

CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊT

NOTICE D'INFORMATION

ADI - 01.2008

Le Prêteur a adhéré, pour son compte et celui de ses emprunteurs, à un contrat d'assurance de groupe souscrit par l'intermédiaire de la SARL ADICAM, société de courtage d'assurances du Crédit Agricole auprès de compagnies d'assurances sur la vie ci-après dénommées "l'Assureur". Les risques Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont garantis en coassurance par CNP ASSURANCES (apériteur) et PREDICA pour une quote-part de 50 % chacun, les risques Invalidité Totale et Définitive et Incapacité Temporaire Totale étant assurés

par CNP IAM.

Toute personne admise au contrat prend la qualité d'Assuré(e) et est ainsi dénommée ci-après.

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances. L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou la désignation d'un expert en cas de sinistre interrompt le délai de prescription.

1. OBJET DU CONTRAT

Selon les garanties spécifiées sur la demande d'adhésion, le contrat a pour but de garantir l'Assuré(e) contre la survenance des risques de Décès, de Perte Totale et

Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Totale et Définitive ou d'Incapacité Temporaire Totale par le versement au Prêteur des prestations prévues au contrat.

2. CONDITIONS DE VOTRE ADHÉSION

Vous êtes assurable si votre âge, lors de la signature de votre demande d'adhésion, est compris entre 12 ans et l'âge limite d'adhésion indiqué aux dispositions particulières.

Sous cette condition, l'assurance est obligatoire

- si vous êtes vous-même l'unique emprunteur,
- si vous êtes conjoint, partenaire de PACS ou concubin, coemprunteur ou caution, et seule personne assurable.

Elle est facultative

- si votre (vos) coemprunteur(s) est (sont) assuré(s) pour ce même financement,
- si vous êtes conjoint, partenaire de PACS ou concubin, et que vous avez la seule qualité de caution,
- si vous êtes dirigeant de droit ou associé de personne morale emprunteuse.

- si vous êtes personne physique caution assumant de fait le remboursement du financement,
- si vous êtes caution agissant en qualité d'administrateur légal d'un emprunteur, enfant mineur ou incapable en tutelle.

Pour adhérer à l'assurance, vous devez compléter un questionnaire de santé et pouvez, avant toute décision, être appelé à vous prêter à un contrôle médical à la demande de l'Assureur, ou être invité à produire par correspondance copie des documents se rapportant à votre état de santé.

Ces formalités doivent être effectuées tous les 10 ans pour les ouvertures de crédit et les crédits permanents renouvelables.

3. PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT

3 - 1 DÉCISION DE L'ASSUREUR ET NOTIFICATION

Au terme de l'examen de votre dossier, l'Assureur peut :

- **ACCEPTER** la demande :
 - * au taux de base du contrat,
 - * ou à un taux majoré.

Dans les deux cas, cette acceptation peut être donnée :

- * sans réserve : elle vaut pour tous les risques à couvrir,
- * avec réserve : elle écartera alors certaines pathologies ou certaines garanties.

- **AJOURNER** la décision. Dans ce cas, vous devrez présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui vous sera indiqué.
- **REFUSER** la demande.

Vous serez informé(e) par écrit :

- * de l'acceptation avec réserve et/ou avec taux majoré ; cette lettre précisera le taux de prime ainsi que les risques couverts.
- * de l'ajournement ou du refus de la demande.

L'acceptation au taux de base sans réserve ne fait l'objet d'aucune notification particulière.

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est fixée à un an à compter de l'envoi à l'Assuré(e) de la lettre de notification, ou à défaut à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Si, avant la fin de ce délai, la prise d'effet de l'assurance n'est pas intervenue ou si l'offre de prêt devient caduque, la demande d'adhésion devra être renouvelée.

3 - 2 DATE DE PRISE D'EFFET DE VOTRE ASSURANCE

Votre assurance prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- date mentionnée dans le contrat ou l'offre de prêt.
- date d'accord de l'Assureur notifié au Prêteur.

4. GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

ATTENTION : Parmi les garanties suivantes, seules vous concernent les garanties précisées sur votre demande d'adhésion en fonction de la nature de votre prêt et, le cas échéant, au courrier vous notifiant la décision de l'Assureur.

4 - 1 DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)

Définition : Un Assuré est en état de P.T.I.A. lorsque **les trois conditions suivantes sont réunies :**

1. L'invalidité dont il est atteint le place dans **l'impossibilité définitive** de se livrer à toute occupation et/ou à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit.
2. Cette invalidité le met définitivement dans l'obligation de **recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour l'ensemble des actes ordinaires de la vie** (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
3. La date de réalisation du risque reconnue par l'Assureur se situe avant l'âge limite indiqué aux dispositions particulières.

