Contrat d'assurance (article L.113-3 du Code des Assurances).

## ARTICLE 8 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT D'ASSURANCE

Le Souscripteur doit informer le Mandataire, par lettre recommandée, de tout changement d'adresse ou de coordonnées bancaires dans les 30 jours à compter du changement.

### Modification des conditions de l'emprunt :

Le Souscripteur doit informer CBP Solutions par lettre recommandée avec avis de réception de toute modification relative à l'emprunt initial (taux, durée, modalités d'amortissement, remboursement total ou partiel dudit prêt et tout élément impactant le tableau d'amortissement initial), dans les 60 jours à compter de la modification ou du remboursement.

L'ajustement des Garanties aux nouvelles conditions de l'emprunt est subordonné à l'acceptation de l'Assureur; à défaut, les Garanties ne pourront excéder celles découlant des conditions initiales de l'emprunt telles que mentionnées sur l'Attestation d'assurance ou les éventuels Avenants.

Dans le cadre des prêts à taux variable, le Souscripteur est également tenu d'informer CBP Solutions de toute modification de taux, durée de l'emprunt, montant des échéances si l'un de ces éléments diffère du tableau d'amortissement initial, et ce même si ces variations ont été prévues par le contrat de prêt.

A défaut pour l'Assuré d'avoir informé CBP Solutions des modifications intervenues sur les conditions de l'emprunt, l'Assureur retiendra les éléments suivants :

- En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente Totale de Travail, l'Assureur retiendra comme mensualité de référence, la mensualité et la durée d'emprunt les moins élevées entre celles découlant du tableau d'amortissement initial et celles découlant de la modification de l'emprunt.

- En cas de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur retiendra le montant du capital restant dû le moins élevé à la date de l'événement entre celui figurant sur le tableau d'amortissement initial et celui résultant de la modification.

## ARTICLE 9 – PIECES NECESSAIRES POUR L'OUVERTURE DES DROITS ET LEUR MAINTIEN

### 9.1 Dispositions générales :

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de réclamer tout justificatif supplémentaire y compris d'ordre médical et de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour prendre une décision sur la demande de prise en charge ou le maintien des prestations.

En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée ou maintenue.

LES PIECES EMANANT DU CDAPH OU TOUT AUTRE ORGANISME ASSIMILE NE PERMETTENT PAS DE JUSTIFIER D'UN ETAT DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'UNE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'UNE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE.

LES DECISIONS EMANANT DE LA SECURITE SOCIALE, DU MEDECIN DU TRAVAIL OU DE TOUT AUTRE ORGANISME NE LIENT PAS L'ASSUREUR DANS L'APPRECIATION D'UN ETAT

## **D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE OU D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE.**

Les frais et honoraires liés à la transmission des documents sollicités par l'Assureur pour l'étude du dossier en vue de l'éventuelle mise en jeu des Garanties sont à la charge de l'Assuré ou des ayants droit.

### **9.2 Délais et modalités de déclaration de Sinistre :**

Toute Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale doit être déclarée au plus tard **180 jours** à compter du 1er jour d'arrêt de travail sous réserve que l'Assuré n'ait pas repris une activité professionnelle.

A défaut, la prise en charge débutera à la date de réception du dossier par l'Assureur (la durée écoulée entre la date d'arrêt de travail et la date de réception du dossier sera prise en compte pour le calcul de la durée maximale de prise en charge) et, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le montant du capital restant dû retenu sera celui à la date de réception du dossier par l'Assureur.

Les documents indiqués ci-après, doivent être adressés à **CBP Solutions – BP 11615–44016 NANTES Cedex 1. Les documents médicaux peuvent être transmis sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil.**

### **9.3 Pièces à transmettre :**

Dans tous les cas, le tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre est à transmettre à CBP Solutions.

#### **9.3.1 En cas de Décès :**

- Un acte de décès ;
- Le formulaire de déclaration de décès fourni dûment rempli par les ayants droit ;
- Le formulaire de constatation médicale de décès fourni complété par le médecin traitant de l'Assuré ;
- Un certificat médical indiquant la cause du décès de l'Assuré (Maladie, Accident ou suicide).

#### **9.3.2 En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :**

- Le formulaire de déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie fourni dûment rempli ;
- Le formulaire de constatation médicale de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie fourni complété par le médecin traitant de l'Assuré ;
- Un certificat du médecin traitant faisant connaître la nature de la Maladie ou de l'Accident ayant entraîné l'invalidité ainsi que la date à laquelle l'invalidité a revêtu la forme de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- Pour les Assurés affiliés au régime général de la Sécurité sociale, la notification de mise en invalidité 3ème catégorie.

