

SOMMAIRE DE LA NOTICE

LEXIQUE

P.16

Tous les mots indiqués en *italique* dans la notice sont définis dans notre lexique.

DEMANDES D'INFORMATION ET RÉCLAMATION

P.18

L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

P.20

- ❶ Quelles sont les formules de garanties que vous pouvez choisir ? P.21
- ❷ Quelles sont les garanties qui vous sont proposées ? P.22
- ❸ Quels sont les risques qui ne sont pas couverts par votre contrat ? P.30
- ❹ Qui peut adhérer à Alternative emprunteur et être assuré ? P.34
- ❺ Qui bénéficie des garanties ? P.36
- ❻ Quelle est la territorialité de votre contrat ? P.36

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

P.38

- ❼ À partir de quand et pour combien de temps êtes-vous couvert ? P.38
- ❽ Quelles sont les formalités médicales à accomplir ? P.41
- ❾ Comment pouvez-vous modifier votre contrat ? P.44
- ❿ Votre cotisation d'assurance P.44

LE SINISTRE

P.46

- ❿ Quelles sont les formalités à accomplir en cas de *sinistre* ? P.46
- ⓫ Dans quels cas un médecin expert peut-il être désigné ? P.46

LES INFORMATIONS GÉNÉRALES

P.48

- ⓬ Généralités P.48
- ⓭ Prescription P.48
- ⓮ Informatique et Libertés P.48
- ⓯ Contrôle de l'entreprise d'assurance P.49

15



Lexique

Les mots et expressions « essentiels » contenus dans la notice sont définis dans ce lexique pour vous aider à mieux comprendre votre contrat.

Accident : événement soudain, extérieur et imprévisible qui provoque des dommages corporels. L'assuré ne doit pas avoir volontairement déclenché cet événement. Ne sont donc pas des accidents au sens du contrat : le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide, les maladies et leurs conséquences, ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. À titre d'exemple, un « accident vasculaire » ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents.

Adhérent : personne physique ou morale, membre de l'UFEP (l'adhésion à l'UFEP figure dans la demande d'adhésion à la convention d'assurance collective n° 2444), contractant des prêts et ayant signé la demande d'adhésion à l'assurance. Il est le payeur des cotisations.

Assuré : personne physique ayant signé la demande d'adhésion, répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties souscrites. Le terme « assuré » désigne chacun des assurés.

Barème de droit commun du concours médical : ce barème permet au médecin de fixer le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique de l'assuré au regard du(des) dommage(s) corporel(s) subi(s). Il est publié par la revue « Concours médical ». Il s'agit du barème en vigueur au jour de la constatation de l'état d'invalidité.

Capital assuré : montant du capital emprunté couvert par l'assurance et calculé sur la base de la *quotité assurée*.

Capital restant dû : montant total du prêt (ou somme des échéances ou loyers) dont l'adhérent est redevable auprès de l'organisme prêteur au jour du *sinistre*. Ce montant est calculé sur la base des caractéristiques du prêt fourni par l'adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au *certificat d'adhésion* ou ses éventuels avenants.

Caution : personne physique qui s'engage auprès de l'organisme prêteur à rembourser les échéances du prêt contracté par l'emprunteur à sa place.

Certificat d'adhésion : document adressé par CARDIF à l'adhérent, confirmant l'adhésion au présent contrat et sur lequel sont précisés la formule de garanties choisie, la (les) personne(s) assurée(s), le montant des cotisations, et le cas échéant l'existence des éventuelles exclusions et/ou surprimes.

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Espace Économique Européen (au 01/01/2013) : les États membres de l'Union Européenne ainsi que l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

État consolidé : état médical non susceptible d'évolution.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail au-delà duquel une indemnisation est possible.

Fonds de garantie des assureurs de personnes : fonds visant à renforcer la protection des assurés en cas de défaillance d'une société d'assurances de personnes.

Fumeur : personne physique consommant du tabac même à titre occasionnel, ou en ayant consommé au cours des 24 derniers mois.

Lettre de couverture : document remis à l'adhérent qui atteste de sa couverture. La lettre de couverture est émise en attendant la réception par l'adhérent de son *certificat d'adhésion*.

Quotité assurée : pourcentage du capital emprunté couvert par l'assurance. Ce pourcentage est renseigné par l'adhérent sur la demande d'adhésion et peut être inférieur ou égal à 100 % par assuré.

Sinistre : événement donnant lieu à garantie au titre de votre adhésion : décès, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle, invalidité professionnelle, incapacité temporaire totale de travail.

Union Européenne (au 01/01/2013) : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre (partie grecque), Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.

Union Française d'Épargne et de Prévoyance (UFEP) : association qui souscrit des contrats collectifs d'assurance de personne au profit de ses membres adhérents. Elle est régie

par la loi du 1^{er} juillet 1901 sur les associations et par les articles L. 141-7 et R. 141-1 à R. 141-9 du Code des assurances. Ses statuts sont disponibles sur le site Internet www.ufep.fr ou peuvent être adressés sur demande auprès du siège de l'association, 1 rue des Fondrières, 92000 Nanterre. Elle a pour objet de souscrire des contrats d'assurance vie et d'épargne retraite ou des contrats collectifs d'assurance de prévoyance. À ce titre, elle représente les intérêts collectifs des *adhérents* dans leurs relations avec CARDIF.

Valeur résiduelle : valeur de rachat du bien au terme du contrat de crédit-bail fixée dans ce contrat.

Vente à distance : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

**Alternative emprunteur est
une convention d'assurance
collective (n° 2444) à adhésion
facultative, régie par le Code
des assurances, souscrite par
l'UFEP au profit de ses membres,
auprès de CARDIF Assurance Vie.**

Demandes d'information et réclamation

**POUR TOUTE QUESTION RELATIVE
À VOTRE CONTRAT, À VOTRE ADHÉSION OU
EN COURS DE VIE DE VOTRE CONTRAT,
VOUS POUVEZ VOUS ADRESSER À :**

CARDIF Assurance Vie
Service Gestion Prévoyance
8, rue du Port
92728 Nanterre Cedex

tél. : 01 41 42 64 23

**POUR TOUTE QUESTION RELATIVE
À UN *SINISTRE*,
VOUS POUVEZ VOUS ADRESSER À :**

CARDIF Assurance Vie
Service Sinistres
8, rue du Port
92728 Nanterre Cedex

tél. : 01 41 42 61 66



EN CAS DE RÉCLAMATION CONCERNANT L'ASSURANCE, VOUS POUVEZ NOUS CONTACTER :

- PAR COURRIER

CARDIF Assurance Vie
Service Relation Clients Prévoyance
8, rue du Port
92728 Nanterre Cedex

- PAR TÉLÉPHONE

01 41 42 42 50 si votre réclamation porte sur votre adhésion et/ou la vie de votre contrat

01 41 42 84 76 si votre réclamation porte sur un sinistre

En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, *l'assuré* ou ses ayants droit peut (peuvent) solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), personne indépendante de CARDIF, sans préjudice pour *l'assuré* ou ses ayants droit d'exercer une action en justice. La saisine du Médiateur se fait à l'adresse suivante :

Le Médiateur de la FFSA
BP 290
75425 PARIS CEDEX 09
Fax : 01 45 23 27 15
le.mediateur@mediation-assurance.org

La Charte de la Médiation est disponible sur le site Internet de la FFSA (www.ffsa.fr).

Les conditions d'accès à ce Médiateur sont disponibles sur le site Internet de la FFSA ou sur simple demande à l'adresse de nos bureaux.

L'objet de votre contrat

Alternative emprunteur vous permet de concrétiser votre projet personnel ou professionnel en apportant une solution pour assurer votre (vos) prêt(s) en toute sérénité.

Votre contrat est constitué par cette notice, la demande d'adhésion, le *certificat d'adhésion*, ses annexes et les formalités d'adhésion.

