NOTICE D'INFORMATION – Contrat d'assurance de groupe facultatif N1101 - 01/2013

Ce contrat d'assurance de groupe facultatif N1101 est souscrit par la Banque Populaire Aquitaine Centre Atlantique en tant que souscripteur auprès d'Assurances Banque Populaire Vie - Société Anonyme au capital de 481 873 068, 50 Euros - Régie par le Code des assurances - 399 430 693 RCS Paris, dont le siège social est situé au 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris - Assurances Banque Populaire Prévoyance - Société Anonyme au capital de 8 433 250 Euros - Régie par le Code des assurances - 352 259 717 RCS Paris, dont le siège social est situé au 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris, ci-après dénommées **« l'assureur »**.

Le souscripteur est dénommé **« le prêteur »**. Ce contrat est régi par la loi française.

Cette notice comporte 21 articles numérotés de 1 à 21.

Article 1 : Objet du contrat

Ce contrat a pour objet de garantir la ou les personne(s) assurée(s) contre les risques de décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité de travail par suite de maladie ou accident atteignant cette ou ces personne(s) avant le remboursement intégral de leur financement, contracté auprès du prêteur.

Les prêts et crédits assurables peuvent être :
- des prêts amortissables, soit avec différé total (différé de capital et intérêts), soit avec différé partiel (différé de capital seulement). La durée du différé est limitée à trente-six mois, à l'exception des prêts étudiants (l'assuré est étudiant et âgé de moins de 30 ans à l'adhésion) pour lesquels la durée du différé est limitée à 5 ans,
- des prêts in fine,
- des prêts relais dont la durée est limitée à 36 mois,
- des découverts - tous engagements.

Pour les prêts avec différé partiel, l'assurance couvre pendant le différé, les risques de décès, perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail, le cas échéant.

En cas de report de la première mensualité, report d'une ou deux échéances par an en cours de vie du prêt, ou pour les prêts avec différé total, l'assurance couvre pendant la période de report ou de différé uniquement les risques de décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

Article 2 : Conditions d'adhésion

Personnes assurables

Est assurable toute personne physique qui répond aux conditions suivantes :
- avoir la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou caution (ou encore garant à quel que titre que ce soit du financement),
- être âgé de moins de 65 ans pour pouvoir adhérer aux garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité totale de travail ou de moins de 70 ans pour pouvoir adhérer à la seule garantie décès au titre d'un prêt Senior (immobilier ou personnel).

L'adhésion au-delà de 65 ans, pour la garantie décès, est réservée aux personnes physiques sollicitant un prêt amortissable.

Si l'emprunteur est une personne morale, est assurable la personne physique qui est désignée par cette dernière et qui joue un rôle déterminant dans sa bonne marche et sa stabilité.

Est assurable la personne physique résidant fiscalement en France. Toutefois, les non-résidents domiciliés en Allemagne, Belgique, Espagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Portugal, Royaume-Uni, peuvent adhérer et être assurés pour les seules garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

Lorsqu'elles répondent aux conditions d'adhésion définies ci-dessus, les cautions personnes physiques intervenant au contrat de prêt en qualité de caution peuvent adhérer.

Toutefois, la garantie incapacité de travail ne leur est acquise qu'en cas d'insolvabilité de l'emprunteur principal ou si elles apportent la preuve qu'elles sont payeurs réguliers et reconnus du prêt concerné depuis au moins 3 mois continus au jour du sinistre.

L'exercice d'une activité professionnelle rémunérée n'est pas une condition pour adhérer à la garantie incapacité de travail.

Les personnes assurables ont la qualité d'assuré dès la prise d'effet des garanties.

Convention AERAS

L'assureur et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis par le conseiller.

La garantie invalidité spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques d'adhésion que l'assuré a acceptées sur proposition de l'assureur.

Un dispositif d'écrêtement des primes d'assurance est prévu par la convention AERAS. Les conditions d'éligibilité à cet écrêtement seront rappelées, le cas échéant, dans les conditions spécifiques de l'adhésion du postulant.