#### **9.3.3 En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail :**

- Le formulaire de déclaration d'Incapacité Temporaire Totale de Travail fourni dûment rempli ;
- Le formulaire de constatation médicale d'Incapacité Temporaire Totale de Travail fourni complété par le médecin traitant de l'Assuré ;
- Un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'Assuré ;
- Pour les Assurés affiliés au régime général de la Sécurité sociale, les bordereaux de prestations versées par cet organisme (indemnités journalières) pendant toute la durée de l'arrêt total de travail ;
- Pour les fonctionnaires ou assimilés, une attestation de l'employeur précisant la date de l'arrêt de travail et de prolongation pendant toute la durée de l'arrêt total de travail ;
- Pour les Assurés non affiliés au régime général de la Sécurité sociale, un relevé des indemnités versées par leur organisme social et/ou certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation.

#### **9.3.4 En cas d'Invalidité Permanente Totale :**

- un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré indiquant la cause et l'importance de l'invalidité ainsi que la date à partir de laquelle elle peut être considérée comme consolidée ;
- les décomptes pour les Assurés affiliés au régime général de la Sécurité sociale, la notification de mise en invalidité ainsi que de règlement de la rente d'invalidité de la Sécurité sociale pendant toute la durée de prise en charge ;
- pour toutes les autres personnes, un certificat médical détaillant l'état d'invalidité et certificats médicaux de prolongation ;
- pour les fonctionnaires ou assimilés, une attestation de l'employeur précisant la date de l'arrêt de travail et de prolongation pendant toute la durée de l'arrêt total de travail ;

- pour les Assurés non affiliés au régime général de la Sécurité sociale, un relevé des indemnités versées par leur organisme social et/ou certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation.

#### **9.3.4 En cas d'Accident :**

- une copie du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police, s'il en a été établi un.

## **9.4 Contrôle médical**

**A défaut de se soumettre à cet examen, l'Assureur refusera ou cessera toutes prestations.**

Lors d'une expertise médicale, l'Assuré a la possibilité de se faire assister de son médecin dont les frais resteront à sa charge.

En cas de contestation par l'Assuré de la décision de l'Assureur suite à une expertise médicale, l'Assuré pourra faire appel, à ses propres frais, à un médecin de son choix pour effectuer une contre-expertise en présence du premier médecin indépendant désigné par l'Assureur.

Si le désaccord subsiste suite à cette contre-expertise, un troisième médecin (tiers expert) sera nommé d'un commun accord par les deux experts déjà consultés. A défaut d'accord entre les parties, le Juge du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré procédera à la désignation de ce tiers expert.

Lors de l'arbitrage, chaque partie prendra en charge les frais du médecin le représentant. Quant aux honoraires et frais de nomination du tiers expert, ils seront réglés par moitié entre l'Assureur et l'Assuré.

## **ARTICLE 10 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET REGLEMENT DES LITIGES**

Le présent contrat est soumis au droit français et est régi par le Code des Assurances français. Pour toute réclamation ou communication, écrivez à : CBP Solutions - Service Consommateurs –BP 11615–44016 NANTES Cedex 1.

En cas de désaccord, et après avoir épuisé toutes les voies de recours internes à la compagnie, vous pourrez demander l'avis du Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), dont les coordonnées vous seront communiquées sur simple demande adressée à GENWORTH ASSURANCES.

En cas de désaccord portant sur le fonctionnement des mécanismes de la convention AERAS, l'Assuré pourra demander l'avis de la Commission de médiation de la convention AERAS dont les coordonnées lui seront communiquées sur simple demande adressée à GENWORTH ASSURANCES.

Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance :

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

#### **Article L 114-1 du Code des assurances :**

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

#### **Article L 114-2 du Code des assurances :**

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

**Article L 114-3 du Code des assurances :**

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

**ARTICLE 11 – FACULTE DE RENONCIATION**

Le Souscripteur du contrat peut renoncer, sous réserve de l'accord du Bénéficiaire acceptant, à son contrat pendant un délai de 30 jours calendaires à compter du paiement de la première prime, et être remboursé intégralement des sommes versées y compris les frais de dossier.