Alternative emprunteur vise à garantir l'assuré selon son âge, sa situation professionnelle et la formule de garanties choisie :

- contre tout ou partie des risques survenant avant le terme des prêts, et liés :
 - > au décès,
 - > à la perte totale et irréversible d'autonomie,
 - > à l'invalidité permanente totale,
 - > à l'invalidité permanente partielle,
 - > à l'invalidité professionnelle des professionnels de santé,
 - > ou à l'incapacité temporaire totale de travail.
- et à la condition que votre adhésion couvre une ou plusieurs opérations de :
 - > crédit-bail,
 - > prêt amortissable à taux fixe et/ou à taux variable (y compris les prêts accordés dans le cadre des ventes en état futur d'achèvement) ainsi que leurs différés,

- > prêt à échéances modulables, sous réserve que la limite de variation entre deux échéances soit au maximum de 30 % et qu'un délai de 12 mois minimum s'écoule entre deux modifications,
- > prêt à palier,
- > prêt in fine à taux fixe et/ou à taux variable,
- > prêt relais d'une durée maximum de 3 ans.

Pour vous faciliter la lecture de cette notice,

- l'établissement prêteur et le crédit bailleur seront dénommés « organisme prêteur » ;
- « vous » désigne l'adhérent à ce contrat ;
- « nous » et « CARDIF » désignent l'assureur et le gestionnaire de ce contrat : CARDIF Assurance Vie.

La durée du prêt est au minimum d'un an. Elle peut être diminuée ou rallongée de 5 ans, sans toutefois excéder 50 ans.

Pour un même contrat de prêt, les garanties peuvent être réparties sur plusieurs *assurés*, dans les proportions précisées sur la demande d'adhésion. La *quotité assurée* par *assuré* ne peut en aucun cas être supérieure à 100 % du montant du prêt.

Avant d'adhérer au contrat Alternative emprunteur, étudiez attentivement les garanties au regard de vos besoins et de votre mode de vie. Elles détermineront l'étendue de votre assurance.

1 QUELLES SONT LES FORMULES DE GARANTIES QUE VOUS POUVEZ CHOISIR ?

Vous pouvez bénéficier, au choix, des formules de garanties suivantes :

PTIA : perte totale et irréversible d'autonomie
 IPT : invalidité permanente totale - ITT : incapacité temporaire totale de travail
 IPP : invalidité permanente partielle - IP : invalidité professionnelle

	DÉCÈS	PTIA	IPT	ITT	IPP	IP
FORMULE 1	■	■	□	□	□	□
FORMULE 2	■	■	■	■	□	□
FORMULE 3	■	■	■	■	■	□
FORMULE 4*	■	■	□	□	□	■

* réservée aux professionnels de santé

Le choix de la formule est indiqué lors de l'adhésion et peut être modifié pendant toute sa durée sous réserve de notre accord et du renouvellement éventuel des formalités médicales.

L'objet de votre contrat

2 QUELLES SONT LES GARANTIES QUI VOUS SONT PROPOSÉES ?

En cas de *sinistre*, les prestations versées dépendent des garanties choisies.

Aucune prise en charge ne peut intervenir en cours de contrat si le déblocage des fonds ou la mise à disposition du bien n'a pas été effectué(e).

2.1 LA GARANTIE DÉCÈS

● À la suite d'un décès consécutif à un accident survenu pendant l'accomplissement des formalités d'adhésion, nous prenons en charge le montant du *capital assuré*, **dans la limite de 350 000 €** sous réserve des exclusions énoncées dans le paragraphe 3 de la notice.

● À la suite d'un décès consécutif à un accident ou à une maladie survenu(e) en cours de contrat, nous prenons en charge le *capital restant dû* au jour du décès.

S'agissant des contrats de crédit-bail, nous prenons en charge la somme des loyers restant dus au jour du décès augmentée de la *valeur résiduelle* du bien.

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la *quotité assurée*.

Le paiement du *capital restant dû* ou des loyers restant dus en cas de décès entraîne la fin de toutes les garanties pour l'*assuré* concerné.

2.2 LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

● Qu'est-ce que la PTIA ?

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie par CARDIF, l'*assuré* :

- > reconnu inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un *accident* et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit,

et

> devant avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

● Que prend en charge CARDIF en cas de PTIA ?

Nous prenons en charge le *capital restant dû* à la date de constatation médicale par nos soins de la PTIA.

S'agissant des contrats de crédit-bail, nous prenons en charge la somme des loyers restant dus à la date de constatation médicale par nos soins de la PTIA augmentée de la *valeur résiduelle* du bien.

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la *quotité assurée*.

Le paiement du *capital restant dû* ou des loyers restant dus en cas de PTIA entraîne la fin de toutes les garanties pour l'*assuré* concerné.

2.3 LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

● Qu'est-ce que l'IPT ?

Est considéré en état d'invalidité permanente totale par CARDIF, l'*assuré* reconnu, après consolidation de son état, inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.

● Que prend en charge CARDIF en cas d'IPT ?

L'*assuré* bénéficie d'une prise en charge du *capital restant dû* ou s'agissant des contrats de crédit-bail des loyers restant dus augmentés de la *valeur résiduelle* du bien. Vous pouvez également choisir sur papier libre, au moment du *sinistre*, une prise en charge des échéances de prêt(s) ou de loyer(s) pendant la durée de l'invalidité.

Le montant de la prise en charge est limité à 7 500 € par mois et par assuré. Cette limite s'apprécie au vu de l'ensemble des prêts assurés par CARDIF.

Vous pouvez demander, lors de votre adhésion, à augmenter le montant maximum des échéances de prêt ou de loyer prises en charge. Néanmoins, cette demande est soumise à un accord particulier de notre part.

Pour les prêts amortissables et les prêts à palier :

- > Si vous avez choisi le versement des prestations sous forme de capital : nous prenons en charge le *capital restant dû* à la date de constatation médicale par nos soins de l'état d'IPT sauf si l'échéance globale mensuelle du prêt assuré, pour l'ensemble des contrats auxquels vous avez adhéré auprès de CARDIF, est supérieure à 7 500 €. Dans cette hypothèse, la prestation est calculée sur la base d'échéances mensuelles d'un montant de 7 500 €.
- > Si vous avez choisi une prise en charge des échéances de prêt pendant la durée de l'invalidité : le montant des échéances de prêt que nous prenons en charge est calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) du nombre de jours d'IPT, selon la périodicité de remboursement des échéances du(des) prêt(s) (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Pour les contrats de crédit-bail :

- > Si vous avez choisi le versement des prestations sous forme de capital : nous prenons en charge la somme des loyers restant dus à la date de constatation médicale par nos soins de l'état d'IPT ainsi que la *valeur résiduelle*, **dans la limite de 7 500 €.**

IL FAUT ENTENDRE PAR :

- ITT:** Incapacité Temporaire Totale de travail
- IPP:** Invalidité Permanente Partielle
- IPT:** Invalidité Permanente Totale
- IP:** Invalidité Professionnelle
- PTIA:** Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'objet de votre contrat

> Si vous avez choisi une prise en charge des loyers pendant la durée de l'invalidité : le montant des loyers que nous prenons en charge est alors calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) du nombre de jours d'IPT, selon la périodicité de remboursement des loyers (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Pour les prêts in fine et les prêts relais, nous remboursons le montant du *capital restant dû* à la date de constatation médicale par nos soins de l'état d'IPT.

Dans tous les cas : le paiement des prestations est soumis à l'exercice par *l'assuré* d'une activité professionnelle rémunérée à la date de constatation médicale par nos soins de l'état ayant entraîné l'invalidité. Le paiement du capital en cas d'IPT entraîne la fin de toutes les garanties pour *l'assuré* concerné.

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la quotité assurée.

Toute reprise d'activité, même partielle, ou le déplacement de l'assuré sur un lieu de travail même pour exercer un rôle de surveillance ou de direction, entraîne la cessation des prestations.