Article 3 : Adhésion au contrat

3.1 Formalités d'adhésion

Pour un prêt personnel, si le montant du prêt n'excède pas 21 500 euros, (vingt et un mille cinq cents euros) le postulant est dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule une demande d'adhésion est exigée, le postulant étant automatiquement assuré pour les garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie. Dans ces conditions, la garantie incapacité de travail ne peut être souscrite.

Dans les autres cas, le postulant doit compléter et signer la demande d'adhésion ainsi que le questionnaire de santé et les remettre au prêteur dès sa demande de prêt. Le postulant peut, s'il le souhaite, transmettre le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur. Le prêteur doit être informé de la décision de l'assureur avant l'émission de l'offre ou du contrat de prêt.

Le Médecin Conseil de l'assureur peut demander au postulant un complément d'information ou des examens médicaux.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à six mois à compter de sa signature. Si l'assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, le postulant doit remplir un nouveau questionnaire. En outre, la durée de validité des examens médicaux est fixée à six mois à compter de la date à laquelle ils ont été pratiqués.

L'assureur peut :
- accepter la demande :
  - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
  - sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties,
- refuser la demande.

Si la signature de l'offre ou du contrat de prêt intervient plus de six mois après la signature du questionnaire de santé, le postulant doit de nouveau accomplir l'ensemble des formalités d'adhésion.

Le premier déblocage des fonds doit intervenir dans un délai de douze mois à compter de l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur, sauf pour les contrats VEFA (vente en l'état futur d'achèvement) pour lesquels le délai est de dix-huit mois. Si cette condition n'est pas remplie, le postulant doit satisfaire à nouveau aux formalités médicales.

Les garanties accordées sont choisies à l'adhésion :
- décès et perte totale et irréversible d'autonomie,
- décès, perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail,
- décès (Prêt Senior).

Pour les découverts – tous engagements : seule l'adhésion aux garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie est possible. L'adhésion est valable pendant une durée de cinq ans de date à date. A l'issue de la période de validité de l'adhésion, l'assuré doit se soumettre à de nouvelles formalités d'adhésion pour pouvoir bénéficier des garanties.

3.2 Sanction en cas de fausse déclaration

3.2.1 Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, 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.

3.2.2 Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article 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

Contrat N1101 - 01/2013/Notice - renard impressions - Imprim'vert® - 3101187

CRD3000 - 13058

Initiales

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.

3.3 Quotité assurée

La quotité figurant sur la demande d'adhésion ne peut être supérieure à 100 % par personne assurée et s'applique à toutes les garanties proposées.

Pluralités d'assurés : si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt, l'assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100 %.

3.4 Capital assuré

Le capital assuré est égal, pour chaque personne assurée, au capital emprunté multiplié par la quotité assurée. Il tient compte des limitations présentées à l'article 4.

Article 4 : Limitation des capitaux

Pour un même assuré, le montant total des capitaux assurés est limité :

- **à 800 000 euros (huit cent mille euros), pour l'ensemble des prêts qui ont été accordés par le prêteur et garantis par l'assureur,**
- **à 140 000 euros (cent quarante mille euros) pour les prêts immobiliers amortissables Senior,**
- **à 40 000 euros (quarante mille euros) pour les prêts personnels amortissables Senior,**
- **à 160 000 euros (cent soixante mille euros) pour les découverts - tous engagements**

Il tient compte :

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

Si le total des capitaux assurés excède ces limites, les garanties seront, pendant toute la durée de l'assurance, réduites dans la proportion :

$$\frac{\text{Montant maximum assurable}}{\text{Total des capitaux assurés}}$$

Article 5 : Bénéficiaire de l'assurance

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le contrat d'assurance, le bénéficiaire est l'établissement financier prêteur.

Le montant des capitaux réglés par l'assureur peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur. L'excédent est alors versé, par celui-ci, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, à l'assuré lui-même et, en cas de décès, aux co-emprunteurs survivants ou, à défaut, sauf désignation particulière,

- au conjoint survivant, non séparé de corps, non divorcé de l'assuré,
- à défaut, à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité,
- à défaut et à parts égales entre eux, aux enfants vivants, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs de l'assuré,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

Article 6 : Date d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date d'émission de l'offre de prêt lorsque celle-ci est émise avec un délai de réflexion ou à la date de signature du contrat de prêt dans le cas contraire, **et au plus tôt, à la date d'acceptation des risques par l'assureur**.

