

CACI GARANTIE EMPRUNTEUR

NOTICE D'INFORMATION

Contrats collectifs d'assurance à adhésion individuelle facultative régis par le Code des Assurances, souscrits par Le Crédit Lyonnais, ci-après dénommé « le Prêteur », auprès des assureurs CACI VIE (contrat n° 2011-01-25-212-01, pour la garantie décès) et CACI NON-VIE (contrat n° 2011-01-25-212-02, pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie, arrêt de travail et invalidité spécifique), ci-après dénommés « l'Assureur ».

Le contrat est régi par le Code des assurances et relève du Droit Français.

Article 1 – Objet du contrat

Le contrat a pour objet de permettre aux clients emprunteurs, co-emprunteurs du Prêteur, et à leurs cautions de s'assurer contre les conséquences des risques de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie et d'arrêt de travail, selon l'option retenue à l'adhésion, dans les conditions décrites dans la présente Notice.

Article 2 – Définitions

Adhérent assuré / Assuré

L'Adhérent assuré ou l'Assuré est la personne physique :

- titulaire auprès du Prêteur d'une Opération de Prêt, en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou ayant la qualité de caution des premiers, ou en cas de personne morale emprunteur – la personne physique valablement désignée à cet effet par la personne morale et acceptée par le Prêteur,
- et qui est indiquée comme telle sur la demande d'adhésion au contrat collectif d'assurance, qui a donné son consentement écrit à l'assurance et acceptée par l'Assureur.

Opération de prêt

L'Opération de prêt désigne l'ensemble des prêts souscrits auprès du Prêteur au titre d'une même opération et couverts en application du Contrat collectif.

Il s'agit d'une Opération de prêts immobiliers (prêt immobilier amortissable à taux fixe, prêt immobilier amortissable à taux variable, prêt immobilier in fine, et prêt relais (à taux fixe ou variable)).

Article 3 – Personnes assurables et conditions d'adhésion

Est admissible à l'assurance, sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur, toute personne physique satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

- Etre âgée d'au moins 18 ans (ou avoir la qualité de mineur émancipé) et de moins de 70 ans à la date de signature de la demande d'adhésion,
- Avoir sollicité auprès du Prêteur une Opération de Prêt en qualité d'Emprunteur, de Co-emprunteur ou de caution de ces derniers.

L'emprunteur non résident de France (c'est-à-dire hors France métropolitaine, Corse et DOM TOM) peut adhérer aux seules garanties décès et PTIA.

Dans le cas où l'Opération de prêt est consentie à une société, une association ou un groupement quelconque, sont également admissibles, sous les mêmes conditions, les personnes physiques constituant à l'appréciation du Prêteur un

élément primordial de la bonne marche et de la stabilité de la personne morale emprunteuse.

Le postulant à l'assurance souhaitant s'assurer peut adhérer aux présents contrats selon les modalités d'adhésion proposées et mises à sa disposition par le Prêteur.

Le postulant doit notamment compléter et signer une demande d'adhésion et fournir les renseignements médicaux demandés par l'Assureur pour l'étude de sa demande. S'il le souhaite, il peut transmettre ces documents sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur. Les frais occasionnés par les éventuelles demandes d'informations de l'Assureur sont à la charge du postulant.

Sur ces bases, l'Assureur peut :

- accepter la demande du postulant :
 - au taux normal de prime ou à un taux majoré,
 - sans restriction, ou avec exclusion de certaines pathologies ou de certaines garanties,
- demander, au vu des informations médicales transmises initialement, un complément d'information et/ou des examens médicaux complémentaires,
- refuser la demande du postulant.

Le postulant est informé de la décision de l'Assureur par courrier.

Le postulant doit donner son accord à la proposition d'assurance. Il doit à cet effet dater, signer et retourner à l'Assureur un exemplaire de la proposition dûment signée.

Par dérogation à l'article 1341 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à Distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur vaudront signature par l'Adhérent assuré, lui seront opposables, et pourront être admis comme preuves de son identité et de son consentement relatif tant à l'adhésion à l'assurance qu'aux Conditions Générales valant Notice d'Information de cette adhésion, dûment acceptées par lui.

CONVENTION AERAS

L'Assureur et le Prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la Convention AERAS contenues dans le dépliant remis par le Prêteur.

Ainsi, l'Assureur recherchera toute possibilité de répondre favorablement à la demande de l'Adhérent assuré, en recourant notamment aux dispositifs de deuxième niveau (examen individualisé) et de troisième niveau (examen de la demande par le pool des risques très aggravés) prévus par la Convention AERAS.

