

Contrat Prêtiléa n° 11001 - CARACTÉRISTIQUES -



Prêtiléa est un contrat d'assurance de groupe sur la vie à adhésion facultative de type temporaire décès sans valeur de rachat régi par le Code des assurances. Ce contrat est souscrit auprès de la GMF Vie, ci après désigné l'assureur, par l'ANS GMF Vie - Association Nationale des Souscripteurs de la GMF Vie, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 91, avenue de Villiers - 75017 Paris - au profit de ses membres.

Le contrat Prêtiléa a pour objet de garantir les bénéficiaires de prêts contre les risques de décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et, sur option, d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et d'Invalidité Permanente Totale (IPT) de l'assuré.

Cette opération d'assurance relève de la branche n° 20 "vie-décès" du Code des assurances (article R.321-1).

NOTICE DU CONTRAT PRÊTILÉA

en application de l'article L.141-4 du Code des assurances, valable pour toute adhésion effectuée à partir du 1^{er} décembre 2011

1 – DÉFINITIONS

Assureur : la compagnie d'assurance GMF Vie, société anonyme au capital de 169 787 440 euros, dont le siège social est situé 76, rue de Prony – 75017 Paris, immatriculée au R.C.S de Paris sous le n° 315 814 806 est l'assureur du contrat Prêtiléa. À ce titre, pour opérer la gestion des adhésions, elle mandate CBP Solutions, Intermédiaire en assurance enregistré auprès de l'ORIAS sous le n° 07 009 023 - SAS au capital de 48 374 euros - 863 800 868 RCS Nantes - 7, rue Félibien, 44000 Nantes.

Assuré : c'est la personne sur la tête de laquelle repose l'assurance. L'adhérent et l'assuré peuvent être des personnes distinctes.

Bénéficiaire : le bénéficiaire du contrat est l'organisme prêteur. Il est bénéficiaire acceptant.

Consolidation : la consolidation est 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.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Décès par accident : tout décès résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : vous êtes considéré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie si, après consolidation de votre état de santé, vous êtes reconnu inapte par l'assureur à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de vous livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit, et vous imposant, en outre, d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 4 actes ordinaires de la vie courante : se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer. Elle doit être reconnue par le médecin conseil de l'assureur.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : au jour de survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, vous devez être en activité ou être à la recherche d'un emploi. Vous êtes considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous vous trouvez temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle ou toute recherche d'emploi si vous êtes en recherche d'emploi au moment de la survenance de l'état d'ITT. Elle doit être reconnue par le médecin conseil de l'assureur.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : vous êtes considéré en Invalidité Permanente Totale si après consolidation de votre état, vous êtes reconnu par l'assureur inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de vous livrer à votre activité professionnelle ou toute recherche d'emploi si vous êtes en recherche d'emploi au moment de la survenance de l'état d'IPT.

Franchise : elle est exprimée en jours et correspond à la période non indemnisée par l'assureur. Par exemple, pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, pour une franchise fixée à 90 jours, l'indemnisation ne sera possible par l'assureur qu'à compter du 91^e jour d'arrêt de travail consécutif suivant le jour de la survenance de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

Capital restant dû : le capital restant dû est le capital restant à rembourser à l'organisme de crédit à une date donnée comme indiqué sur le tableau d'amortissement.

IMPORTANT : pour toute opération liée à votre adhésion, vous devez contacter CBP Solutions : ✉ BP 11615, 44016 Nantes cedex 1 - ☎ 0 825 560 705 - @ cbp.production@cbp-gestion.fr

2 – GARANTIES SOUSCRITES

PRÊTILÉA a pour objet de garantir les assurés, selon les choix retenus à l'adhésion, contre les risques de :

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Et, sur option, contre les risques :

- d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT),
- d'Invalidité Permanente Totale (IPT).

Ces deux garanties (Incapacité Temporaire Totale de travail + Invalidité Permanente Totale) sont indissociables et ne peuvent être souscrites séparément.

Le contrat est régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances. En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe, toutes les garanties souscrites sont maintenues aux assurés dans les conditions énoncées dans cette notice, tant que l'adhésion est en cours. Les cotisations continuent d'être dues.

3 – DATE D'EFFET DES GARANTIES

Une garantie décès accidentel vous est accordée dès la date de signature de votre bulletin d'adhésion, tant que les garanties principales et optionnelles du contrat n'ont pas pris effet. Pour ces garanties, la date d'effet de votre adhésion sera la date indiquée sur l'attestation d'assurance.

Dans tous les cas, la date d'effet des garanties autre que la garantie décès accidentel immédiate et provisoire ne peut être antérieure à la date à laquelle l'assureur prend sa décision.