Le décès est garanti dès la signature de la demande d'adhésion s'il résulte d'un accident. Cette garantie accidentelle cesse au jour de la décision de l'assureur, et dans tous les cas, au plus tard six mois après la date de signature de la demande d'adhésion.

Par risque consécutif à un accident, il faut entendre le décès résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré. **Il est précisé que le risque consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date de l'accident.**

Le risque n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens de cette garantie.

Article 7 : Garantie décès

7.1 Montant de la prestation

En cas de décès par suite d'accident ou de maladie avant le 70ème anniversaire de l'assuré ou son 75ème anniversaire dans le cadre d'un prêt Senior, l'assureur verse au prêteur :

- le capital assuré restant dû au jour du décès. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès,
- le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,
- pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital seulement, durant la phase de différé : l'assureur verse au prêteur le montant initial du prêt, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,
- les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès.

Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital et intérêts, durant la phase de différé : l'assureur verse au prêteur le montant initial du prêt ainsi que les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Pour les découverts et les tous engagements, l'assureur verse au prêteur le montant assuré.

LES ÉVENTUELLES ÉCHÉANCES IMPAYÉES, INTÉRÊTS DE RETARD OU PÉNALITÉS NE SONT PAS PRIS EN COMPTE.

7.2 Fin de la garantie

La garantie cesse :

- **au 70ème anniversaire de l'assuré ou à son 75ème anniversaire dans le cadre d'un prêt Senior,**
- **en cas de non paiement des cotisations, selon les dispositions du Code des assurances,**
- **au terme normal ou anticipé de chaque prêt,**
- **à la date d'exigibilité de chaque prêt,**
- **à la date de déchéance du terme,**
- **si l'assuré est caution, à la date à laquelle son engagement de caution est résilié,**
- **à la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de mandataire social.**

Pour les découverts - tous engagements :

L'adhésion est valable pendant une durée de cinq ans de date à date. L'assureur n'est tenu à aucune garantie postérieurement à la date d'extinction de l'engagement de l'assuré envers le prêteur.

Les cotisations prélevées au-delà de la cessation des engagements de l'assuré envers le prêteur seront remboursées à l'assuré dans la limite de la prescription légale de deux ans (article L 114.1 du Code des assurances).

7.3 Risques exclus

L'ASSUREUR COUVRE TOUS LES RISQUES DE DECES, A L'EXCLUSION :

- **DU SUICIDE DE L'ASSURE S'IL SURVIENT AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE,** SAUF POUR LES PRETS IMMOBILIERS ACCORDES POUR L'ACQUISITION D'UN LOGEMENT PRINCIPAL DANS LA LIMITE DU MONTANT FIXE PAR DECRET,
- **DES RISQUES DE NAVIGATION AERIENNE AUTRES QUE CEUX ENCOURUS POUR DES VOLS ENTREPRIS A BORD D'UN APPAREIL MUNI D'UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITE ET CONDUIT PAR UN PILOTE POSSEDANT UN BREVET ET UNE LICENCE NON PERIMEE, CE PILOTE POUVANT ETRE L'ASSURE LUI-MEME,**
- **DES SPORTS AERIENS QUI NECESSITENT OU NON L'UTILISATION D'UN ENGIN A MOTEUR SE RAPPORTANT A DES COMPETITIONS, DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, RAIDS, TENTATIVES DE RECORD, VOL SUR PROTOTYPES, VOL D'ESSAI, SAUTS EFFECTUES AVEC DES PARACHUTES NON HOMOLOGUES, VOL SUR AILES VOLANTES, DELTAPLANE, PARACHUTISME ASCENSIONNEL, PARAPENTE,**
- **LES ACCIDENTS DUS A LA PRATIQUE DU SAUT A L'ELASTIQUE,**
- **DES MATCHES, COURSES, PARIS, COMPETITIONS SPORTIVES AUXQUELS PARTICIPE L'ASSURE A TITRE PROFESSIONNEL OU SOUS CONTRAT REMUNERE,**
- **DES ACCIDENTS RESULTANT DE LA CONSOMMATION PAR L'ASSURE, DE BOISSONS ALCOOLISEES CONSTATEE PAR UNE ALCOOLEMIE EGALE OU SUPERIEURE AU TAUX REGLEMENTAIRE PREVU EN MATIERE D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION, EN VIGUEUR A LA DATE DU SINISTRE,**
- **DES RIXES AUXQUELLES L'ASSURE PARTICIPE DE FAÇON ACTIVE,** SAUF LES CAS DE LEGITIME DEFENSE, D'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER ET D'ACCOMPLISSEMENT DU DEVOIR PROFESSIONNEL,