Le pool des risques très aggravés traite les demandes relatives aux opérations de prêts d'au plus 320 000 €, sans tenir compte des prêts relais lorsqu'il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale. Dans les autres cas de prêts immobiliers et professionnels, le pool traite les demandes relatives à un encours cumulé de prêts d'au plus 320 000 €. Pour toutes les demandes d'assurance de prêts immobiliers et professionnels, la durée maximum du prêt est telle que l'âge de l'Adhérent assuré n'excède pas 70 ans en fin de prêt.

Le cas échéant, l'Adhérent assuré peut bénéficier de l'écrêtement des surcharges d'assurance. Le dispositif d'écrêtement intervient aux deuxième et troisième niveaux d'examen de la demande et concerne les prêts immobiliers et professionnels d'au plus 320 000€, dans les conditions prévues à la Convention AERAS. Le seuil d'éligibilité de l'Adhérent assuré retenu pour ce dispositif dépend du revenu et du nombre de parts accordées au foyer fiscal de l'Adhérent assuré aux termes de la législation fiscale en vigueur et fixés dans la Convention AERAS. Pour l'Adhérent assuré éligible, la cotisation d'assurance est écartée dans les conditions prévues à la Convention AERAS.

De plus, si l'Adhérent assuré demande une couverture « invalidité » au sens de la Convention AERAS, l'Assureur s'engage à traiter la demande. Il sera donc procédé à l'étude de l'éligibilité de l'Adhérent assuré à la « Garantie arrêt de travail » définie au paragraphe 3 de l'article 8 de la présente Notice et à la « Garantie invalidité spécifique » définie au paragraphe 5 du même article. Si ces couvertures ne sont pas possibles, il sera procédé à l'étude de son éligibilité à la « Garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) » définie au paragraphe 2 du même article.

Ces conditions définies par la Convention AERAS sont rappelées dans les conditions spécifiques de l'Adhérent assuré.

Article 4 – Nature des garanties

L'Adhérent assuré précise sur sa demande d'adhésion les garanties dont il souhaite bénéficier et la quotité à assurer.

Il peut demander :

Option 1 : garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de Travail

La personne à assurer choisit la durée de franchise de 30, 60, 90 ou 180 jours applicable en cas d'arrêt de travail.

Option 2 : garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

La franchise est la période durant laquelle l'Adhérent assuré en arrêt de travail ne perçoit pas de prestation de l'Assureur, le paiement des échéances de l'Opération de prêt restant à la charge de l'Adhérent assuré durant cette période.

Le montant total des capitaux assurés dans le cadre des contrats d'assurance souscrits par le Prêteur auprès de l'Assureur est limité à 1 600 000 € (un million six cent mille euros) par personne assurée, pour l'ensemble des prêts immobiliers, personnels, ou d'équipement accordés par le Prêteur.

Ce montant tient compte :

- des capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion,
- et des nouveaux capitaux à assurer.

Si vos capitaux excèdent cette limite, un autre contrat vous sera proposé.

Article 5 – Prise d'effet et durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue dès l'expression par l'Adhérent assuré de son consentement à la proposition d'assurance dans les conditions visées à l'article 3 de la présente Notice.

L'adhésion et les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date d'acceptation du risque par l'Assureur, indiquée sur la proposition d'assurance, et sont valables pour la durée du prêt.

L'Adhérent assuré peut cependant choisir une autre date de prise d'effet des garanties comprise entre la date d'acceptation du risque par l'Assureur et la date de 1^{er} déblocage des fonds. Dans ce cas, la date ainsi choisie doit être précisée par l'Adhérent assuré sur la proposition d'assurance.

La date de prise d'effet des garanties ne pourra en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'Assureur, ni à la date d'acceptation de l'Offre de prêt. Elle ne peut pas être modifiée après signature de la proposition par l'Adhérent assuré.

Toutefois, en cas d'adhésion à distance, les garanties ne peuvent prendre effet qu'à l'expiration du délai de renonciation tel que prévu à l'article 14 de la présente Notice, sauf demande contraire de l'Adhérent assuré, exprimée notamment sous forme de demande de mise à disposition de tout ou partie des sommes objets de l'Opération de prêt, et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

Article 6 – Cessation de l'adhésion et des garanties

L'adhésion cesse :

- en cas de résiliation de votre adhésion suite au non paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de l'Opération de prêt,
- à la date de réalisation du risque décès,
- en cas de versement par l'Assureur d'une prestation au titre de la garantie PTIA,

Les garanties d'assurance prennent fin à la date de cessation, quelle qu'en soit la cause, de l'adhésion.