La garantie cesse d'être due si *l'assuré* est reconnu en état de PTIA et pris en charge à ce titre.

2.4 LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

● Qu'est-ce que l'ITT ?

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail par CARDIF :

> *l'assuré* exerçant une activité professionnelle au jour du *sinistre* et qui à la suite d'une maladie ou d'un *accident* se trouve temporairement dans l'impossibilité

totale et continue d'exercer son activité professionnelle,

ou

> *l'assuré* n'exerçant plus d'activité professionnelle au jour du *sinistre* et qui est temporairement contraint, sur prescription médicale, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations de la vie quotidienne en raison d'un *accident* ou d'une maladie.

● Que prend en charge CARDIF en cas d'ITT ?

Si l'assuré exerce une activité professionnelle le jour du sinistre : nous prenons en charge l'échéance du prêt à hauteur de 100 % de la *quotité assurée*, calculée sur la base des caractéristiques du prêt que vous avez fournies lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au *certificat d'adhésion* ou sur ses éventuels avenants, à compter de la fin de la *franchise* choisie, et ce pendant la durée de l'incapacité. La durée maximale de prise en charge est de 1 095 jours pour *l'assuré* se trouvant dans l'impossibilité totale et continue d'exercer son activité professionnelle.

Le montant de la prise en charge est limité à 7 500 € par mois et par assuré.

Vous pouvez choisir la durée de la *franchise* lors de l'adhésion : 30, 60, 90 ou 180 jours. Toutefois, sous réserve de notre accord et du renouvellement des formalités d'adhésion, vous pouvez modifier votre choix à la date de renouvellement de l'adhésion.

Pour les contrats de crédit-bail, nous prenons en charge le paiement des loyers venant à échéance à compter de la fin de la *franchise* choisie et ce pendant la durée de l'incapacité pour une durée maximale de 1 095 jours pour *l'assuré* se trouvant dans l'impossibilité totale et continue d'exercer son activité professionnelle.

Le montant de la prise en charge est limité à 7 500 € par mois et par assuré.

Le montant des échéances de prêt ou de loyer que nous prenons en charge est calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) des jours d'arrêt de travail, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt ou du loyer (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Si l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle au moment du *sinistre*, nous prenons en charge l'échéance du prêt ou du loyer à hauteur de 50 % de la *quotité assurée* pendant la durée d'incapacité sur une durée maximale de 1 095 jours. Nous versons les prestations après un délai de *franchise* au minimum de 90 jours suivant la date de prescription médicale d'observer un repos complet.

Le montant de la prise en charge est limité à 3 750 € par mois et par assuré.

Si l'assuré reprend une activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, nous prenons en charge l'échéance du prêt ou du loyer à hauteur de 50 % de la *quotité assurée* sur une durée maximale de 180 jours.

Le montant de la prise en charge est limité à 3 750 € par mois et par assuré.

Vous pouvez demander, lors de votre adhésion, à augmenter le montant maximum des échéances de prêt ou de loyer prises en charge. Néanmoins, cette demande est soumise à un accord particulier de notre part.

Le montant maximum des mensualités que nous prenons en charge s'apprécie, pour chaque *assuré*, au vu de l'ensemble des prêts assurés par CARDIF.

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la *quotité assurée*.

Pour les prêts in fine et les prêts relais, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts

IL FAUT ENTENDRE PAR :

- ITT:** Incapacité Temporaire Totale de travail
- IPP:** Invalidité Permanente Partielle
- IPT:** Invalidité Permanente Totale
- IP:** Invalidité Professionnelle
- PTIA:** Perte Totale et Irréversible d'Autonomie



du prêt, le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

Si l'assuré est victime d'une rechute provenant du même *accident* ou de la même maladie survenant après une reprise d'activité professionnelle inférieure à 60 jours, celle-ci ne sera pas considérée comme un nouveau *sinistre*. En conséquence, il ne sera pas fait application de la *franchise*.

Toutefois, une rechute survenant plus de 60 jours après une reprise d'activité professionnelle sera considérée comme un nouveau *sinistre*. En conséquence, la *franchise* s'appliquera de nouveau.

La garantie ITT prend fin en cas de mise en jeu des garanties PTIA, IPT ou IPP.

Aucune modification du (des) plan(s) de remboursement initial(aux) du fait de l'assuré survenant dans les 12 mois précédant l'ITT et ayant pour effet d'entraîner une majoration du montant des mensualités ne sera prise en compte.



Avantages produit

Si vous reprenez une activité à temps partiel thérapeutique, nous vous remboursons la moitié de vos échéances assurées.

2.5 LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

● Qu'est-ce que l'IPP ?

Est considéré en état d'invalidité permanente partielle par CARDIF, l'assuré qui, à la suite d'une maladie ou d'un *accident* et après consolidation de son état, présente un taux d'invalidité supérieur à 33 % conformément au tableau ci-contre. ■■

Ce tableau permet de déterminer le taux contractuel d'IPP qui détermine le droit aux prestations et leur montant.

Ce taux contractuel d'IPP est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. Il est défini par notre médecin conseil.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle, selon le *barème de droit commun du concours médical* en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité. Il est basé uniquement sur la diminution de capacité physique consécutive à l'*accident* ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée, en tenant compte :

- > de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'*accident* ;
- > des conditions normales d'exercice de cette activité ;
- > des possibilités d'exercice restantes ;
- > des possibilités de reclassement correspondant au niveau de formation et d'expérience professionnelle de l'*assuré*.

Le tableau ci-contre indique les taux résultants des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle. ■■

● Que prend en charge CARDIF en cas d'IPP ?

Nous prenons en charge, pendant la durée de l'invalidité et en fonction du taux contractuel d'invalidité, le paiement partiel des échéances de loyers ou de prêt. Celles-ci sont calculées sur la base des caractéristiques du crédit que vous avez fournies lors de l'adhésion et qui figurent sur l'échéancier annexé au *certificat d'adhésion*, ou sur ses éventuels avenants.

Nous prenons ainsi en charge (N-33)/33 fois le montant de l'échéance de loyer ou de prêt prévue au titre de l'invalidité permanente totale (N étant le taux d'invalidité reconnu) avec un minimum de prise en charge à hauteur

de 50 % de l'échéance et dans la limite de 100 %.

Le taux « N » d'invalidité est révisable à la hausse selon l'aggravation de l'invalidité fonctionnelle de l'assuré. Le montant de la prestation varie en conséquence.

Le montant des échéances de prêt ou de loyer que nous prenons en charge est calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) des jours d'invalidité selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt ou du loyer (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la quotité assurée.

Le montant de la prise en charge est limité à 7 500 € par mois et par assuré pour un taux d'invalidité de 100 %. Cette limite s'apprécie au vu de l'ensemble des prêts assurés par CARDIF.

IL FAUT ENTENDRE PAR :

- ITT:** Incapacité Temporaire Totale de travail
- IPP:** Invalidité Permanente Partielle
- IPT:** Invalidité Permanente Totale
- IP:** Invalidité Professionnelle
- PTIA:** Perte Totale et Irréversible d'Autonomie



Taux d'Incapacité Professionnelle	Taux d'Incapacité Fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	35,69	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	92,22	100,00

Vous pouvez demander, lors de votre adhésion, à augmenter le montant maximum des échéances de prêt ou de loyer prises en charge. Néanmoins, cette demande est soumise à un accord particulier de notre part.

Pour les prêts in fine, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt, le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

Toute reprise d'une activité professionnelle à temps plein entraîne la cessation des prestations au titre de cette garantie.

La garantie cesse d'être due si l'assuré est reconnu en état d'IPT, d'IP ou de PTIA et pris en charge à ce titre. Le paiement des prestations est soumis à l'exercice par l'assuré d'une activité professionnelle rémunérée à la date de constatation médicale par CARDIF de l'état ayant entraîné l'IPP.