Contrat N1101 - 01/2013/Notice - renard impressions - Imprim'vert® - 3101167

Initiales

CRD3000 - 13058

- **DES CONSEQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, D'UNE INSURRECTION, D'UNE EMEUTE, D'UN ATTENTAT, D'UN ACTE DE TERRORISME, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULE CET EVENEMENT ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE,** SAUF POUR LES MILITAIRES DE CARRIERE EN MISSION ET LES CAS D'ACCOMPLISSEMENT DU DEVOIR PROFESSIONNEL,
- **DES CONSEQUENCES D'ACTES DE NATURE TERRORISTE PERPETRES AU MOYEN DE, OU UTILISANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT, TOUTE MATIERE RADIOACTIVE OU D'ORIGINE CHIMIQUE OU BACTERIOLOGIQUE OU VIRALE.**

Article 8 : Garantie perte totale et irréversible d'autonomie

8.1 Définition de la perte totale et irréversible d'autonomie

L'assuré peut bénéficier de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie si par suite d'accident ou de maladie survenant postérieurement à la date d'effet de la garantie et avant son 65ème anniversaire, il réunit les conditions suivantes :
- être reconnu, par le Médecin Conseil de l'assureur, dans l'incapacité totale et définitive de se livrer au moindre travail procurant gain ou profit, ni à la moindre occupation,
- être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

De plus, s'il est salarié :
- être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3ème catégorie, ou être reconnu atteint par cet organisme d'une incapacité d'un taux égal à 100 % en cas d'accident de travail et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne.

La réalisation du risque perte totale et irréversible d'autonomie ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant la cessation de la garantie.

8.2 Montant des prestations

L'assureur verse le montant de la prestation définie à la garantie décès, à la date de reconnaissance par son Médecin Conseil de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Ce versement met fin à l'ensemble des garanties pour l'assuré.

8.3 Fin de la garantie

La garantie cesse :
- **au 65ème anniversaire de l'assuré,**
- **en cas de non paiement des cotisations, selon les dispositions du Code des assurances,**
- **au terme normal ou anticipé de chaque prêt,**
- **à la date d'exigibilité de chaque prêt,**
- **à la date de déchéance du terme,**
- **si l'assuré est caution, à la date à laquelle son engagement de caution est résilié,**
- **à la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de mandataire social.**

8.4 Risques exclus

SONT EXCLUS LES RISQUES LISTES AU PARAGRAPHE 7.3 POUR LA GARANTIE DECES, HORMIS L'EXCLUSION CONCERNANT LE SUICIDE, AINSI QUE LES SUITES ET CONSEQUENCES :
- **DES MALADIES OU ACCIDENTS DONT LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE EST ANTERIEURE A LA DEMANDE D'ADHESION ET DE CELLES QUI RESULTENT DE L'AGGRAVATION D'UNE INVALIDITE PREEXISTANTE A L'ADHESION,**
- **DE MALADIES OU D'ACCIDENTS QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURE OU DE CELLES QUI RESULTENT DE TENTATIVES DE SUICIDE OU DE MUTILATION VOLONTAIRE, OU DE REFUS DE SE SOIGNER AU SENS DE L'ARTICLE L 324-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE,**
- **DES ACCIDENTS RESULTANT DE L'USAGE PAR L'ASSURE, DE STUPEFIANTS, DE SUBSTANCES MEDICAMENTEUSES EN DEHORS DES LIMITES DE PRESCRIPTION MEDICALE,**
- **DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME,**
- **DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A TOUTES COMPETITIONS (ET LEURS ESSAIS) COMPORTANT L'UTILISATION DE VEHICULES OU D'EMBARCATIONS A MOTEUR.**

EST EXCLUE LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE QUI SURVIENT ALORS QUE L'ASSURE EST EN PRERETRAITE OU EN RETRAITE, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, Y COMPRIS POUR INAPTITUDE AU TRAVAIL.