Le Souscripteur doit adresser une lettre recommandée avec avis de réception accompagnée de l'accord du Bénéficiaire s'il s'agit d'un Bénéficiaire acceptant, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (M/Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer au contrat GENWORTH Emprunteur n° FR\_00140 Bis  
Le (date) Signature »

**ARTICLE 12 – INFORMATIQUE ET LIBERTES (LOI N° 78-17 du 6 janvier 1978)**

Par l'édition de l'Attestation d'assurance, le Souscripteur et l'Assuré déclarent consentir librement et sans réserve au traitement des informations et données personnelles qu'ils ont fournies à l'Assureur. Ces informations ne seront utilisées que dans le but d'assurer le bon traitement de leur dossier en exécution du Contrat d'assurance. Dans le cadre de ce traitement, les informations recueillies pourront être communiquées aux autres sociétés du groupe auquel appartient l'Assureur, ainsi qu'à des mandataires, sous-traitants, réassureurs, co-assureurs et organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne. Pour ce qui concerne des transferts de données à des pays n'assurant pas un niveau de protection adéquat au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assureur a pris toutes les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité et à la sécurité des données personnelles. Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, le Souscripteur et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations les concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, des autres sociétés du groupe, de ses Mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs, de ses co-assureurs ou des organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne. Ce droit d'accès, d'opposition ou de rectification peut être exercé auprès de GENWORTH ASSURANCES, CS 90002, 40, 42, rue la Boétie, 75382 – Paris cedex 08

Le présent contrat est un Contrat d'assurance individuel régi par la loi française et par le Code des Assurances français. L'Assureur est GENWORTH ASSURANCES, nom commercial des succursales françaises de FACL (RCS Paris 479 311 979) pour le risque Décès et FICL (RCS Paris 479 428 039) pour les autres risques – 40, 42, rue la Boétie, 75008 - Paris.

Financial Assurance Company Limited (FACL) et Financial Insurance Company Limited (FICL) sont des sociétés d'assurance vie et dommages immatriculées au Royaume-Uni sous les numéros 4873014 et 1515187 – Siège Social : Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London, W4 5XR, Royaume Uni - Autorité chargée du contrôle : Financial Services Authority (FSA) – 25 The North Colonnade, Canary Wharf – Londres – Royaume-Uni.

## LEXIQUE

**Accident** : Toute atteinte ou lésion corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action imprévisible, violente et soudaine d'une cause extérieure. A titre d'exemple, ne sont pas considérés comme accidents, les maladies cardio/vasculaires, les malaises cardiaques, l'accident ischémique transitoire, l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, l'attaque ou l'hémorragie cérébrale ainsi que toute pathologie soudaine.

**Assuré** : Personne physique sur la tête de laquelle repose les garanties. Il remplit les conditions de souscription énoncées par l'Assureur après avoir répondu notamment au questionnaire de Santé et avoir réalisé dans certains cas les examens médicaux nécessaires.

**Assureur** : Entreprise autorisée par la loi et habilitée à pratiquer des opérations d'assurance. Dans le cadre du présent contrat, l'Assureur est : Genworth Assurances nom commercial de la Succursale Française de **Financial Assurance Company Limited (FACL)**, pour le risque Décès, société d'assurance vie immatriculée au Royaume-Uni sous le numéro 4873014 (RCS Paris 479 311 979) et de la Succursale Française de **Financial Insurance Company Limited (FICL)**, pour les autres risques, société d'assurance dommages immatriculée au Royaume-Uni sous le numéro 1515187 (RCS Paris 479 428 039) – 40, 42, rue la Boétie 75008 – Paris (Siège Social : Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London, W4 5XR, Royaume Uni. Autorité chargée du contrôle : Financial Services Authority (FSA) - 25 The North Colonnade, Canary Wharf - Londres - Royaume-Uni.).

**Avenant** : Document contractuel annexé au contrat émanant du Mandataire de l'Assureur modifiant les conditions de l'Attestation d'assurance initiale.

**Bénéficiaire / Bénéficiaire acceptant** : L'organisme prêteur désigné est, sauf stipulation contraire particulière, réputé être bénéficiaire acceptant de l'assurance. Cette acceptation rend la désignation irrévocable et retire au Souscripteur la libre disposition de son contrat, puisqu'il ne peut plus en demander la résiliation ou la modification sans l'accord du bénéficiaire (Article L.132-9 du Code des Assurances). L'organisme prêteur recevra lors de la réalisation du risque couvert, les ou une partie des échéances ou une partie du capital restant dû dans les conditions définies par les conditions générales et l'Attestation d'assurance et dans la limite des sommes restant dues à la date de la réalisation du risque. Le solde éventuel sera versé au bénéficiaire désigné dans l'Attestation d'assurance ou à défaut aux ayants droit de l'Assuré par parts égales.

**Caution**: Il s'agit d'un engagement pris par un tiers de payer en lieu et place de l'emprunteur en cas de défaillance de ce dernier. Se porter caution, c'est prendre l'engagement envers un créancier de payer la dette du débiteur principal si celui-ci pour une raison ou une autre, ne l'acquitte pas.