2.6 LA GARANTIE INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE (IP)

L'IP est réservée aux professionnels de santé qui sont médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, interne en médecine, pharmacien, sage-femme, infirmier, kinésithérapeute ou vétérinaire.

● Qu'est-ce que l'IP ?

Est considéré en état d'invalidité professionnelle par CARDIF, l'assuré professionnel de santé tel que cité ci-dessus qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident,

- > est reconnu, suite à une expertise médicale réalisée sur notre demande, dans l'impossibilité complète et définitive d'exercer la profession occupée au moment du sinistre,
- > et se trouve dans au moins un des cas figurant dans le tableau ci-dessous. 



	Médecin, Infirmier, Pharmacien, Interne en médecine	Chirurgien, Chirurgien- dentiste, Vétérinaire, Kinésithérapeute, Sage-femme
Cécité complète	●	●
Surdité totale des deux oreilles	●	●
Hémiplégie organique complète	●	●
Désarticulation ou ankylose totale de l'épaule	●	●
Paralysie complète du plexus brachial, du médian du bras, ou radial au-dessus du triceps	●	●
Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	●	●
Amputation ou perte totale de l'usage de la main	●	●
Amputation ou perte totale de l'usage du pouce		●
Amputation de la phalange terminale du pouce		●
Amputation ou perte totale de l'usage de l'index		●
Amputation ou perte totale de l'usage du médius		●
Amputation ou perte totale de l'usage de l'auriculaire		●
Amputation ou perte totale de l'usage des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)	●	●
Amputation de la cuisse au tiers moyen	●	●

● **Que prend en charge CARDIF en cas d'IP ?**

CARDIF prend en charge le *capital restant dû* à la date de constatation médicale par CARDIF de l'état d'IP.

S'agissant des contrats de crédit-bail, nous prenons en charge la somme des loyers restant dus à la date de constatation médicale par CARDIF de l'état d'IP augmentée de la *valeur résiduelle* du bien.

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la *quotité assurée*.

Le paiement du *capital restant dû* ou des loyers restant dus en cas d'IP entraîne la fin de toutes les garanties pour l'*assuré* concerné.

Le paiement des prestations est soumis à l'exercice par l'*assuré* d'une activité professionnelle de santé rémunérée à la date de constatation médicale par nos soins de l'état ayant entraîné l'IP.

2.7 EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS DE MISE EN JEU DES GARANTIES IPT, ITT, ET IPP

Nous prenons en charge, le montant des cotisations d'assurance :

- pendant la durée d'incapacité de travail et au plus tard jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt total de travail en cas d'ITT, après expiration du délai de *franchise* choisi,
- pendant la durée d'invalidité en cas d'IPT ou d'IPP.

L'exonération du paiement de la cotisation cesse à la fin du mois de reprise totale du travail.

 **Avantages produit**

En cas d'IPT, d'ITT ou d'IPP, vous n'avez pas à régler les cotisations de votre contrat.



L'objet de votre contrat

3 QUELS SONT LES RISQUES QUI NE SONT PAS COUVERTS PAR VOTRE CONTRAT ?

Voici la liste des *accidents*, maladies, pratiques et autres traitements qui ne sont pas pris en charge par le contrat Alternative emprunteur. Lisez-la très attentivement.

3.1 EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES

Ne sont pas garantis les cas suivants, leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

- les *accidents* ou maladies :
 - > dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties et dont l'exclusion a été notifiée par écrit à l'*assuré* et acceptée par celui-ci,
 - > résultant de faits intentionnels de l'*assuré* (y compris les tentatives de suicide ou de mutilation), d'un bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait même indirectement,
 - > résultant de l'usage de stupéfiants ou d'hallucinogènes, de médicaments à doses non prescrites médicalement ;
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiations ionisantes ou autres. Toutefois, ces effets sont pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux, de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'*assuré* est le patient ;

- les *accidents*, lors de la conduite de tout véhicule terrestre et de navigation maritime, causés par l'*assuré* lorsque le taux d'alcool dans son sang est égal ou supérieur au taux prévu par la législation française en vigueur au moment du *sinistre* ;
- la pratique de raids, de tentatives de record, les acrobaties, les exhibitions, les essais préparatoires, les essais de réception, les paris, les défis pouvant porter atteinte à l'intégrité physique de la personne.

Ne sont pas garanties les suites et conséquences des événements suivants : les guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les mouvements de grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les émeutes, les insurrections, les complots, les actes de sabotage.

La garantie reste acquise :

- > en cas de légitime défense ;
- > en cas d'assistance à personne en danger ;
- > si l'*assuré* n'a pas de participation active à l'un de ces événements ;
- > aux *assurés* qui sont exposés dans le cadre de l'exercice de leur profession et qui ont demandé un rachat d'exclusions ayant fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire par CARDIF acceptée par eux.

Ne sont pas garanties les suites et conséquences des maladies ou accidents résultant de la pratique des sports suivants :

- la navigation et les activités aériennes ;
- les activités mécaniques en compétition ;
- la plongée sous-marine à plus de 10 mètres sans bouteille, à plus de 20 mètres avec bouteille ;

● **la navigation maritime et les activités nautiques :**

> à plus de 25 milles des côtes pour la voile ou le bateau à moteur même avec le permis correspondant,

> à plus d'un mille des côtes pour la planche à voile, le scooter des mers, le kayak ou l'aviron des mers ;

● **les sports de neige, de montagne, de glace et d'alpinisme, pratiqués hors piste et hors chemins balisés ;**

● **la spéléologie lorsque cette activité nécessite un équipement spécial ;**

● **le canyoning, le rafting, le saut à l'élastique ;**

● **les sports de combat, la boxe s'ils ne sont pas pratiqués dans un club ;**

● **les activités équestres en compétition, courses, concours ou chasse à courre.**

Les sports ci-dessus sont couverts, s'ils sont pratiqués sous la responsabilité d'un professionnel :

- > à titre occasionnel c'est-à-dire que ces sports ne sont pas pratiqués à intervalles réguliers,
- > ou dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation.

À votre demande expresse, tout ou partie des activités listées ci-dessus peuvent être assurées si elles sont déclarées à l'adhésion et qu'elles ont fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire par CARDIF acceptée par l'assuré.

3.2 EXCLUSIONS PARTICULIÈRES

3.2.1 EXCLUSION APPLICABLE À LA GARANTIE DÉCÈS

N'est pas pris en charge au titre de la garantie décès, le suicide lorsqu'il intervient pendant la première année

qui suit la date d'effet de l'adhésion. En cas d'augmentation du capital assuré, le risque de suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de ce changement au titre du capital augmenté.

La garantie reste acquise si le prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré, dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R. 132-5 du Code des assurances).

IL FAUT ENTENDRE PAR :

ITT: Incapacité Temporaire Totale de travail

IPP: Invalidité Permanente Partielle

IPT: Invalidité Permanente Totale

IP: Invalidité Professionnelle

PTIA: Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'objet de votre contrat

3.2.2 EXCLUSIONS APPLICABLES AUX GARANTIES PTIA, IPT, ITT ET IPP

Ne sont pas pris en charge au titre des garanties PTIA, IPT, IPP, ITT, les suites et conséquences :

- **des affections psychiatriques, des troubles anxio-dépressifs, des cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique, n'ayant pas nécessité une hospitalisation de plus de 14 jours continus dans les six mois suivant le premier jour d'arrêt de travail ;**
- **des atteintes discales et/ou vertébrales :**
 - > **ne pouvant être démontrées par un examen spécialisé approfondi (une radiologie du rachis, une Imagerie par Résonance Magnétique ou un scanner),**
 - > **et n'ayant pas nécessité d'hospitalisation continue de plus de 5 jours,**
 - > **et n'étant pas des fractures du rachis.**

Les séjours en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle sont pris en charge s'ils font suite à une hospitalisation continue d'au moins 6 jours ou une fracture du rachis.