Article 9 : Garantie incapacité de travail

9.1 Définition de l'incapacité de travail

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'assuré doit avoir souscrit cette garantie sur sa demande d'adhésion.

L'assuré est en état d'incapacité de travail lorsqu'il se trouve, sur prescription médicale, par suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et avant son 65ème anniversaire, dans l'impossibilité absolue constatée par le Médecin Conseil de l'assureur :
- s'il exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre (y compris recherche d'emploi), d'exercer son activité professionnelle, même partiellement,
- s'il n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, d'exercer une quelconque activité, professionnelle ou non, même partiellement.

Les assurés non-résidents ne sont pas éligibles à la garantie incapacité de travail.

9.2 Reconnaissance de l'incapacité de travail

L'incapacité de travail peut être temporaire ou permanente, mais elle doit être médicalement constatée et reconnue par le Médecin Conseil de l'assureur.

A la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré, la consolidation étant le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'assuré, et au plus tard trois ans après le début de son incapacité de travail, le Médecin Conseil de l'assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'assuré sur la base du tableau ci-après.

Si l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction de son taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle :

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de l'incapacité physique ou mentale de l'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).

Le taux d'incapacité professionnelle :

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

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 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.

9.3 Versement des prestations

Les prestations sont dues à l'issue d'un **délai de franchise de 90 (quatre-vingt-dix) jours d'incapacité totale et continue de travail**. Ce délai débute au premier jour de chaque incapacité de travail.

Le délai de franchise n'est pas appliqué si, après une période d'incapacité de travail indemnisée par l'assureur, l'assuré a repris une activité professionnelle pendant moins de quatre-vingt-dix jours et si l'assuré est de nouveau en incapacité de travail pour le même accident ou la même maladie.

Les prestations sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Contrat N1101 - 01/2013/Notice - renard impressions - Imprim'vert® - 3101'87

CRD3000 - 13058

Initiales

Montant des prestations

Base de calcul

Les prestations versées pendant l'incapacité de travail sont calculées sur la base des échéances découlant du fonctionnement normal du contrat de prêt.

Si l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :

L'assureur verse 100 % de la base de calcul dans la limite de 166 euros (cent soixante six euros) par jour si un seul prêt est garanti, et de 233 euros (deux cent trente-trois euros) par jour, si plusieurs prêts sont garantis en incapacité de travail au titre des contrats d'assurance de prêts n° P11010, n° 1101, n° PN1101 et n° N1101.

Si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :

L'assureur verse 50 % de la base de calcul dans les mêmes limites que celles appliquées aux assurés exerçant une activité professionnelle rémunérée.

Ne sont pas pris en compte :
- **LES RETARDS DE PAIEMENT D'ÉCHÉANCES, LES PÉNALITÉS OU INTÉRÊTS DE RETARD APPLIQUÉS PAR LE PRÊTEUR,**
- **LES AUGMENTATIONS D'ÉCHÉANCE NON PRÉVUES AU CONTRAT DE PRÊT ET INTERVENUES MOINS DE SIX MOIS AVANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL,**
- **LE MONTANT DU CAPITAL POUR LES PRÊTS RELAIS, LES PRÊTS REMBOURSABLES AU TERME (IN FINE) ET LES PRÊTS ÉTUDIANTS.**

Limitation des prestations à la diminution de la rémunération

Si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé, les prestations sont limitées à la diminution de rémunération. Si plusieurs prêts sont garantis en incapacité de travail par l'assureur, le cumul des prestations dues au titre de ces différents prêts est limité à la diminution de rémunération. La limitation des prestations à la diminution de la rémunération ne s'applique pas aux prêts professionnels.

Définition de la diminution de la rémunération

La diminution de rémunération est égale à la différence entre la rémunération de référence et la rémunération perçue au cours de la période indemnisée.