**Attestation d'assurance** : Document, adressé par le Mandataire, définissant précisément les engagements pris entre les parties contractantes en fonction des choix exprimés par le Souscripteur et l'Assuré sur la demande d'admission et signé par les parties. Ce document complète et personnalise les Conditions Générales qui ont été remises au Souscripteur et à l'Assuré et dont ils ont pris connaissance avant leur demande d'admission au contrat.

**Conditions particulières** : Document, adressé à l'Assuré, relatif à des conditions spéciales d'acceptation de la souscription portant notamment sur l'exclusion de certains risques liés à l'état de santé, ajournement, exclusions de garanties, surprime et requérant l'accord écrit de l'Assuré sur les conditions particulières émises par le Mandataire. Ce document complète et personnalise les conditions générales qui ont été remises à l'Assuré et dont il a pris connaissance avant sa demande de souscription au contrat et l'Attestation d'assurance.

**Contrat d'Assurance** : Le contrat est constitué par l'ensemble des documents suivants :

- La demande d'admission,
- Les formalités médicales et financières,
- Les conditions Générales,
- L'Attestation d'assurance qui doit être signé par le Souscripteur et l'Assuré (si l'Assuré est une personne distincte), l'Assureur, et l'organisme prêteur bénéficiaire acceptant,

- Les conditions particulières requérant l'accord de l'Assuré en cas d'acceptation de la souscription à des conditions spéciales.

Le contrat désigne l'ensemble des documents ci-dessus dont les stipulations forment la loi des parties contractantes.

**Conditions Générales** : Les conditions générales forment un fond contractuel commun à tous les Assurés qui précise les obligations mises à la charge des parties contractantes, à savoir, le Souscripteur, l'Assureur, l'Assuré et le Bénéficiaire.

**Déchéance** : La déchéance sanctionne l'Assuré au moment du sinistre. La déchéance intervient si l'Assureur constate un manquement de l'Assuré relatif à une obligation antérieure ou une faute intervenant après le sinistre et causant un préjudice à l'Assureur. Par opposition à la nullité, la déchéance ne met pas fin au contrat, elle prive simplement l'Assuré de son droit à indemnité sur le sinistre en cause.

**Dénonciation** : Possibilité de rupture d'un contrat offerte à chacune des parties contractantes de celui-ci, suivant certaines modalités préalablement établies.

**Franchise**: Période consécutive à la survenance d'un risque pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

**Garantie**: Engagement de l'Assureur en cas de survenance d'un risque couvert.

**Maladie** : Toute altération de la santé, non accidentelle et non intentionnelle de la part de l'Assuré, médicalement constatée.

**Mandataire** : Genworth Assurances a désigné CBP Solutions pour gérer pour son compte les demandes de souscription, les modifications en cours de contrat, les sinistres et le prélèvement des primes. Les Modalités d'exercice de ce mandat de gestion sont définies dans le mandat de gestion signé entre l'Assureur et CBP Solutions. CBP Solutions est une Société de courtage d'assurance immatriculée au RCS de Nantes 433 841 285 et immatriculée au registre de l'ORIAS sous le numéro 07 009 023 Adresse Internet du registre d'immatriculation : [www.orias.fr](http://www.orias.fr). Siège Social du mandataire : BP 11615-44016 NANTES Cedex 1. Les décisions de l'Assureur sont notifiées aux Assurés, aux souscripteurs et le cas échéant aux ayants droit par CBP Solutions dans le cadre de son mandat de gestion.

**Nullité** : La nullité est une sanction d'ordre civil qui éteint une obligation. C'est une mesure de protection en faveur de l'une des parties contre les abus ou les irrégularités commises par l'autre partie. En assurance, les contrats frappés de nullité sont considérés n'avoir jamais existés. Ce sera le cas par exemple en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

**Organisme prêteur/ Financier / Prêteur** : Etablissement financier agréé par le Comité des établissements de crédit et des entreprises d'investissement (CECEI) qui accorde le prêt faisant l'objet de la couverture d'assurance et qui est bénéficiaire de l'assurance.

**Parties contractantes** : Désignent les personnes physiques ou morales qui sont tenues par les termes d'un contrat, à savoir le Souscripteur, l'Assureur, l'Assuré et le Bénéficiaire.

**Prescription** : La prescription est l'extinction automatique d'un droit ou d'une obligation, lorsqu'un certain délai s'est écoulé.

**Résiliation** : Acte par lequel l'une des parties contractantes met fin au contrat qui les lie.

**Sinistre** : Événement susceptible de mettre en jeu les garanties suivant les modalités du présent contrat, alors que l'assurance est en vigueur.