Les garanties cessent à l'égard de chaque prêt de l'Opération de Prêt :

- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date d'exigibilité de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme.

Les garanties cessent également :

- pour la garantie décès, le jour du 75^{ème} anniversaire de naissance de l'Adhérent assuré,
- pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de travail, ainsi, sous réserve des dispositions de la Convention AERAS, que pour la garantie invalidité spécifique, à la date de la :
 - pré-retraite ou de la retraite de l'Adhérent assuré, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail,
 - cessation définitive de toute activité professionnelle pour motif autre que médical,
 - Et au plus tard le jour du 65^{ème} anniversaire de naissance de l'Adhérent assuré.

Article 7 – Maintien des garanties

En cas de résiliation du contrat collectif conclu entre l'Assureur et le Prêteur, s'agissant des adhésions individuelles en vigueur au jour de la prise d'effet de ladite résiliation, les garanties sont maintenues aux Assurés aux conditions énoncées dans la présente Notice.

Article 8 – Définition des garanties et prestations garanties

L'adhésion à l'assurance est liée à une seule Opération de prêt. Au titre d'une même Opération de prêt, les prestations versées par l'Assureur ne sauraient excéder le montant maximum des prestations dues pour une seule personne assurée à 100%, quel que soit le nombre de personnes assurées.

§1. Garantie décès

En cas de décès de l'Adhérent assuré avant son 75^{ème} anniversaire, l'Assureur verse au Bénéficiaire :

- le capital restant dû au titre de l'Opération de prêt, tel que figurant dans le dernier tableau d'amortissement communiqué par l'Adhérent assuré et qui sert au calcul des cotisations.

Dans le cas où aucun tableau d'amortissement n'aurait été communiqué, le capital emprunté restant dû est déterminé avec le montant du capital, la durée, la périodicité d'amortissement et le

taux d'intérêt indiqués sur la proposition d'assurance.

- le montant des fonds garantis non encore versés à la date du décès, si pour l'Opération de prêt consentie, la totalité du capital emprunté n'a pas été débloquée,
- les intérêts courus jusqu'à la date du décès.

Les montants ci-dessus sont pondérés par la quotité choisie par l'Adhérent assuré.

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

§2. Garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Définition

L'Adhérent assuré bénéficie de la garantie si :

- à la suite d'une maladie ou d'un accident survenant avant son 65^{ème} anniversaire, il est reconnu avant cette date par le médecin conseil de l'Assureur, totalement et définitivement incapable de se livrer à une occupation ou un travail procurant gain ou profit et s'il a recours à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir).

et

- de plus, s'il est salarié, il doit être classé par la Sécurité sociale ou un organisme assimilé parmi les invalides de 3^{ème} catégorie ou reconnu par cet organisme comme étant atteint d'une incapacité d'un taux égal à 100 % en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il bénéficie le cas échéant de la majoration de rente pour assistance d'une tierce personne.

Prestations garanties

L'Assureur verse la prestation définie à la garantie décès, calculée à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie.

§3. Garantie arrêt de travail

Définition de la garantie arrêt de travail

L'Adhérent assuré bénéficie de la garantie si :

- A la suite d'une maladie ou d'un accident, il est contraint d'interrompre totalement son activité professionnelle sur prescription médicale pour une durée supérieure au délai de franchise mentionné sur sa proposition d'assurance.
- En tant que caution garantissant en droit ou en fait la solvabilité d'une personne physique, il a remboursé pendant une durée correspondant au délai de franchise mentionné sur sa proposition d'assurance les dernières échéances mensuelles ou mensualisées de l'Opération de prêt qui précèdent le jour de son arrêt de travail.

L'arrêt de travail de l'Adhérent assuré doit être médicalement constaté et reconnu par le médecin conseil de l'Assureur.

Consolidation de l'état de santé de l'Adhérent assuré

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Adhérent assuré, et au plus tard trois ans après le début de l'arrêt de travail de l'Adhérent assuré, le médecin conseil de l'Assureur fixe les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'Adhérent assuré.

▪ Taux d'incapacité fonctionnelle

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de la capacité physique ou mentale de l'Adhérent assuré, suite à son accident ou à sa maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours Médical la plus récente au jour de l'expertise).