Prestation : l'Assureur verse le solde des prêts en capital et intérêts, tel qu'il ressort du tableau d'amortissement arrêté à la date de survenance du décès ou de reconnaissance par l'Assureur de l'état de P.T.I.A., à l'exclusion des intérêts courus depuis cette date. Pour les ouvertures de crédit, l'Assureur verse la somme mentionnée aux dispositions particulières.

Le versement de la prestation en cas de P.T.I.A. est subordonné au résultat d'un contrôle médical initié par l'Assureur qui fixera alors la date de réalisation du risque.

4 - 2 INVALIDITÉ TOTALE ET DÉFINITIVE (ITD)

ATTENTION : cette garantie ne s'applique pas aux crédits immobiliers ou consommation.

Définition : L'Assuré(e) est en état d'ITD lorsque **les deux conditions suivantes sont réunies :**

1. L'invalidité dont il est atteint le place dans **l'impossibilité définitive** de se livrer à toute occupation et/ou à toute activité rémunérée ou lui donnant gain ou profit.
2. La date de réalisation du risque reconnue par l'Assureur se situe avant l'âge limite indiqué aux dispositions particulières.

Prestation : Elle est identique à celle prévue en cas de décès.

Le versement de la prestation en cas d'ITD est subordonné au résultat d'un contrôle médical initié par l'Assureur qui fixera alors la date de réalisation du risque.

Période d'attente : l'ITD qui survient pendant la première année d'assurance ne peut faire l'objet d'une demande de prise en charge, quelle que soit sa durée, que si elle est d'origine accidentelle. L'accident s'entend de toute action soudaine et imprévisible provenant directement d'une cause extérieure et qui a pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré(e).

Pendant les 90 jours qui suivent la date de signature de votre demande d'adhésion, tout décès accidentel donne lieu au versement de la prestation prévue en cas de décès sauf décision de rejet ou d'ajournement déjà notifiée par l'Assureur au Prêteur.

L'accident s'entend de toute action soudaine et imprévisible provenant directement d'une cause extérieure et qui a pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré(e).

ATTENTION : Si une évolution de votre état de santé survient avant la date de prise d'effet de l'assurance, vous êtes tenu d'en informer l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur, sous peine de nullité de l'assurance (art. L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances).

4 - 3 INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

4 - 3 - 1 Définition : Un Assuré est en état d'ITT lorsque **les trois conditions suivantes sont réunies :**

1. Il se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'incapacité, reconnue médicalement, **d'exercer une activité quelconque, professionnelle ou non**, même à temps partiel.
2. Cette incapacité est continue et persiste **au-delà de la période de franchise**. Par période de franchise on entend une période d'interruption continue d'activité au titre de laquelle aucune prestation n'est due. **Elle débute au premier jour de cette interruption et sa durée est indiquée aux dispositions particulières.**
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 6-2 « Pièces justificatives à fournir ».

La garantie ITT ne s'applique ni aux opérations d'ouvertures de crédit et crédits permanents renouvelables ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les crédits en comportant, ni aux crédits non amortissables (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux crédits d'une durée inférieure ou égale à 12 mois.

Période d'attente (seulement si indiquée aux dispositions particulières) : l'ITT qui survient pendant la première année d'assurance ne peut faire l'objet d'une demande de prise en charge, quelle que soit sa durée, que si elle est d'origine accidentelle. L'accident s'entend de toute action soudaine et imprévisible provenant directement d'une cause extérieure et qui a pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré(e).

4 - 3 - 2 Cas particuliers :

- ITT en cas de grossesse : les ITT survenant pendant la grossesse ou après accouchement ne seront prises en charge qu'en dehors de la période du congé légal de maternité, même en cas de "grossesse pathologique". Si l'ITT se prolonge au-delà de la date d'expiration du congé légal, elle donne lieu, dans tous les cas, à application d'une nouvelle période de franchise décomptée à partir du lendemain de cette date d'expiration.
- ITT successives : toute nouvelle ITT survenant moins de 90 jours après la fin d'une prise en charge par l'Assureur sera indemnisée sans nouvelle période de franchise.