- La rémunération de référence est égale à la moyenne mensuelle des rémunérations et indemnités imposables versées par l'employeur au cours des douze mois précédant l'incapacité de travail. Elle est indexée :
  - au 1er juillet de chaque année dès lors que dix-huit mois au moins se sont écoulés depuis l'incapacité de travail,
  - selon la formule d'indexation : $\frac{R \times In}{In\text{-}1}$

    R = rémunération de référence
    In = indice au 1er Janvier de l'année en cours
    In-1 = indice au 1er Janvier de l'année précédente

    L'indice I est celui de l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, ou tout autre indice officiel publié par l'INSEE venant s'y substituer.
- La rémunération perçue au cours de la période indemnisée est le total :
  - des rémunérations et indemnités imposables versées par l'employeur,
  - des prestations versées par la Sécurité sociale ou un organisme assimilé,
  - des prestations versées par les organismes de prévoyance complémentaire,
  - des allocations et pensions de préretraite et de retraite.

9.4 Fin de la garantie et des prestations

La garantie et les prestations cessent :
- **au 65ème anniversaire de l'assuré,**
- **en cas de non paiement des cotisations, selon les dispositions du Code des assurances,**
- **au terme normal ou anticipé de chaque prêt,**
- **à la date d'exigibilité de chaque prêt,**
- **à la date de déchéance du terme,**
- **si l'assuré est caution, à la date à laquelle son engagement de caution est résilié,**
- **à la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de mandataire social.**

Les prestations cessent :
- **dès la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel,**
- **dès que l'assuré ne se trouve plus en état d'incapacité de travail au sens du contrat,**
- **dès que l'assuré ne justifie plus d'une prescription médicale,**
- **à la date de la préretraite ou retraite quelle qu'en soit la cause,** sauf si la mise en préretraite ou retraite résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par l'assureur.

9.5 Risques exclus

SONT EXCLUS LES RISQUES LISTES AU PARAGRAPHE 8.4 POUR LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, AINSI QUE :
- **LES INCAPACITES DE TRAVAIL CORRESPONDANT A LA DUREE LEGALE DE CONGE DE MATERNITE DEFINIE PAR LE CODE DU TRAVAIL, QUE L'ASSUREE SOIT SALARIEE OU NON,**

ET, LES SUITES ET CONSEQUENCES :
- **D'UNE DEPRESSION NERVEUSE OU D'UN SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE OU DE FIBROMYALGIE OU D'UNE AFFECTION PSYCHIATRIQUE, NEUROPSYCHIATRIQUE OU PSYCHIQUE,** SAUF SI UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 15 JOURS CONTINUS A ETE NECESSAIRE PENDANT CETTE INCAPACITE OU SI L'ASSURE A ETE MIS PAR JUGEMENT SOUS TUTELLE OU CURATELLE,
- **D'UNE ATTEINTE VERTEBRALE OU DISCALE OU RADICULAIRE : LUMBAGO, LOMBALGIE, SCIATALGIE, CRURALGIE, NEVRALGIE CERVICO BRACHIALE, PROTRUSION DISCALE, HERNIE DISCALE, DORSALGIE, CERVICALGIE, COCCYGODYNIE,** SAUF SI CETTE ATTEINTE NECESSITE UNE INTERVENTION CHIRURGICALE PENDANT CETTE INCAPACITE.

Article 10 : Contrôle médical - Arbitrage

Contrôle médical

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin Conseil de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie, à l'incapacité de travail, le cas échéant, à la garantie invalidité spécifique AERAS, et celles de la Sécurité sociale.

L'assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis.

Il peut alors faire contrôler à ses frais, par un médecin, l'état de santé de l'assuré. Si ce dernier le souhaite, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix et à ses frais.

Si l'assuré s'oppose à ce contrôle, il perd droit aux prestations.

Arbitrage

Le médecin du choix de l'assuré et le médecin choisi par l'assureur peuvent être en désaccord. L'assuré peut alors convenir avec l'assureur de s'en remettre à un 3ème médecin. Faute d'entente sur le choix de ce 3ème médecin, celui-ci sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. La moitié des frais et honoraires engendrés par cette procédure sera à la charge de l'assuré.

Le paiement des prestations est suspendu jusqu'à la date de prononciation de l'arbitrage médical.

Article 11 : Déclaration des sinistres et pièces à fournir

Délai de déclaration

L'incapacité de travail doit être déclarée dans les 6 (six) mois qui suivent le premier jour d'incapacité.