4 – MODALITÉS D'ADHÉSION

4.1 – Personnes assurables

Vous êtes assurable si vous êtes emprunteur, caution de personne physique ou représentant désigné par une personne morale et si vous résidez en France. Sont assurables, les personnes physiques âgées à l'adhésion :

- de 18 ans minimum,
- de moins de 75 ans pour la garantie décès,
- de 64 ans maximum pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale.

L'âge de tarification est déterminé, à la date anniversaire du contrat, par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

4.2 – Caractéristiques des prêts assurables

Sont assurables les prêts souscrits, auprès d'un organisme prêteur situé en France, libellés en euros, rédigés en français, de type immobilier ou professionnel, amortissables ou in fine, y compris les prêts relais. Les prêts personnels liés à une opération immobilière assurée par le présent contrat et les prêts conclus dans le cadre d'une opération de restructuration sont assurables. Les contrats de crédit-bail et les crédits revolving ne sont pas assurables.

Le montant total des capitaux assurés est limité à 5 000 000 euros pour un même assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur pour le contrat PrêtIleA numéro 11001.

- Toute demande dont le montant des capitaux assurés excède 1 000 000 euros fera l'objet d'une étude spécifique.

4.3 – Quotité assurée

Vous choisissez lors de votre adhésion la quotité assurée sur votre tête. Cette quotité s'applique à l'ensemble des garanties accordées et ne peut être supérieure à 100 % par personne assurée. Il est précisé que les sommes dues par l'assureur restent limitées au montant du prêt garanti, pour l'ensemble des têtes assurées.

4.4 – Formalités d'adhésion

Pour adhérer au contrat, vous devez compléter et signer la demande d'adhésion, le questionnaire de santé ainsi que tout autre document demandé par l'assureur. Le questionnaire de santé peut être transmis sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de l'assureur.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 6 mois à compter de sa signature. Si l'assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, vous devez remplir un nouveau questionnaire. En outre, la durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été pratiqués.

L'assureur peut accepter votre demande en pratiquant l'une ou plusieurs des conditions suivantes :

- au taux normal de cotisation,
- à un taux majoré,
- en excluant certaines garanties,
- en excluant certaines pathologies,
- en adaptant la franchise choisie.

L'assureur peut refuser votre demande.

La décision de l'assureur est valable 6 mois. À défaut de prise d'effet des garanties dans ce délai, vous êtes tenu de renouveler les formalités d'adhésion. La décision de l'assureur est donnée pour le montant et la durée du ou des prêts figurant sur la demande d'adhésion.

4.5 – Durée de l'adhésion

L'assurance est accordée, à compter de la date d'effet précisée sur l'attestation d'assurance, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée le 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction. L'assurance est prorogable annuellement, au maximum, jusqu'au 90^e anniversaire de l'assuré.

4.6 – Convention AERAS

La convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) est destinée à favoriser l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Les dispositions de la convention AERAS sont contenues dans le dépliant qui doit vous être remis par votre assureur qui s'engage à les respecter.

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.

5 – DÉFINITION DES GARANTIES

5.1 – Garantie décès accidentel immédiate et provisoire

En cas de décès de l'assuré par accident avant la prise d'effet des garanties, GMF Vie verse au(x) bénéficiaire(s) un capital égal au montant du capital assuré affecté à la quotité souscrite. **Ce capital est plafonné à 150 000 euros et la garantie ne peut dépasser une durée effective de 90 jours à compter de la signature de la demande d'adhésion.**

5.2 – Garanties principales obligatoires

5.2.1 - Garantie décès

En cas de décès par suite de maladie ou d'accident avant votre 90^e anniversaire, GMF Vie verse à l'organisme prêteur le capital restant dû au jour du décès, majoré des intérêts courus entre la date de dernière échéance précédant le décès et la date de décès, affecté de la quotité assurée. Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'assuré et qui sert au calcul des cotisations.

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

5.2.2 - Garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Vous êtes considéré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsque, après consolidation de votre état, vous êtes reconnu par le médecin conseil de l'assureur, inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de vous livrer à une activité même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit et lorsque vous devez avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer 3 des 4 actes ordinaires de la vie courante : se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer.

Le capital assuré en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est égal au capital prévu en cas de décès. Ce capital est calculé à la date de la constatation médicale par le médecin conseil de l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

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

Le règlement par l'assureur à l'organisme prêteur du capital assuré au titre de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à l'ensemble de vos autres garanties.