4 - 3 - 3 Prestations : Tous prêts pris en charge confondus, l'Assureur règle au Prêteur, dans la limite d'un plafond mensuel fixé aux dispositions particulières, les échéances :
- en capital et intérêts pour les prêts en cours d'amortissement,
- en intérêts seulement pour les prêts en phase de différé d'amortissement du capital avec paiement régulier d'intérêts pendant cette période,
- en intérêts seulement pour les prêts amortis en capital

en une seule fois au terme mais avec paiement régulier d'intérêts, la partie en capital de la dernière échéance n'étant jamais prise en charge.

Prêts à échéances modulables par l'emprunteur quelle qu'en soit l'appellation commerciale : aucune majoration d'échéance ne peut intervenir pendant une prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT). Les échéances prises en charge seront celles en vigueur à la veille du sinistre.

La prise en charge s'effectue, après période de franchise, au prorata du nombre de jours d'incapacité, dûment justifiés, et acceptés par l'Assureur. Le versement des prestations est donc subordonné à la présentation des justificatifs et au résultat d'un contrôle médical initié par l'Assureur. En outre, l'Assureur est susceptible d'effectuer des contrôles médicaux pendant toute la durée de l'incapacité, dont la conséquence peut être la poursuite ou l'arrêt de l'indemnisation.

5. EXCLUSIONS DE VOTRE CONTRAT

Sont exclus pour l'ensemble des garanties du présent contrat :

- Le suicide de l'Assuré(e) dans la première année d'assurance. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré(e), le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 €.
- Les accidents, blessures, maladies et mutilations lorsque ces événements résultent d'un fait volontaire de l'Assuré(e).
- Les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré(e) y prend une part active.
- Les conséquences des faits d'émeutes, d'insurrections,

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un organisme assimilé.

4 - 3 - 4 Cessation du versement des prestations

- L'Assuré(e) qui bénéficie de prestations en espèces d'un régime de protection sociale cesse d'être pris en charge :
 - dès qu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de ces prestations,
 - dès qu'il bénéficie de prestations d'invalidité partielle ou d'incapacité partielle (indemnités journalières pour temps partiel thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3, pension de première catégorie pour les salariés...).
- La prise en charge cesse également dès le moment où, **après contrôle médical initié par l'Assureur**, l'Assuré(e) est reconnu capable d'exercer une activité professionnelle ou non professionnelle **même partielle**.

d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré(e) y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion.

- Les risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records.
- Les risques encourus sur véhicules terrestres à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse.
- Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'inhalations, quand ils proviennent de la transmutation de noyaux d'atome.

Les dispositions particulières peuvent prévoir des exclusions spécifiques s'ajoutant aux présentes.

6. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour chaque garantie, la prestation est calculée selon la quotité (exprimée en pourcentage) portée sur votre demande d'adhésion.

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même financement, les prestations de l'Assureur sont limitées aux montants dus au titre des prêts garantis et figurant sur le tableau d'amortissement, ou s'il s'agit d'une ouverture de crédit, à la somme précisée aux dispositions particulières.

Le remboursement des prêts doit se poursuivre jusqu'au versement par l'Assureur au Prêteur des prestations correspondant aux justificatifs transmis.

6 - 1 BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS : le Prêteur est bénéficiaire acceptant des prestations garanties à concurrence des sommes qui lui sont dues. Le surplus éventuel est versé aux héritiers de l'Assuré(e) en cas de décès, et à l'Assuré(e) lui-même en cas de P.T.I.A. ou ITD.

6 - 2 PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

- En cas de décès :
 - un bulletin de décès,
 - un certificat médical indiquant en particulier si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non à un risque exclu.

La déclaration doit être faite dans les jours qui suivent la survenance du décès.

- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Totale et Définitive :

- une Attestation Médicale d'Incapacité-Invalidité préétablie, tenue à votre disposition au Crédit Agricole, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin.

En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical confirmant :

- que vous êtes **définitivement incapable** d'exercer la moindre activité pouvant procurer gain ou profit et/ou de vous livrer à la moindre occupation,

- la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité.

- **pour la P.T.I.A. SEULEMENT :** que votre état vous oblige à recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

- Joindre également :

en cas de P.T.I.A. : une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne, si vous en bénéficiez.

en cas d'I.T.D. :

- pour les salariés, une copie de la notification par la Sécurité sociale de votre mise en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66 % ;

- pour les fonctionnaires et assimilés, une attestation de l'employeur justifiant les périodes d'arrêt de travail ainsi que l'avis de la Commission de réforme ;

- pour les retraités et les personnes sans profession, un certificat médical précisant l'impossibilité définitive de vous livrer à vos activités non professionnelles ;

- pour les autres, une copie du titre de pension d'invalidité totale.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être remis dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de deux ans, faute de quoi les prestations seront calculées à la date de réception du dossier par l'Assureur.