▪ Taux d'incapacité professionnelle

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité de l'Adhérent assuré par rapport à sa profession. Il tient compte de la capacité de l'Adhérent assuré à l'exercer antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales de la profession de l'Adhérent assuré et de ses possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces deux taux permettent de définir le **taux d'incapacité de l'Adhérent assuré**, d'après le tableau suivant :

Taux d'incapacité du contrat d'assurance

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle				
	60	70	80	90	100
30	48 %	53 %	58 %	62 %	67 %
40	52 %	58 %	64 %	69 %	74 %
50	56 %	63 %	68 %	74 %	79 %
60	60 %	66 %	73 %	79 %	84 %
70	63 %	70 %	77 %	83 %	89 %
80	66 %	73 %	80 %	87 %	93 %
90	69 %	76 %	83 %	90 %	97 %
100	71 %	79 %	86 %	93 %	100%

Si le taux d'incapacité fixé sur la base de ce tableau et déterminé par le médecin conseil de l'Assureur, est égal ou supérieur à 66 %, les prestations de l'Assureur sont maintenues.

Si le taux d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est inférieur à 66 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Prestations garanties

Tant que l'Adhérent assuré est reconnu en arrêt de travail par l'Assureur dans les conditions susvisées, l'Assureur prend en charge le paiement des échéances de l'Opération de prêt figurant sur le dernier tableau d'amortissement communiqué

par l'Adhérent assuré et venant à échéance à l'issue du délai de franchise mentionné sur la proposition d'assurance, affectées de la quotité Assurée.

Dans le cas où aucun tableau d'amortissement n'aurait été communiqué et si les fonds ont été débloqués, le montant de l'échéance est déterminé avec le montant du capital, la durée, la périodicité d'amortissement et le taux d'intérêt indiqués sur la proposition d'assurance.

Tant que les fonds n'ont pas été débloqués, aucune prestation n'est versée.

Le montant des échéances prises en charge par l'Assureur est calculé par périodes entières. Le paiement est effectué selon leur rythme de versement (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel) à l'exception de la première et de la dernière qui sont réglées au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail.

Le montant de la prestation est limité à 160€ (cent soixante euros) par jour et par Assuré et à 4800€ (quatre mille huit cents euros) par mois et par Assuré, toutes adhésions aux contrats de la gamme Assurance Emprunteur (tels que listés à l'article 4 susvisé) confondues.

Ne sont pas pris en charge :

- les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Adhérent assuré pendant son arrêt de travail,
- pour les prêts in fine, l'échéance correspondant au remboursement du capital,
- les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur.

Fin des prestations

Les prestations cessent d'être versées :

- à la date de cessation de la garantie arrêt de travail, conformément à l'article 6 de la présente Notice,
- dès que l'Adhérent assuré est déclaré apte à reprendre son activité professionnelle par le médecin conseil de l'Assureur,
- lorsque l'Adhérent assuré reprend une activité professionnelle, même à temps partiel,
- dès que le taux d'incapacité fixé par le médecin conseil de l'Assureur sur base du tableau ci-dessus devient inférieur à 66%,

Rechute

L'Assureur n'applique pas la franchise si, après une période d'arrêt de travail indemnisée par l'Assureur, l'Adhérent assuré a repris une activité professionnelle pendant moins de 60 jours et s'il est de nouveau en arrêt de travail pour la même maladie ou le même accident.

Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être déclaré dans les 6 mois qui suivent le premier jour d'arrêt.

Si l'arrêt de travail est déclaré après ce délai, l'arrêt est pris en charge, sous réserve d'acceptation du dossier par l'Assureur, à compter du jour de la réception par celui-ci de la déclaration, sans application du délai de franchise.

§4 Disposition applicable aux paragraphes 2 et 3 du présent article

L'appréciation par l'Assureur de la notion d'arrêt de travail ou de perte totale et irréversible d'autonomie n'est pas liée à la décision de la Sécurité Sociale ou de tout organisme assimilé dans les mêmes domaines.

§5 Garantie invalidité spécifique

L'Adhérent assuré est couvert par la « garantie invalidité spécifique » prévue par la Convention AERAS si cela est précisé dans la proposition d'assurance établie par l'Assureur et acceptée par l'Adhérent assuré.

Les dispositions du présent paragraphe 5 s'entendent sans préjudice des dispositions de la Convention AERAS.

Définition de la garantie invalidité spécifique

L'Adhérent assuré bénéficie de la garantie visée ci-dessus dans les conditions prévues à la Convention AERAS.

La garantie sera mise en jeu si :

- l'état de santé de l'Adhérent assuré est consolidé,
 - l'Adhérent assuré est en situation de « Cessation de travail » au sens du présent paragraphe 5.
- L'Adhérent assuré est en situation de « Cessation de travail » au sens du présent paragraphe 5 si son incapacité fonctionnelle (au taux requis par la Convention AERAS) et son incapacité professionnelle sont attestées dans les conditions prévues à la Convention AERAS.