- **des arrêts de travail correspondant au congé légal de maternité ou la période assimilée pour les non salariées, au titre de la garantie ITT.**

La garantie reste acquise en cas de grossesse pathologique en dehors de la période du congé légal.

3.2.3 EXCLUSIONS APPLICABLES AUX GARANTIES PTIA, IPT, ITT, IPP ET IP

Ne sont pas pris en charge au titre des garanties PTIA, IPT, IPP, ITT, et IP :

- **les séjours en cures thermales ou marines, de rajeunissement ou d'amaigrissement, maisons de repos, maisons dites de santé médicale, séjours diététiques, cures de désintoxication, de sommeil, de convalescence ou de rééducation.**

La garantie reste acquise pour les séjours de convalescence ou de rééducation consécutifs à un *accident* ou une maladie couvert(e) par le contrat.

- **les traitements esthétiques et/ou d'interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutifs à une maladie ou un *accident* ;**
- **les pratiques de tout sport réalisé à titre professionnel ou sous contrat rémunéré.**

Cette exclusion ne s'applique pas si ces pratiques ont été déclarées lors de l'adhésion et ont fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire par CARDIF acceptée par l'assuré.

IL FAUT ENTENDRE PAR :

ITT: Incapacité
Temporaire Totale
de travail

IPP: Invalidité
Permanente
Partielle

IPT: Invalidité
Permanente Totale

IP: Invalidité
Professionnelle

PTIA: Perte Totale et
Irréversible
d'Autonomie

L'objet de votre contrat

4 QUI PEUT ADHÉRER À ALTERNATIVE EMPRUNTEUR ET ÊTRE ASSURÉ ?

Sous réserve de notre acceptation, au moment de l'adhésion, les conditions suivantes doivent être remplies :

POUR ÊTRE ADHÉRENT

- Être une personne physique ou morale résidant au moment de l'adhésion dans un État partie à l'Espace Économique Européen, en Nouvelle Calédonie, en Polynésie française, à Wallis et Futuna ou en Principauté de Monaco ;
- Être membre de l'*UFEP* (l'adhésion à l'*UFEP* figure dans la demande d'adhésion à la convention d'assurance collective n° 2444). Pour devenir membre de l'*UFEP*, il faut verser un droit unique d'admission sans droit de reprise de 1 €. Nous vous offrons ce versement ;
- Contracter un ou plusieurs prêts ;
- Signer la demande d'adhésion.

POUR ÊTRE ASSURÉ

- Être une personne physique résidant au moment de l'adhésion dans un État partie à l'Espace Économique Européen, en Nouvelle Calédonie, en Polynésie française, à Wallis et Futuna ou en Principauté de Monaco ;
- Être emprunteur principal, co-emprunteur, dirigeant ou *caution* de personne morale ou *caution* solidaire d'une personne physique ;
- Signer la demande d'adhésion ;
- Satisfaire aux formalités médicales (paragraphe 8 de la notice).

Décès :

- Être âgé à la date de signature de la demande d'adhésion de plus de 18 ans et de moins de 85 ans.

PTIA, IPT, ITT, IPP, IP :

- Être âgé à la date de signature de la demande d'adhésion de plus de 18 ans et de moins de 65 ans ;
- Exercer une activité professionnelle rémunérée.

Nous attirons votre attention sur le fait que toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte peut entraîner l'application des sanctions prévues par les articles :

> **L. 113-8 du Code des assurances :** « *Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, 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 cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé 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.* »

ET

> **L. 113-9 du Code des assurances :** « *L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.* »

IL FAUT ENTENDRE PAR :

ITT: Incapacité Temporaire Totale de travail

IPP: Invalidité Permanente Partielle

IPT: Invalidité Permanente Totale

IP: Invalidité Professionnelle

PTIA: Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'objet de votre contrat

5 QUI BÉNÉFICIE DES GARANTIES ?

5.1 SI L'ADHÉRENT EST L'ASSURÉ

- En cas de décès, le *capital assuré* est versé à l'organisme prêteur dans la limite des sommes que vous lui devez au titre des financements. Le solde résiduel, le cas échéant, est versé au bénéficiaire désigné sur le *certificat d'adhésion* ou ses éventuels avenants.
- En cas de PTIA, le *capital assuré* est versé à l'organisme prêteur dans la limite des sommes que vous lui devez. Le cas échéant, le solde résiduel vous est versé.
- En cas d'IPT, d'ITT, d'IPP ou d'IP, les prestations assurées sont versées :
 - > à l'organisme prêteur dans la limite des sommes que vous lui devez. Le cas échéant, le solde résiduel vous est versé ;
 - > à vous-même, sous réserve d'obtention préalable d'une autorisation par l'organisme prêteur.

À cet effet, une attestation transmise par CARDIF à la date de déclaration du *sinistre* devra être complétée par l'organisme prêteur.

5.2 SI L'ADHÉRENT EST UNE PERSONNE MORALE

- En cas de décès ou de PTIA de l'*assuré*, le *capital assuré* est versé à l'organisme prêteur dans la limite des sommes dues par la personne morale adhérente. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à la personne morale adhérente.
- En cas d'IPT, d'ITT, d'IPP ou d'IP de l'*assuré*, les prestations assurées sont versées :
 - > à l'organisme prêteur dans la limite des sommes dues par la personne morale adhérente. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à la personne morale adhérente ;
 - > à la personne morale adhérente, sous réserve d'obtention préalable d'une autorisation par l'organisme prêteur.

À cet effet, une attestation transmise par CARDIF à la date de déclaration du *sinistre* devra être complétée par l'organisme prêteur.

5.3 ACCEPTATION

Compte tenu de l'objet de l'assurance, dans tous les cas, l'organisme prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties. Toutefois, en accord avec l'organisme prêteur, vous pouvez modifier cette désignation lors de l'adhésion.

6 QUELLE EST LA TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT ?

Les garanties proposées dans le cadre de l'adhésion au contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées par le paragraphe 3 de la notice.

IL FAUT ENTENDRE PAR :

ITT : Incapacité Temporaire Totale de travail

IPP : Invalidité Permanente Partielle

IPT : Invalidité Permanente Totale

IP : Invalidité Professionnelle

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

La vie de votre contrat

7 À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS COUVERT ?

7.1 À QUELLE DATE EST CONCLUE VOTRE ADHÉSION ?

Votre adhésion est conclue :

- à la date de réception de la *lettre de couverture* transmise par CARDIF, si l'adhésion est acceptée sans surprime ni exclusion. La *lettre de couverture* est considérée avoir été reçue 7 jours calendaires après son envoi par CARDIF ;
- ou à la date de signature de l'accord de l'assuré sur la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions envoyée par CARDIF.

7.2 À QUEL MOMENT PRENNENT EFFET VOS GARANTIES ?

- Sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par CARDIF, les garanties prennent effet pour chacun des crédits :

IL FAUT ENTENDRE PAR :

ITT: Incapacité Temporaire Totale de travail

IPP: Invalidité Permanente Partielle

IPT: Invalidité Permanente Totale

IP: Invalidité Professionnelle

PTIA: Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

38

SELON LES CAS

DATE D'EFFET

En cas de vente en agence

À la date d'acceptation de l'offre de prêt signée auprès de l'organisme prêteur, et, au plus tôt, à la date de conclusion de l'adhésion.

En cas de vente à distance

Après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus :

- à compter de la date de conclusion de l'adhésion,
- ou à la date d'acceptation de l'offre de prêt, si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation de 30 jours.

Les dispositions en cas de vente à distance ne s'appliquent pas dans le cadre d'une adhésion visant à garantir le remboursement d'un prêt professionnel.

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'adhésion, l'assuré est garanti contre le risque de décès consécutif à un accident.