Après ce délai, l'incapacité de travail sera prise en charge à compter du jour de la réception de la déclaration si le dépassement du délai de déclaration de six mois a porté préjudice à l'assureur.

Destinataire de la déclaration

Le sinistre doit être déclaré par courrier à :

CBP Solutions
BP 11615
44016 NANTES CEDEX 1
Télécopie : 0 825 388 799
Orias n° 07 009 023 - www.orias.fr

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel à CBP Solutions, à l'attention du Médecin Conseil.

Pièces à fournir

Dans tous les cas :
- une copie de la demande d'adhésion,
- le tableau d'amortissement pour chaque prêt.

En cas d'accident ayant provoqué le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité de travail :
- les pièces officielles indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité de travail ; la preuve du lien de causalité incombant à l'assuré ou ses ayants-droit.

En cas de décès :
- un certificat médical, sur l'imprimé de l'assureur, indiquant notamment la cause du décès et un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe.

Contrat N1101 - 01/2013/Notice - renard impressions - Imprim'vert® - 3101167

CRD3000 - 13058

Initiales

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :
- une attestation médicale remplie par le médecin traitant de l'assuré et lui-même, sur l'imprimé de l'assureur,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

Et si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :
- la notification de la pension d'invalidité troisième catégorie établie par la Sécurité sociale ou la notification de la rente accident du travail à 100 %.

En cas d'incapacité de travail :
- une attestation médicale remplie par le médecin traitant de l'assuré et lui-même, sur l'imprimé de l'assureur.

Si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :
- les justificatifs des rémunérations et indemnités imposables versées par les employeurs et organismes de prévoyance au cours des douze mois précédant l'incapacité de travail de l'assuré,
- au cours de la période indemnisée :
  - les bulletins de paye et/ou les justificatifs d'allocations et pensions de préretraite et retraite,
  - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'assuré et l'organisme de prévoyance complémentaire de l'assuré,
  - les documents qui justifient de l'état d'incapacité totale de travail de l'assuré,
  - la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou rente d'accident du travail de l'assuré par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
  - les justificatifs de paiement de pension d'invalidité ou rente d'accident du travail.

Si l'assuré n'est pas salarié :
- les certificats médicaux d'incapacité de travail.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou ses ayants droit tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de sa demande.

Article 12 : Prescription

Conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :
- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (commandement de payer, assignation devant un tribunal, ...) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ainsi que par la saisine du Médiateur. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 13 : Cotisations

La cotisation est calculée sur le capital initial assuré, quel que soit le montant débloqué.

Après un remboursement anticipé partiel, la cotisation est calculée sur le montant suivant :

(capital initial – remboursement anticipé partiel) x quotité assurée

Elle est due dès la date d'effet des garanties et est payable périodiquement lors de chaque échéance de remboursement du prêt.

La cotisation est prélevée par le prêteur, en même temps que les échéances de prêt.

Pour les prêts avec différé en capital et en intérêts, la cotisation d'assurance est également due dès la date d'effet des garanties.

Le taux de cotisation, taxes en vigueur comprises, est constant pendant toute la durée du prêt. **Il ne subit pas de réduction à la fin des garanties perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail.**

Conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, le non-paiement de la cotisation peut entraîner l'exclusion de l'assuré de l'assurance.

Article 14 : Modification des garanties et des quotités

Une fois l'adhésion acceptée par l'assureur, aucune modification ne peut intervenir sur la quotité ou sur les garanties pendant toute la durée du prêt.

Article 15 : Maintien des garanties

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, l'assuré, une fois admis ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie du groupe des assurés.

En cas de résiliation du contrat entre l'assureur et le souscripteur, toutes les garanties souscrites sont maintenues aux assurés dans les conditions de cette notice. Les cotisations continuent d'être dues.