S'agissant de l'incapacité fonctionnelle, un barème de référence commun à tous les assureurs tenus de respecter la Convention est retenu. Il s'agit du barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Le taux d'incapacité fonctionnelle, à partir duquel la prestation d'assurance intervient, est fixé à 70% et apprécié par le médecin conseil de l'Assureur suivant le barème susvisé. L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production 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.

Ainsi, au sens des présents contrats :

Prestations garanties

Tant que l'Adhérent assuré est reconnu en Cessation de travail par l'Assureur dans les conditions susvisées, l'Assureur prend en charge le paiement des échéances de l'Opération de prêt figurant sur le dernier tableau d'amortissement communiqué par l'Adhérent assuré et venant à échéance à l'issue du délai de franchise mentionné sur la proposition d'assurance, affectées de la quotité assurée.

Dans le cas où aucun tableau d'amortissement n'aurait été débloqués, le montant de l'échéance est

déterminé avec le montant du capital, la durée, la périodicité d'amortissement et le taux d'intérêt indiqués sur la proposition d'assurance.

Tant que les fonds n'ont pas été débloqués, aucune prestation n'est versée.

Le montant des échéances prises en charge par l'Assureur est calculé par périodes entières. Le paiement est effectué selon leur rythme de versement (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel) à l'exception de la première et de la dernière qui sont réglées au prorata du nombre de jours de Cessation de travail.

Le montant de la prestation est limité à 160€ (cent soixante euros) par jour et par Assuré et de 4800€ (quatre mille huit cents euros) par mois et par Assuré, toutes adhésions aux contrats de la gamme Assurance Emprunteur (tels que listés à l'article 4 susvisé) confondues.

Ne sont pas pris en charge :

- les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Adhérent assuré pendant sa Cessation de travail,
- pour les prêts in fine, l'échéance correspondant au remboursement du capital,
- les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur.

Fin des prestations

Les prestations cessent d'être versées :

- à la date de cessation de la garantie invalidité spécifique, conformément à l'article 6 de la présente Notice,
- dès que l'Adhérent assuré est déclaré apte à reprendre son activité professionnelle par le médecin conseil de l'Assureur,
- lorsque l'Adhérent assuré reprend une activité professionnelle, même à temps partiel,
- dès que le taux d'incapacité fonctionnelle de l'Adhérent assuré, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur, passe en dessous de 70%,
- dès que l'incapacité professionnelle de l'Adhérent assuré ne peut plus être attestée dans les conditions indiquées à la Convention AERAS.

Rechute

L'Assureur n'applique pas la franchise si, après une période de Cessation de travail indemnisée par l'Assureur, l'Adhérent assuré a repris une activité professionnelle pendant moins de 60 jours et s'il est de nouveau en Cessation de travail pour la même maladie ou le même accident.

Délai de déclaration

La Cessation de travail doit être déclarée dans les 6 mois qui suivent le premier jour de Cessation de travail. Si la Cessation de travail est déclarée après ce délai, l'arrêt est pris en charge, sous réserve d'acceptation du dossier par l'Assureur, à compter du jour de la réception par celui-ci de la déclaration, sans application du délai de franchise.

Article 9 – Risques exclus

- Pour toutes les garanties (y compris, sous réserve des dispositions de la Convention AERAS, la garantie invalidité spécifique), ne sont pas couvertes par l'assurance les suites et les conséquences des événements suivants :
 - actes intentionnels de l'Adhérent assuré,
 - guerres civiles ou étrangères, de mouvements populaires, d'attentats, sauf lors de séjours à l'intérieur de l'Union Européenne ou O.C.D.E., de la Suisse, des Etats-Unis, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Japon,
 - accidents et événements nucléaires ou résultant de la manipulation d'explosifs par l'Adhérent assuré,
 - l'usage par l'Adhérent assuré de stupéfiants, de substances hallucinogènes ou de médicaments en dehors de la stricte application d'une prescription médicale,
 - Accidents de la circulation de l'Adhérent Assuré, en tant que conducteur, sous l'emprise d'un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur ou égal à 0.5g/litre,
 - L'utilisation en tant que pilote ou passager de tous engins aériens autres que les avions de lignes commerciales régulières, vols charters ou vols affrétés,
 - La participation à des paris, des tentatives de records,
 - Pour toutes les garanties (y compris, sous réserve des dispositions de la Convention AERAS, la garantie invalidité spécifique), sont également exclues, la pratique des activités suivantes :
 - Les sports aériens et tout sport nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant.
 - la spéléologie, l'alpinisme et l'escalade.
 - la plongée sous-marine à une profondeur supérieure à 20 mètres.