La date d'effet de cette garantie est la date de signature de la demande d'adhésion.

La garantie prend fin à la date de réception :

> de la *lettre de couverture*,

> ou de l'accord de l'assuré sur la lettre de notification des surprimes et/ou exclusions.

Cette garantie prend fin au plus tard 60 jours après sa date d'effet.

CARDIF vous adresse le *certificat d'adhésion* qui indique notamment la date de prise d'effet des garanties.

Vous êtes tenu de nous informer de la date de déblocage des fonds. À réception de l'information, nous modifierons la date de prise d'effet des garanties en conséquence et demanderons si nécessaire le renouvellement des formalités d'adhésion.

- En cas de refus d'un ou plusieurs prêt(s) par l'organisme prêteur, les cotisations d'assurance afférentes à ce(s) prêt(s), éventuellement perçues lors de l'adhésion, sont intégralement remboursées. Nous ne remboursons pas les frais de dossier. Les garanties sont alors réputées ne jamais avoir pris effet pour ce(s) prêt(s).

En cas d'acceptation avec exclusion de certains risques ou avec une majoration de la cotisation, vous devez donner votre accord par écrit sur les nouvelles conditions. En cas de refus ou de non réponse de votre part dans un délai de 3 mois, les cotisations

d'assurance, éventuellement perçues lors de l'adhésion, sont intégralement remboursées. Nous ne remboursons pas les frais de dossier. Les garanties sont alors réputées ne jamais avoir pris effet.



Avantages produit

En phase d'accomplissement des formalités d'adhésion, vous êtes couvert contre le risque de décès accidentel.

7.3 QUELLE EST LA DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES ?

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement pendant toute la durée du prêt communiquée par l'assuré.

7.4 QUAND VOS GARANTIES ET VOTRE ADHÉSION PRENNENT-ELLES FIN ?

Les garanties PTIA, IPT, ITT, IPP et IP cessent à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit :

- la cessation définitive d'activité professionnelle, le départ, la mise en préretraite ou retraite, sauf pour raisons médicales ;
- le 65^e anniversaire de l'assuré ;
- le 70^e anniversaire de l'assuré dans le cas où l'assuré en a fait la demande lors de l'adhésion et continue d'exercer une activité professionnelle.

À compter de ces dates, l'assuré est couvert exclusivement au titre de la garantie décès.

De plus, l'adhésion prend fin :

- à la date d'expiration des engagements de l'assuré, tels que définis dans l'acte de prêt et de ses avenants éventuels ;

La vie de votre contrat

- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt ;
- en cas de mise en place d'un plan conventionnel ou de mesures recommandées dans le cadre d'une procédure de traitement du surendettement des particuliers et ne prévoyant pas le maintien du paiement de la cotisation ;
- au terme de la durée initiale du contrat de crédit-bail telle que prévue initialement au contrat de crédit-bail ;
- en cas de résiliation du contrat de crédit-bail ;
- à la date à laquelle le contrat de prêt ou de crédit-bail a fait l'objet d'un remboursement anticipé total, quelle qu'en soit la cause ;
- dans le cas où l'adhérent est une entreprise, à la date à laquelle l'assuré quitte l'entreprise adhérente.

L'adhésion prend également fin, pour chaque assuré, à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit son 90^e anniversaire.

À l'initiative de l'adhérent :

Vous pouvez résilier votre adhésion par lettre recommandée avec avis de réception au moins 2 mois avant sa date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi, adressée à :

CARDIF Assurance Vie
Service Gestion Prévoyance
8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex

Une copie de l'avenant de résiliation sera envoyée à l'organisme prêteur.

À l'initiative de CARDIF :

Nous pouvons mettre un terme à votre adhésion en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues au paragraphe 10 de la notice.

7.5 QUAND ET COMMENT POUVEZ-VOUS RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

Ce paragraphe vous apporte des précisions sur la faculté de renonciation. Il n'est pas applicable aux adhésions visant à garantir le remboursement d'un prêt professionnel.

- En cas de démarchage (article L. 112-9 du Code des assurances) :

"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."

Nous portons ce délai de quatorze à trente jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat.

Le jour de conclusion du contrat mentionné ci-dessus correspond à la date de conclusion de l'adhésion telle que définie au paragraphe 7.1 de la notice.

Modèle de lettre : « Je soussigné(e) (M. Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat Alternative emprunteur N° XXXX
Le (date) Signature »

Cette lettre est à envoyer à l'adresse suivante :

CARDIF Assurance Vie
Service Gestion Prévoyance
8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex

Une information sur la renonciation sera alors envoyée à l'organisme prêteur.

Nous vous remboursons l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la

> Voir tableau

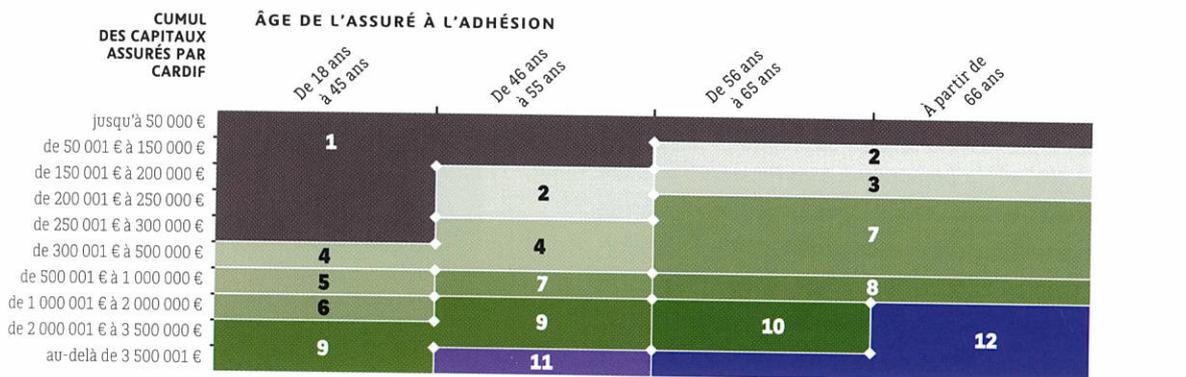
réception de la lettre de renonciation. À compter de l'envoi de cette lettre, le contrat et les garanties prennent fin.

- En cas de vente en agence ou de *vente à distance* (hors prêt professionnel), vous bénéficiez de la faculté de renonciation selon les modalités ci-dessus.

8 QUELLES SONT LES FORMALITÉS MÉDICALES À ACCOMPLIR ?

8.1 FORMALITÉS MÉDICALES

Pour déterminer les formalités médicales à effectuer, la totalité des prêts ou crédit-bail assurés par CARDIF doit être prise en compte.



- 1 Questionnaire de Santé Simplifié (le cas échéant le Questionnaire de Santé)
- 2 Questionnaire de Santé
- 3 Rapport médical + Examen cardiologique 1
- 4 Rapport médical + Profil Sanguin 1
- 5 Rapport médical + Profil Sanguin 2
- 6 Rapport médical + Profil Sanguin 2 + Analyse d'urine + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur
- 7 Rapport médical + Profil Sanguin 2 + Analyse d'urine + Examen cardiologique 1
- 8 Formalités 7 + Examen cardiologique 2
- 9 Formalités 8 + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur
- 10 Formalités 9 + Dosage des PSA pour les hommes
- 11 Formalités 10 + Mammographie bilatérale avec compte-rendu pour les femmes
- 12 Formalités 10 + Echocardiographie cardiaque et son compte-rendu détaillé + Mammographie bilatérale avec compte-rendu pour les femmes

Pour être pris en compte dans l'étude de votre dossier, les examens médicaux doivent être datés de moins de 6 mois.

Au-delà de 1 500 000 € d'encours assuré, les questionnaires financiers spécifiques devront être joints aux documents d'adhésion.