- En cas d'Incapacité Temporaire Totale :

- une Attestation Médicale d'Incapacité-Invalidité préétablie, tenue à votre disposition au Crédit Agricole, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin.

En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical indiquant :

- la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT
 - la date de l'accident ou de début de la maladie,
 - la durée probable de l'incapacité.
- Joindre également :
- pour les salariés, les bordereaux de paiement d'indemnités journalières ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation, ou une copie de la notification par la Sécurité sociale de votre mise en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66 % ;
 - pour les fonctionnaires et assimilés, pendant les 6 premiers mois, une attestation de l'employeur justifiant les périodes d'arrêt de travail, puis, au-delà, l'arrêté de position administrative ;
 - pour les retraités et les personnes sans profession, un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités non professionnelles ;
 - pour les autres, un certificat médical précisant les périodes d'arrêt de travail ou, le cas échéant, les bordereaux d'indemnités journalières d'un régime de protection sociale facultatif.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être remis à l'issue de la période de franchise et au plus tard dans un délai de 90 jours suivant cette date. A défaut, le début de la prise en charge sera la date de réception du dossier par l'Assureur.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité-Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

7. PRIMES D'ASSURANCE

L'Assuré(e) ou l'emprunteur personne morale, s'engage à payer au Prêteur les primes d'assurance aux conditions fixées par l'Assureur.

Si l'Assuré(e) est accepté au taux de base sans réserves, les conditions tarifaires sont indiquées dans le contrat ou l'offre

8. DURÉE DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

Les garanties de votre contrat et le versement des prestations cessent en cas :

- de non-paiement des primes et après mise en œuvre des formalités de l'article L 141-3 du Code des assurances,
- de non-renouvellement des formalités médicales à l'issue de la 10^{ème} année d'assurance pour les ouvertures de crédit et les crédits permanents renouvelables,
- de mise en jeu de la garantie P.T.I.A. ou ITD.
- de survenance de l'échéance finale du financement,

Réclamation - Médiation : Toute demande de précision ou réclamation sur l'application du présent contrat doit être adressée à l'Assureur par l'intermédiaire du Crédit Agricole. En cas de désaccord persistant avec la position définitive de l'Assureur, et après conciliation éventuelle, le Médiateur de CNP Assurances peut être saisi par une demande, écrite et signée, l'autorisant à prendre connaissance de l'ensemble du

6 - 3 PRESTATIONS MAXIMA GARANTIES

Les prestations versées par l'Assureur au titre d'un ou plusieurs financements distincts consentis par le Prêteur sont limitées, par Assuré(e), aux montants indiqués aux dispositions particulières. Ces montants varient en fonction de l'âge de l'Assuré(e) à la date de survenance du risque reconnue par l'Assureur.

6 - 4 CONCILIATION ET TIERCE EXPERTISE

Tout refus de prise en charge par l'Assureur suite à un contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet, à votre demande, d'une procédure de conciliation dans l'année qui suit ce contrôle.

Votre demande, formulée par écrit et adressée au Crédit Agricole, doit indiquer que vous sollicitez la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin que vous désignerez pour vous représenter. Cette lettre, destinée à CNP Assurances, doit lui parvenir dans un délai de 90 jours suivant le contrôle médical pour permettre la mise en place de cette procédure. Le certificat doit détailler votre état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par CNP Assurances et indiquer son évolution depuis cette date. Votre demande doit en outre, mentionner que vous acceptez les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

Votre médecin et le médecin conseil de l'Assureur rechercheront une position commune relative à votre état de santé. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. Si cet accord n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son médecin conseil et votre médecin à désigner un médecin tiers.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation. Quelle que soit l'issue de cette conciliation, vous prendrez en charge les frais et honoraires de votre médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers.

En tout état de cause, vous conservez, ainsi que l'Assureur, la faculté d'exercer une action en justice.

de prêt. Dans les autres cas, elles sont précisées dans le courrier informant l'Assuré(e) de la décision de l'Assureur.

Une prise en charge au titre de l'Incapacité Temporaire Totale ne suspend pas l'obligation de paiement de vos primes d'assurance.