Toutefois : La pratique exceptionnelle (baptême ou initiation) des sports aériens et de tout sport nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant, de la spéléologie, l'alpinisme, l'escalade et la plongée sous-marine à une profondeur supérieure à 20 mètres est acquise si l'Adhérent assuré établit qu'elle a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisation réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

Dans le cas d'une pratique régulière de ces activités la garantie pourra être acquise à l'Adhérent assuré s'il en fait la demande expresse auprès de l'Assureur et sous réserve d'acceptation de sa demande par l'Assureur, moyennant une tarification spéciale. En cas de refus de l'Assureur ces activités sportives seront exclues.

- Pour la garantie décès exclusivement, ne sont pas couvertes les suites et les conséquences du suicide survenant au cours de la

première année d'assurance, sauf pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du montant fixé par décret (120 000 € au 28/03/2002).

- Pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de Travail, ne sont pas couvertes les suites et les conséquences :
 - d'accidents ou de maladies antérieurs à l'admission non déclarés dans le questionnaire de santé,
 - des atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'Adhérent assuré, ou d'une tentative de suicide.
- Sous réserve des dispositions de la Convention AERAS, pour la garantie invalidité spécifique, ne sont pas couvertes les suites et les conséquences :
 - d'accidents à l'admission non déclarés dans le questionnaire de santé,
 - des atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'Adhérent assuré, ou d'une tentative de suicide.
- Pour la garantie arrêt de travail et, sous réserve des dispositions de la Convention AERAS, la garantie invalidité spécifique, ne sont pas couverts :
 - la période du congé légal de maternité de la Sécurité Sociale ou d'un organisme assimilé, que l'Adhérent assuré y soit ou non assujettie,
 - les cures, les traitements esthétiques, les séjours en maison de repos.
 - les suites et conséquences liées à des troubles du psychisme et aux maladies psychiatriques : névroses, psychoses, syndrome dépressif, anxiété pathologique et des troubles de l'adaptation, ainsi que les suites et conséquences des syndromes de fatigues chroniques, fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cet arrêt de travail ou cette Cessation de travail.
 - Les sinistres résultant d'une atteinte para-vertébrale, vertébrale, discale ou radiculaire : lombalgies, dorsalgies, cervicalgies, les radiculaire (sciatalgies, cruralgies, névralgies cervico-brachiales), et les coccygodynies, sauf si cette affection nécessite une hospitalisation de plus de 15 jours consécutifs, exclusion faite de la rééducation.
- Il est précisé que nonobstant toute disposition contraire prévue à la présente Notice, la garantie invalidité spécifique ne comporte aucune exclusion de pathologie.

Article 10 – Calcul et paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance par l'Adhérent assuré et sont collectées par CACI Non-Vie, pour son propre compte et pour celui de CACI Vie, selon la périodicité choisie par l'Adhérent

assuré dans sa Demande d'adhésion (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle). Le montant de la cotisation est calculé annuellement, il est indiqué sur l'échéancier qui figure sur la proposition d'assurance. Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû à la date anniversaire de l'Opération de prêt, pondéré par la quotité Assurée.

Le montant du capital restant dû est celui figurant dans le dernier tableau d'amortissement communiqué par l'Adhérent assuré.

Toutefois, si la date de prise d'effet des garanties est antérieure à celle du déblocage des fonds, le taux de cotisation est appliqué, pour la période où les fonds ne sont pas débloqués, sur le capital initial emprunté.

Une tarification différente est appliquée aux fumeurs et aux non-fumeurs. Peuvent bénéficier du tarif non-fumeurs les personnes pouvant certifier, en signant la déclaration spéciale non-fumeur figurant sur la demande d'adhésion, qu'elles n'ont pas fumé au cours des vingt-quatre derniers mois précédant la date de demande d'adhésion. **A cet égard, l'Assureur se réserve toutefois le droit de demander au postulant à l'assurance de se soumettre à tout test qu'il jugera utile pour apprécier la situation de ce dernier en matière de tabagisme.**

La cotisation peut être révisée par l'Assureur :

- immédiatement si les Pouvoirs publics changent le montant de la taxe incluse dans les cotisations d'assurance,
- à la date de renouvellement, si l'évolution du contrat le nécessite,
- en cas de changement, en cours de contrat, de la situation de l'Adhérent assuré relative au tabagisme initialement déclarée sur sa Demande d'adhésion.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Adhérent assuré une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L 141-3 du Code des Assurances que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera résiliée de plein droit sans autre formalité.