Les prêts relais d'un montant inférieur ou égal à 300 000 € n'entrent pas dans le calcul des formalités médicales à effectuer dès lors qu'ils viennent en complément d'un prêt amortissable.

La vie de votre contrat

42

- **Profil sanguin 1 :** Glycémie, triglycérides, créatinine, transaminases ASAT et ALAT, Gamma GT et cholestérol (cholestérol total et fraction HDL), Sérologie HIV (HIV 1, HIV 2) par immunoenzymologie (2 réactifs).
- **Profil sanguin 2 :** Profil sanguin 1 + hémogramme (hémoglobine, hématicrite, numération globulaire, formule leucocytaire, numération des plaquettes), dosage de la CRP, sérologie de l'hépatite B (Ag Hbs, Ac Hbc et Hbs), sérologie de l'hépatite C (de type ELISA).
- **Examen Cardiologique 1 :** Électrocardiogramme de repos avec compte rendu et rapport cardiovasculaire.
- **Examen Cardiologique 2 :** Électrocardiogramme de repos avec compte rendu + Électrocardiogramme d'effort datant de moins de 6 mois et rapport cardiovasculaire. Si l'examen n'a jamais été réalisé, la personne à assurer devra prendre contact avec un cardiologue pour prescription de l'examen, le faire pratiquer, sauf contre-indication, et nous en adresser le compte rendu et les tracés (ergométrie avec fréquence maximale atteinte).
- **Dosage des PSA pour les hommes à partir de 56 ans :** Antigène Spécifique de la Prostate et rapport PSA libre/PSA total.
- **Analyse d'urine :** Leucocytes, hématies, sucre, albumine avec examen cyto bactériologique (y compris numération des germes).

Ces examens médicaux doivent être datés d'au plus 6 mois pour être pris en compte.



Bon à savoir

Si en complément d'un prêt amortissable vous avez contracté un(des) prêt(s) relais dont le montant n'excède pas 300 000 €, ce(s) prêt(s) ne seront pas pris en compte pour la détermination de vos formalités médicales.

Important

Lors de votre rendez-vous au centre médical, nous vous invitons à vous présenter à jeun, muni(e) des documents suivants :

- une pièce d'identité,
- l'imprimé « rapport médical confidentiel CARDIF » et le cas échéant le « rapport cardiovasculaire » qui seront remplis par le médecin que vous rencontrerez. Vous trouverez ces documents dans le kit d'adhésion,
- le dossier « Formalités Médicales ».

Vous êtes invité à transmettre les formalités médicales sous enveloppe confidentielle à l'adresse suivante :

À l'attention du Médecin

Conseil de CARDIF

Alternative emprunteur

8, rue du Port

92728 Nanterre Cedex

8.2 REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

Pour faciliter les démarches de formalités médicales et vous éviter toute avance de fonds, nous vous invitons à effectuer l'ensemble des examens dans un centre agréé par CARDIF. Pour connaître le numéro du(des) centre(s) médical(aux) le(s) plus proche(s) de votre domicile, appelez le numéro de téléphone azur **0 810 060 080 (prix d'un appel local)** et indiquez votre code postal.

Si vous préférez, vous pouvez accomplir ces examens auprès du médecin ou du laboratoire de votre choix. Ensuite, il ne vous reste plus qu'à envoyer les résultats, sous pli confidentiel, accompagnés des factures établies par chaque praticien au Médecin Conseil de CARDIF.

Frais médicaux occasionnés par les examens demandés

	Lieu d'accomplissement des formalités médicales	
	Centres agréés par CARDIF	Centres non agréés par CARDIF
Remboursement* en cas :		
- d'adhésion	Prise en charge par CARDIF (pas d'avance des fonds)	Avance des fonds par l'Assuré
- de refus d'adhésion de notre part	Prise en charge par CARDIF (pas d'avance des fonds)	Avance des fonds par l'Assuré
- de refus d'adhésion de la part du preneur d'assurance	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge
Frais supplémentaires	Étude pour le remboursement (sur simple demande)	Étude pour le remboursement (sur simple demande)

* Dans la limite des montants indiqués dans le tableau ci-dessous.

GRILLE DE REMBOURSEMENT MAXIMUM PAR FORMALITÉ EN EUROS

Formalités médicales 1	-		Formalités médicales 7	415 €	
Formalités médicales 2	-		Formalités médicales 8	525 €	
Formalités médicales 3	200 €		Formalités médicales 9	560 €	
Formalités médicales 4	190 €		Formalités médicales 10	680 €	
Formalités médicales 5	300 €		Formalités médicales 11	790 €	
Formalités médicales 6	350 €		Formalités médicales 12	790 €	

La vie de votre contrat

9 COMMENT POUVEZ-VOUS MODIFIER VOTRE CONTRAT?

- Si votre situation personnelle a changé (adresse, coordonnées bancaires, mariage...), vous devez nous en informer par courrier (Cardif Assurance Vie – Service Gestion Prévoyance – 8, rue du Port – 92728 Nanterre Cedex). A réception de votre courrier, nous effectuerons la modification demandée et vous adresserons un courrier de confirmation.
- Si vous souhaitez changer de formule de garanties, vous devez nous en informer par courrier (Cardif Assurance Vie – Service Gestion Prévoyance – 8, rue du Port – 92728 Nanterre Cedex).
- Vous êtes tenu de nous informer de toutes modifications relatives au prêt ou au crédit-bail déclaré lors de l'adhésion (Cardif Assurance Vie – Service Gestion Prévoyance – 8, rue du Port – 92728 Nanterre Cedex), et ceci dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet des nouvelles caractéristiques du prêt ou du crédit-bail. En cas d'omission ou de déclaration tardive, le montant des prestations est calculé sur la base des dernières informations que vous avez communiquées (article L. 113-9 du Code des assurances).

Il est rappelé que le contrat est exclusivement lié à un ou des prêt(s) ou à un ou des contrat(s) de crédit-bail et ne peut, en aucune façon, donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % en cas de sinistres concomitants ou non pour deux assurés d'un même contrat de prêt ou de crédit-bail.

Dans le cas d'un prêt à échéances modulables, si vous modifiez le montant de vos échéances en cours de prise en charge, le montant des prestations ne tiendra pas compte de cette modification et restera inchangé.

10 VOTRE COTISATION D'ASSURANCE

10.1 QUEL EST LE COÛT DE VOTRE ASSURANCE ?

Le montant des cotisations est fonction :

- du montant du capital financé (pour la première cotisation),
- du *capital restant dû* à la date de renouvellement de l'adhésion précédant la date de prélèvement de la cotisation (pour les cotisations suivantes),
- de la *quotité assurée*,
- de l'âge de l'assuré à la date de prise d'effet de garanties (pour la première cotisation), de l'âge atteint par l'assuré à la date de renouvellement de l'adhésion (pour les cotisations suivantes),
- de la formule de garanties,
- de la périodicité choisie lors de l'adhésion,
- du barème en vigueur et de la majoration éventuelle due aux résultats des formalités d'adhésion.

Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement automatique, le 5 du mois de paiement mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon la périodicité choisie lors de l'adhésion.

Si le fractionnement des cotisations choisi par l'adhérent aboutit à une cotisation d'un montant inférieur à 15 €, nous nous réservons le droit de modifier le fractionnement. Le premier prélèvement s'effectuera même en cas de décès de l'assuré.

Le montant du *capital restant dû* est celui du dernier échéancier émis par CARDIF. Vous devez nous informer de toute modification du tableau d'amortissement initial dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet du nouveau tableau d'amortissement.

Le paiement des cotisations s'effectue par débit d'un compte bancaire ouvert dans un établissement

établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace Économique Européen.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il vous est adressé une lettre recommandée, vous invitant à vous acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 40 jours après son envoi, la cotisation ou fraction de cotisation due n'est toujours pas payée, vous serez exclu du contrat (article L. 141-3 du Code des assurances). Une copie de cette lettre sera envoyée à chaque organisme prêteur.