- de remboursement total anticipé du financement,
- d'exigibilité du financement avant terme,
- de transfert du financement à un autre emprunteur,
- de départ de l'Assuré(e), associé ou dirigeant de droit de la personne morale emprunteuse, dans la mesure où il résilie son engagement de caution,
- **et en tout état de cause, au plus tard à l'âge limite de couverture fixé pour chaque garantie dans les dispositions particulières.**

dossier et en particulier des pièces médicales confidentielles. Les modalités de la procédure de médiation sont communiquées sur demande adressée au Secrétariat du Médiateur de CNP Assurances - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Le rôle du Médiateur consiste à rendre un avis sur les dossiers en litige et les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

Les données vous concernant sont destinées à CNP Assurances, PREDICA, aux réassureurs et à votre Caisse Régionale de Crédit Agricole. Elles sont obligatoires pour la gestion de votre contrat d'assurance. Par ailleurs, conformément à la loi "Informatique, fichiers et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, votre Caisse régionale de Crédit Agricole pourra vous adresser des offres sur ses produits et services sauf opposition de votre part. Dans ce cas, vous lui adresserez un courrier en ce sens.

Conformément à la même loi, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry - 75015 PARIS.

CNP ASSURANCES, SA au capital de 594 151 292 € entièrement libéré. 341 737 062 RCS Paris.

CNP IAM, S.A. au capital de 30 500 000 € entièrement libéré. 383 024 189 RCS Paris.

Siège Social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

PREDICA S.A. au capital de 915 874 005 € entièrement libéré. 334 028 123 RCS Paris. Siège social : 50-56 rue de la Procession - 75015 PARIS.

Entreprises régies par le Code des assurances.

Autorité chargée du contrôle des assureurs : Autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Tailbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊT

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

LES DISPOSITIONS SUIVANTES PRÉCISENT LES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DES GARANTIES
INDIQUÉES SUR LA DEMANDE D'ADHÉSION ET LA NOTICE D'INFORMATION RÉFÉRENCÉE ADI 01.2008

Ref. ADL 340-08

RISQUES ASSURABLES sous réserve de l'acceptation par l'Assureur et des cas d'exclusion.	DÉCÈS	PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE PTIA	INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ITT
PRISE D'EFFET DES GARANTIES (article 3-2)	A la plus tardive des deux dates suivantes : date mentionnée dans le contrat ou l'offre de prêt ou date d'accord de l'Assureur notifié au Prêteur.		
AGES LIMITES D'ADHÉSION (article 2)	65 ans	65 ans	60 ans
AGES LIMITES DE GARANTIE (article 8)	70 ans	65 ans	60 ans
PÉRIODE DE FRANCHISE (article 4-3-1)	-	-	90 jours
PRESTATIONS GARANTIES (article 4)	<ul style="list-style-type: none"> - Le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA - Le montant utilisé pour les ouvertures de crédit 		Le montant de l'échéance
PRESTATIONS MAXIMA GARANTIES tous financements confondus (article 6-3)	<p style="text-align: center;">Selon la quotité portée dans les caractéristiques du financement</p> <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à son 65^{ème} anniversaire : 1 200 000 € • de son 65^{ème} anniversaire à son 70^{ème} anniversaire : 400 000 € 		8 000 € par mois
DÉLAIS DE PRESENTATION DES JUSTIFICATIFS (article 6)	Dans les jours qui suivent le décès.	A compter du jour où les conditions de la garantie sont réunies et, au plus tard, dans un délai de deux ans faute de quoi les prestations garanties seront calculées à la date de réception du dossier par l'Assureur.	A partir du 91 ^{ème} jour d'incapacité et au plus tard le 180 ^{ème} jour d'incapacité, faute de quoi la date de début de prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception du dossier par l'Assureur.
PRIMES (articles 3 et 7)	<p>Le tarif de base est indiqué dans l'offre ou le contrat de prêt. Il peut cependant être majoré sur décision de l'Assureur.</p>		
LES EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES s'ajoutant aux exclusions de l'article 5 de la notice d'information	<p>Ne donnent pas lieu à prise en charge les incapacités et invalidités (qu'elles soient temporaires, permanentes, définitives et/ou irréversibles) qui résultent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une affection psychiatrique (dépression nerveuse de toute nature et de toute origine, autres affections psychiatriques de toutes natures et de toutes origines) et ce même si elle donne lieu à une prise en charge de l'assuré par un autre organisme (Sécurité Sociale par exemple). <p>Au cas où l'incapacité ou l'invalidité est la conséquence de plusieurs affections différentes conjuguées, apparues simultanément ou non, il appartient au Contrôle médical d'apprécier la part d'incapacité relevant de l'affection psychiatrique. La prise en charge sera refusée chaque fois que l'affection psychiatrique représentera 50 % ou plus de l'ensemble de l'invalidité ou de l'incapacité.</p>		