Article 11 – Documents à fournir en cas de sinistre

Le sinistre doit être déclaré à CACI Gestion par courrier adressé à :

**CACI Gestion - Service
Indemnisations Sinistres 40 allée
Vauban - 59110 La Madeleine**

Les documents médicaux peuvent être adressés à CACI Gestion à l'attention du Médecin Conseil, Service Indemnisations Sinistres - 40 allée Vauban - 59110 La Madeleine.

Les documents suivants sont à adresser à CACI à l'adresse indiquée ci-dessus :

- **pour la garantie décès**
- un extrait de l'acte de décès de l'Adhérent assuré,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe,

- le questionnaire fourni par l'Assureur, à remplir par le médecin ayant constaté le décès.

- **pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie**

- le questionnaire fourni par l'Assureur, à remplir par le médecin traitant,
 - la notification de mise en invalidité 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé justifiant l'attribution d'une allocation pour tierce personne.
- #### - **pour la garantie arrêt de travail**
- le questionnaire fourni par l'Assureur à remplir par le médecin traitant,
 - le justificatif d'arrêt de travail fourni par l'Assureur et complété par l'employeur,
 - un avis de prolongation du médecin en cas de prolongation accordée,
 - la cas échéant, la notification de mise en invalidité 2^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
 - les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé.
- #### - **pour la garantie invalidité spécifique**
- le questionnaire fourni par l'Assureur à remplir par le médecin traitant,
 - le document dont la production atteste de manière administrative l'incapacité professionnelle de l'Adhérent assuré.

L'Assureur se réserve le droit de demander tout autre renseignement ou document qu'il jugera utile et nécessaire pour l'étude du dossier.

Article 12 – Contrôle et expertise

L'Assureur se réserve le droit dans tous les cas, et notamment lors de la déclaration d'un sinistre, de demander des renseignements complémentaires et de soumettre l'Adhérent assuré à un examen médical afin de contrôler son état de santé. A cet effet, l'Assureur désigne un médecin expert et prend en charge les honoraires relatifs à cet examen médical.

En cas de refus de l'Adhérent assuré, le versement des prestations cesse. Si l'Adhérent assuré le désire, ce contrôle médical pourra avoir lieu en présence d'un médecin de son choix et à ses frais. En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et le médecin de l'Adhérent assuré sur l'état de santé de l'Adhérent assuré, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un troisième médecin.

Faute d'entente sur le choix de ce médecin, celui-ci pourra être désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent assuré. L'Adhérent assuré et l'Assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure.

Article 13 – Bénéficiaire de l'assurance

Le Bénéficiaire des prestations d'assurance est le Prêteur, dans la limite des sommes dues à ce dernier par l'Adhérent assuré au jour du sinistre au titre de l'Opération de prêt.

L'excédent éventuel est versé au conjoint de l'Adhérent assuré, à défaut aux héritiers de l'Adhérent assuré en cas de

décès de ce dernier, et à l'Adhérent assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Article 14 – Faculté de renonciation

L'Adhérent assuré dispose de la faculté de renoncer à son adhésion, dans les trente jours à compter de la date de conclusion de celle-ci, en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à CACI Gestion, 40 allée Vauban, 59110 La Madeleine, rédigée suivant le modèle ci-après :

« Je soussigné (nom, prénom, adresse) désire renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance CACI GARANTIE EMPRUNTEUR, date et signature ».

L'adhésion et les garanties de l'Adhérent assuré seront alors rétroactivement annulées, et l'Adhérent assuré sera remboursé des cotisations déjà payées.

Si l'Adhérent assuré demande et obtient la prise en charge d'un sinistre survenu pendant la période de renonciation, il n'aura alors plus la possibilité d'exercer son droit de renonciation.

En cas d'exercice par l'Adhérent assuré de sa faculté de renonciation, l'Assureur en informera le Prêteur. L'attention de l'Adhérent assuré est attirée sur le fait que dans cette hypothèse, le Prêteur se réserve le droit, dans les conditions prévues à l'offre de prêt et dans le respect de la réglementation applicable, de reconsidérer sa position sur le sort de l'opération de prêt demandée/octroyée et initialement couverte en application des présents contrats d'assurance.

En cas d'adhésion à distance, l'adhésion de l'Adhérent assuré ne peut commencer à être exécutée pendant ce délai, sauf demande contraire de l'Adhérent assuré dans les conditions notamment de coût de la présente offre d'assurance, exprimée notamment sous forme de demande de mise à disposition de tout ou partie des sommes objets de l'Opération de prêt, ou de demande de prise d'effet anticipée exprimée par l'Adhérent assuré.