En cas de contestation du mode de paiement de votre cotisation ou fraction de cotisation, telle que prévue par la réglementation bancaire européenne, vous disposez d'un délai de 2 jours ouvrés à compter de cette contestation pour le remplacer par tout autre mode de paiement. A défaut, seront appliquées les mêmes règles du Code des assurances décrites ci avant.

10.2 VOTRE COTISATION PEUT-ELLE CHANGER ?

- Le montant de vos cotisations hors taxes est garanti pendant toute la durée du contrat. Toutefois, en cas de changement de profession ou en cas d'arrêt de consommation de tabac, ces éléments étant de nature à réduire les risques garantis, le montant des cotisations hors taxes sera revu à la baisse. La formule de garanties que vous avez choisie reste inchangée.
- Nous pouvons réviser le taux de cotisation à la date d'échéance des cotisations d'assurance la plus proche, si les Pouvoirs Publics modifient le taux de la taxe incluse dans les cotisations.



Avantages produit

En cas d'évolution des résultats techniques de votre contrat ou de changement dans vos habitudes de vie, vos cotisations n'augmenteront pas. En revanche, si vous arrêtez de fumer, vos cotisations diminueront.



Le sinistre

 > Voir tableau

11 QUELLES SONT LES FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ?

Le tableau ci-contre vous présente les pièces à fournir en fonction de votre situation : 

Les pièces sont à envoyer à l'adresse suivante :

CARDIF Assurance Vie
Service Gestion des Sinistres
8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex

- dans les 6 mois suivant la fin du délai de *franchise* choisi
- sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin conseil en cas de pièces médicales.

Si la déclaration de *sinistre* nous parvient au-delà de 6 mois, la prise en charge débutera à compter de la date de votre déclaration. En revanche, il ne sera pas fait application de la *franchise*.

Si votre déclaration intervient au-delà de 24 mois, les *sinistres* PTIA, IPT, ITT, IPP et IP, ne seront pas pris en charge.

Nous nous réservons le droit d'obtenir des renseignements sur le *sinistre* et/ou de demander des documents complémentaires.

Le règlement des sommes dues intervient dans les 15 jours suivant la réception par CARDIF de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'étude.

Le compte bancaire de destination du paiement des prestations doit avoir été ouvert dans un établissement établi dans un Etat membre de l'*Union européenne* ou partie à l'*Espace Economique Européen*.

12 DANS QUELS CAS UN MÉDECIN EXPERT PEUT-IL ÊTRE DÉSIGNÉ ?

- Pour apprécier le bien-fondé de la mise en jeu des garanties PTIA, IPT, ITT et IPP nous nous réservons le droit de soumettre l'*assuré* à un examen médical qui sera réalisé en France auprès d'un médecin expert indépendant qu'il désignera à cet effet. Le recours à un médecin expert indépendant est systématique pour apprécier le bien-fondé de la mise en jeu de la garantie IP. Nous prenons en charge les frais relatifs à l'examen médical. L'*assuré* a la possibilité de se faire assister du médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

En cas de refus, l'*assuré* sera considéré comme ayant renoncé au bénéfice de la prestation d'assurance.

En cas de désaccord entre votre médecin et le médecin expert que nous avons missionné, nous pourrions désigner ensemble un troisième médecin pour les départager. Si nous ne nous entendons pas sur le choix de ce médecin, le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile s'en chargera. Nous nous partagerons les frais engagés pour l'intervention de ce troisième médecin

- Nous pouvons également procéder à tout contrôle en cours de prise en charge dont la conséquence peut être l'arrêt de l'indemnisation. L'appréciation par CARDIF de la notion d'incapacité ou d'invalidité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale, du médecin du travail ou de tout autre organisme assimilé.

IL FAUT ENTENDRE PAR :

ITT : Incapacité Temporaire Totale de travail

IPP : Invalidité Permanente Partielle

IPT : Invalidité Permanente Totale

IP : Invalidité Professionnelle

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie



EN CAS DE RÉALISATION DU RISQUE

Dans tous les cas

QUELLES PIÈCES DEVEZ-VOUS FOURNIR ?

L'assuré doit envoyer, en plus des pièces indiquées ci-dessous dans le tableau :

- le tableau d'amortissement ou l'échéancier du prêt ou du contrat de crédit-bail en vigueur à la date du *sinistre* ;
- une copie du contrat de prêt ou de crédit-bail ;
- le questionnaire médical qui est fourni par CARDIF, sur simple demande, à remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès.

En cas d'accident

- un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'*accident*.

Décès

- un acte de décès de l'*assuré* ;
- si nécessaire, une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du bénéficiaire et un acte de notoriété ;
- l'attestation de dissolution du PACS pour cause de décès si le bénéficiaire est le partenaire d'un PACS.

PTIA

- pour les assujettis à la Sécurité sociale, la notification de mise en invalidité 3^e catégorie ;
- pour les non-assujettis à la Sécurité sociale, un certificat médical attestant de l'invalidité.

IPT

- pour les assujettis à la Sécurité sociale, la notification de mise en invalidité 2^e catégorie ;
- pour les non-assujettis à la Sécurité sociale, un certificat médical attestant de l'invalidité.

ITT ou IPP

- un certificat médical précisant la période prévue d'arrêt de travail pour les non salariés ;
- un avis de prolongation du médecin le cas échéant ;
- les décomptes de règlement des indemnités journalières du régime obligatoire d'assurance-maladie de l'*assuré* ;
- pour les *assurés* n'exerçant plus d'activité professionnelle au moment du *sinistre*, un certificat médical précisant la période prévue de repos complet obligeant à être hospitalisé ou à garder la chambre, le diagnostic exact, la date des 1^{er} symptômes, la date de la première constatation médicale, les traitements et séquelles éventuels ;
- en cas de reprise à temps partiel thérapeutique, un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail.

IP

- un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de santé au jour du *sinistre*.

Les informations générales

13 GÉNÉRALITÉS

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le contrat Alternative emprunteur sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de ce contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Au titre du contrat Alternative emprunteur, l'assuré bénéficie du *Fonds de garantie des assureurs de personnes* dans les limites de la réglementation applicable.

14 PRESCRIPTION

Les articles ci-dessous précisent le délai dans lequel les demandes relatives à votre adhésion sont recevables.

Conformément à l'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 leur 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 ».

Conformément à l'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'indemnités ».

Conformément à l'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 ».

15 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de la relation d'assurance, CARDIF est amenée à recueillir auprès de l'adhérent et de l'assuré des données personnelles protégées par la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'adhérent et de l'assuré d'un défaut de réponse sont précisés

lors de leur collecte. Le responsable du traitement de ces données personnelles est CARDIF qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect du secret médical : gestion de la relation d'assurance, animation commerciale et études statistiques, enquêtes et sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent.

À ce titre, *l'adhérent* et *l'assuré* sont informés que les données personnelles les concernant peuvent être transmises :

- aux établissements et sous-traitants liés contractuellement à CARDIF pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;
- aux partenaires commerciaux de CARDIF qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par *l'adhérent* et *l'assuré* aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de *l'adhérent* et de *l'assuré* ou de CARDIF ;
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à CARDIF ;
- vers des pays non-membres de *l'Union Européenne* lorsque l'exécution du contrat le nécessite.

L'adhérent accepte que ses conversations téléphoniques avec CARDIF puissent être écoutées et enregistrées à des fins d'amélioration de la qualité de service et de la formation des équipes de CARDIF. Enfin, toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude. L'ensemble de ces données peut donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectifi-

cation et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. À cet effet, *l'adhérent* et *l'assuré* peuvent obtenir une copie des données personnelles les concernant en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relation Clients - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre CEDEX, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

16 CONTRÔLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCE

L'organisme chargé du contrôle de CARDIF en tant qu'entreprise d'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout - 75009 Paris.