Article 16 : Voyages et séjours à l'étranger

Pour tous les voyages et séjours dans des lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM-COM, les pays limitrophes de la France métropolitaine :
- **le risque de décès est couvert sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,**
- **les risques de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail et, le cas échéant, de la garantie invalidité spécifique AERAS sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par l'assureur dans les conditions prévues à l'article 10 « Contrôle médical - Arbitrage ».**

A défaut, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine, dans les DROM-COM, dans un pays de l'Union Européenne, ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

Article 17 : Information des assurés

Lorsque l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat, son interlocuteur habituel CBP Solutions est en mesure d'étudier ses demandes. L'assuré peut également formuler une réclamation en contactant :

CBP Solutions
Service réclamations
BP 11615
44016 NANTES CEDEX 1
Tél : 09 72 67 00 50

CBP Solutions s'engage à accuser réception de la demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à y apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, l'assuré peut :
- formuler sa réclamation auprès d'**ASSURANCES BANQUE POPULAIRE VIE – Service Informations/Réclamations**
- formuler sa demande d'ordre médical auprès d'**ASSURANCES BANQUE POPULAIRE VIE - Direction Médicale/Médecin Conseil**

à l'adresse suivante : 115, rue Réaumur – CS 40230 - 75086 Paris Cedex 02 – Tél : 01 58 19 88 99.

Assurances Banque Populaire Vie s'engage à accuser réception de la demande dans les dix jours ouvrables à compter de sa réception et à y apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si, malgré nos efforts pour le satisfaire, l'assuré reste mécontent de notre décision, il pourra demander, conformément au Protocole de la médiation que l'assureur s'est engagé à respecter, un avis au Médiateur du Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances (GEMA), personnalité indépendante extérieure au Groupe BPCE. Sa demande devra être adressée à Monsieur le Médiateur du GEMA – 9, rue de Saint-Pétersbourg – 75008 Paris.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux.

Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur du GEMA et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Article 18 : Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur et de l'intermédiaire est l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9.

Contrat N1101 - 01/2013/Notice - renard impressions - imprim'vert® - 3101187

Initiales

CRD3000 - 13058

Article 19 : Informatique et Libertés – traitement des données personnelles

Les informations recensées sur la demande d'adhésion sont nécessaires pour procéder à l'étude du dossier de l'assuré. Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'assuré d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur collecte.

Par la signature de la demande d'adhésion, l'assuré accepte expressément, en application de l'article 8 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, que les données médicales le concernant soient collectées et traitées pour les besoins de cette étude, et transmises au prêteur, à l'assureur, ses mandataires et réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels concernés.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès et de rectification portant sur les informations le concernant, qu'il peut exercer auprès d'Assurances Banque Populaire Vie - Service Qualité - Relations Clientèle - 115, rue Réaumur - CS 40230 - 75086 Paris Cedex 02.

Article 20 : Vente à distance

Définition de la vente à distance : Technique de commercialisation sans présence physique et simultanée des parties jusqu'à la conclusion du contrat.

La langue française sera utilisée pendant toute la durée du contrat.

En application de l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter, soit de la réception de son certificat d'adhésion, soit de la réception des pièces contractuelles s'il n'est pas déjà en possession de celles-ci.

Pour exercer cette faculté, il doit faire parvenir à Banque Populaire Aquitaine Centre Atlantique - Service Consommateurs - relation clientèle, Service Qualité, 10, quai de Queyries, 33072 BORDEAUX Cedex, une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée par exemple suivant le modèle ci-après :

« Messieurs, je soussigné(e).... vous informe par la présente que je renonce à mon adhésion au contrat n° xxx que j'ai signée le xxx à xxx (lieu d'adhésion) et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de la somme versée dans un délai de trente jours à compter de la présente.

Fait à xxx le xxx.

Signature. »

L'adhésion ne peut normalement prendre effet tant que le délai de renonciation ci-dessus indiqué n'est pas expiré. Néanmoins, il peut être dérogé à ce principe, et les garanties peuvent prendre effet plus tôt si l'adhérent en fait la demande.

Article 21 : Démarchage à domicile

En application de l'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 ».

L'assuré peut donc en cas de démarchage à domicile renoncer à son adhésion en adressant une lettre recommandée avec avis de réception à Banque Populaire Aquitaine Centre Atlantique - Service Consommateurs - relation clientèle, Service Qualité, 10, quai de Queyries, 33072 BORDEAUX Cedex selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (Mr. Mme. - nom - prénom - adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat Emprunteur n° xxx que j'ai signée le xxx et demande le remboursement des sommes versées correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. »

Contrat N1101 - 01/2013/Notice - renard impressions - Imprim'vert® - 3101187