



**ASSURANCE DES PRÊTS
AUX PARTICULIERS
ET A L'HABITAT**

**CREDIT
JASSURE**

NOTICE D'INFORMATION

ADICA 01-2008-810

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 Incapacité Temporaire Totale et Perte

d'Emploi 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 interromp le délai de prescription.

1. OBJET DU CONTRAT

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'Incapacité Temporaire

Totale et, selon le choix de l'Assuré(e), de perte d'emploi, par le versement au Prêteur des prestations prévues au contrat.

2. CONDITIONS DE VOTRE ADHESION hors garantie Perte d'emploi

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 DECISION 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.

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'assu-

rance, 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. GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

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 DECES ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)

Définition : Un Assuré est en état de RT.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 donnant 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 RT.I.A., à l'exclusion des intérêts courus depuis cette date. Pour les ouvertures de crédit, l'Assureur verse la somme précisée 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 fixe alors la date de réalisation du risque.

4 - 2 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

4 - 2 - 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.

4 - 2 - 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 - 2 - 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 période 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'est pas 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.

Prévisions de la loi n° 1030 du 30/09/1983 relative à la Sécurité Sociale et à un engagement volontaire

4 - 2 - 4 Cessation du versement des prestations

- l'Assuré 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 est reconnu capable d'exercer une activité professionnelle ou non professionnelle même partielle.

5. EXCLUSIONS DE VOTRE CONTRAT

Sont exclus pour les garanties décès, RT.I.A. et ITT :

- 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, 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.
- Ne donnent pas lieu à prise en charge les incapacités et invalidités (qu'elles soient temporaires, permanentes, définitives et/ou irréversibles) qui résultent :

- 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(e) par un autre organisme (Sécurité Sociale par exemple).

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. Si l'affection psychiatrique a nécessité une hospitalisation de plus de 30 jours continus pendant la période d'incapacité ou d'invalidité (hors hospitalisation de jour ou à domicile), elle peut bénéficier d'une prise en charge qui débutera après application de la période de franchise décomptée à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation.

- d'atteintes discales ou vertébrales : lumbago ; lombalgie ; sciatique ; dorsalgie ; cervicalgie ; névralgie cervico-brachiale ; hernie discale. Si l'affection a nécessité une intervention chirurgicale avec hospitalisation de plus de 10 jours continus pendant la période d'incapacité ou d'invalidité (hors hospitalisation de jour ou à domicile), elle peut bénéficier d'une prise en charge qui débutera après application de la période de franchise décomptée à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation.

6. RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont calculées 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 RT.I.A.

6 - 2 PIÈCES JUSTIFICATIVES À 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 :

- une Attestation Médicale d'Incapacité Invalidité préalable, 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,
 - 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).
- Une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne, si vous en bénéficiez.

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 préalable, 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-

dela, 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.

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 réalisation 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.