**Souscripteur** : La personne physique ou morale qui signe le contrat et s'engage à payer les primes dont le montant et la périodicité sont définis dans l'échéancier annexé présent dans l'Attestation d'assurance. Il intervient dans une opération de crédit en tant qu'emprunteur, co-emprunteur ou caution.

## SELECTION DES RISQUES

L'Assureur apprécie le risque qui lui est soumis et détermine le taux de prime en fonction notamment de la catégorie socio professionnelle, de la profession, des conditions d'exercice de l'activité professionnelle, des antécédents médicaux\*, de la consommation ou non de tabac de l'Assuré et du montant à assurer.

Il appartient donc au candidat à l'assurance d'indiquer précisément la profession qu'il exerce, de remplir avec la plus grande exactitude et personnellement le questionnaire d'état de santé, d'accepter de se soumettre aux formalités médicales\* et financières demandées en fonction de son âge et des montants à garantir et de déclarer sa consommation de tabac sur le bulletin de souscription. Les formalités médicales et financières sont disponibles auprès du Mandataire.

Les conditions suivantes d'exercice de l'activité professionnelle doivent être déclarées sur le bulletin de souscription :

**Travail manuel et/ou de manutention** : Exercice d'une profession nécessitant à titre régulier ou occasionnel l'utilisation de machines et/ou d'outils dangereux (c'est à dire pour laquelle une protection de sécurité telle que chaussures, lunettes, gants, protection anti-bruit, casque, masque, harnais de sécurité, combinaison est recommandée ou obligatoire) et/ou la manutention de charge lourde (supérieure à 10kg). Exemples de profession entrant dans cette catégorie : infirmier libéral ou en hôpital, cuisinier, manutentionnaire, plombier, électricien, peintre en bâtiment.

**Travail en hauteur à moins de 20 mètres** : Exercice d'une profession nécessitant à titre régulier ou occasionnel un travail effectué sur des postes de travail situés à plus de 3 mètres mais à moins de 20 mètres du sol y compris sur des échelles, escabeaux, marchepieds ou promontoires lorsque ceux-ci sont utilisés comme poste de travail même pour des courtes durées.

**Déplacement professionnel de plus de 20 000 kilomètres par an** : Exercice d'une profession nécessitant à titre régulier ou occasionnel d'effectuer des déplacements pour des besoins professionnels au moyen d'un véhicule terrestre à moteur sur une distance cumulée supérieure à 20 000 kilomètres par année civile. Ne rentrent pas dans cette catégorie les trajets effectués en qualité de passager à bord d'un véhicule de transport de personnes pris en charge par une entreprise habilitée à cet effet. Ces derniers déplacements ne sont pas comptabilisés.

**En outre, les professions répondant à l'un des critères suivants font l'objet d'une étude spécifique par l'Assureur :**

- **Travail avec manipulation d'explosifs ou de substances chimiques et/ou toxiques,**

- **Transport d'explosifs ou de matières dangereuses,**
- **Travail souterrain, Mineur,**
- **Travail sur site on-shore, volcanique, archéologique, d'exploitation minière, forestière, pétrolière, de gaz, nucléaire,**
- **Travail en hauteur supérieur à 20 mètres,**
- **Métiers du cirque ou cascadeurs et intermittents du spectacle,**
- **Métiers de l'armée, police ou de la gendarmerie,**
- **Métiers de la sécurité (agent de sécurité, vigile ...) ou avec port d'arme,**
- **Métiers de l'aviation hors lignes régulières ou compagnies aériennes sur liste noire,**
- **Pompier, Secouriste, sauveteur en mer ou montagne,**
- **Plongée avec appareil autonome,**
- **Sportif professionnel,**
- **Missions humanitaires hors UE,**
- **Marins pêcheurs.**

### Rappel important : Sanctions prévues par l'article L.113-8 du Code des Assurances

« Indépendamment des causes ordinaires de Nullité, et sous réserve de l'article L132-26, le Contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénature par l'Assuré a été sans influence sur le Sinistre.

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

\*Pour répondre au questionnaire médical, vous avez la possibilité de vous isoler pour compléter le document. Si vous souhaitez que vos réponses ne soient connues que du Médecin Conseil de l'Assureur, vous pouvez renvoyer ce questionnaire dans une enveloppe cachetée avec la mention « secret médical » adressée à CBP Solutions à l'attention du Médecin Conseil. Si vous présentez un risque aggravé de santé, pour vous informer sur la Convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), vous pouvez demander un livret d'information à votre agence bancaire, vous rendre sur [www.genworth.fr](http://www.genworth.fr) ou appeler le 0 821 221 021 (0,12€/ Minute).