Dans l'hypothèse d'une telle demande, l'Adhérent assuré bénéficie alors immédiatement des garanties, moyennant et sous réserve du paiement de la première cotisation.

Article 15 – Examen des réclamations

En cas de contestation relative à l'exécution des Contrats, l'Adhérent assuré pourra contacter son interlocuteur CACI Gestion.

**CACI Gestion
Service Réclamations -
40 allée Vauban -
59110 La Madeleine**

Si un désaccord subsiste, l'Adhérent assuré a la faculté de s'adresser à un médiateur indépendant dont le Service Réclamations lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées.

Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des autres voies d'action légales.

Article 16 – Prescription

Conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code des Assurances, toutes actions dérivant des présents contrats 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'Adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent assuré.

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'Adhérent assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 17 – Déclarations de l'Adhérent assuré

Si l'Adhérent assuré s'est déclaré Non Fumeur à l'adhésion, il est tenu d'informer l'Assureur, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 30 jours qui suivent tout changement de situation initialement déclarée concernant son état de non fumeur. Il est rappelé que la non-déclaration du changement de situation, selon qu'elle est commise intentionnellement ou non, l'expose aux sanctions prévues par le Code des Assurances, c'est à dire la nullité de l'adhésion ou la réduction d'indemnités (articles L113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

L'Adhérent assuré doit également informer l'Assureur, par lettre recommandée avec accusé de réception,

de toutes modifications de son domicile ou du tableau d'amortissement fourni lors de l'adhésion et ceci dans un délai de 30 jours suivant la date de prise d'effet du nouveau tableau d'amortissement.

Passé ce délai de 30 jours, les caractéristiques du nouveau tableau d'amortissement sont prises en compte à la date de réception du document.

Pour les pratiques sportives :

L'Adhérent assuré qui souhaite exercer ou mettre fin à la pratique régulière des activités sportives mentionnées à l'Article 9 devra informer l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception. La demande de prise en charge est soumise aux conditions mentionnées à l'Article 9.

Article 18 – Généralités

En application de la Loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée, l'Adhérent assuré reconnaît lors de son adhésion être informé que :

- les informations le concernant qui sont recueillies et traitées le sont à des fins de l'étude de sa demande d'adhésion, à la gestion de son contrat, ainsi qu'à des fins de gestion commerciale,
- les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de sa demande d'adhésion au contrat souscrit auprès des assureurs CACI, responsables du traitement. A défaut de réponse, sa demande d'adhésion ne pourra pas être étudiée,
- l'Assureur responsable du traitement de son adhésion, peut transmettre ses réponses à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, ainsi qu'à tout autre assureur concerné dans la mesure où cette transmission est nécessaire à l'instruction et/ou la gestion de son dossier.

L'Adhérent assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification, en application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, auprès de CACI VIE & CACI NON VIE – Service Client, 50-56 rue de la Procession, 75015 PARIS

La présente offre d'assurance, de nature commerciale, est proposée et valable pour une durée de 6 mois à compter de sa réception par le client avant toute adhésion à l'assurance. La langue française s'applique aux présents contrats.

Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régis par la loi française, à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Conformément au Code des Assurances, toute réticence, omission ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus de l'Adhérent assuré, selon qu'elle est commise intentionnellement ou non, l'expose aux sanctions prévues par le Code des Assurances, c'est à dire la nullité de l'adhésion ou la réduction d'indemnités (articles L113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

Démarchage (pour rappel) :

Article L. 112-9 du Code des assurances alinéa 1er « *1.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.* »

Le délai susvisé est inclus dans le délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article 14 de la présente Notice d'information.

L'autorité chargée du contrôle des assureurs est la Central Bank of Ireland PO Box 9138 College Green, Dublin 2 Irlande.

CACI VIE et CACI NON-VIE, RCS Paris 509 703 468 et 509 690 715, établissement principal 50-56 rue de la Procession 75015 PARIS, succursales françaises d'assurances des compagnies CACI Life Ltd et CACI Non-Life Ltd, sociétés d'assurances de droit irlandais soumises au contrôle de la Central Bank of Ireland, College Green, PO Box 9138, Dublin 2, Irlande, et ayant leur siège Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublin 2 Irlande, immatriculées auprès de l'Irish Companies Registration Office sous les n° 306030 et 306027.

Crédit Lyonnais

S.A. au capital de 1 847 860 375 €
Inscrit sous le numéro d'immatriculation d'intermédiaire en assurance ORIAS : 07 001 878
Siège social : 18, rue de la République 69 002 LYON
Siège administratif : 19 bd des Italiens 75002 Paris
SIREN 954 509 751 RCS Lyon