5.3 – Garanties optionnelles (Incapacité Temporaire Totale de travail - ITT et Invalidité Permanente Totale - IPT)

Ces garanties doivent être souscrites conjointement lors de l'adhésion au contrat. Toutefois, elles sont révocables à tout moment si l'organisme prêteur donne son accord.

5.3.1 - Franchise

Lors de la souscription des garanties optionnelles : Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et d'Invalidité Permanente Totale (IPT), vous choisissez la période au-delà de laquelle l'indemnisation est possible. Cette période de franchise peut être de 30, 90 ou 180 jours.

5.3.2 - Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Vous êtes considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail, si à la suite d'une

maladie ou d'un accident, vous vous trouvez temporairement dans l'impossibilité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur, d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle ou toute recherche d'emploi. Au jour de la survenance de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, vous devez exercer une activité professionnelle ou être à la recherche d'un emploi.

5.3.3 - Invalidité Permanente Totale (IPT)

À la date de consolidation de votre état de santé ou au plus tard trois ans après le début de votre arrêt de travail, le médecin conseil de l'assureur fixe votre degré d'invalidité. L'assureur considère alors en invalidité permanente tout assuré dont le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %.

Ce degré est déterminé en fonction de vos taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle : il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, 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 : il est apprécié en tenant compte du degré et de la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée.

Il tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normal de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le degré 'N' d'invalidité : il est déterminé selon le barème ci-après, en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin conseil de l'assureur, en application du barème du Concours Médical.

		INVALIDITÉ FONCTIONNELLE						
		40	50	60	70	80	90	100
INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	10		29%	33%	37%	40%	43%	46%
	20	32 %	37%	42%	46%	50%	54%	58%
	30	36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
	40	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
	50	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
	60	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
	70	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
	80	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
	90	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
	100	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

5.3.4 - Garantie invalidité spécifique "AERAS"

La garantie invalidité spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'assureur.

Vous bénéficiez des prestations de la garantie invalidité spécifique AERAS lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- votre état de santé est consolidé,
- votre taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'assureur par référence au **barème annexé au Code des pensions civiles et militaires**, atteint un taux égal ou supérieur à 70 %,
- vous fournissez un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les

fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non salariés.

Les prestations seront versées à compter de la date de reconnaissance par le médecin de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus et selon les dispositions de l'article 5.3.5 « Déclaration et règlement des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ».

5.3.5 – Déclaration et règlement des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et d'Invalidité Permanente Totale (IPT)

Délai de déclaration

Vous devez déclarer votre arrêt de travail dans les 12 mois qui suivent le premier jour d'arrêt. **Si vous déclarez votre arrêt de travail après ce délai et si l'assureur subit un préjudice du fait de cette déclaration tardive, la prise en charge de l'arrêt de travail ne pourra débuter qu'à la date à laquelle vous avez déclaré votre arrêt de travail.**

Prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail et d'Invalidité Permanente Totale

L'assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application de la franchise indiquée dans l'attestation d'assurance, le paiement des échéances du prêt venant à échéance, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail.

De plus, après la période de franchise choisie (30, 90 ou 180 jours), si l'assuré n'a pas repris ses activités professionnelles, l'assureur lui rembourse le montant brut des cotisations d'assurance dues pendant la durée de l'Incapacité Temporaire Totale de travail ou de l'Invalidité Permanente Totale au prorata du nombre de jours d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale.

Rechute

Le délai de franchise n'est pas appliqué si, après une période d'arrêt de travail indemnisée, vous avez repris une activité professionnelle pendant moins de 60 jours et si vous êtes de nouveau en arrêt de travail pour la même maladie ou le même accident.

Limitation des prestations

Les prestations sont limitées à 350 euros par jour et par assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur pour le contrat PrêtIleá numéro 11001.

Aucune modification du tableau d'amortissement, à l'initiative de l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent le sinistre ou au cours du sinistre engendrant une augmentation de la prise en charge de l'assureur ne peut être prise en compte.

Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte.

Pour les prêts in fine ou pendant les périodes de différés partiels, le remboursement des indemnités journalières correspond aux intérêts du prêt, affectés de la quotité assurée.

Cessation des garanties optionnelles :

- à la date de votre préretraite ou de votre retraite,
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur,
- à la date du terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel,
- en cas de non-paiement des cotisations selon les dispositions du Code des Assurances,
- à votre 65^e anniversaire de naissance.

6 – DIMINUTION DU CAPITAL ASSURÉ ET ARRÊT DES GARANTIES

6.1 – Diminution du capital assuré

En cas de remboursement anticipé partiel et à réception de l'attestation de l'organisme prêteur, un nouvel échéancier est émis par l'assureur.

6.2 – Arrêt des garanties

- La garantie décès cesse au 90^e anniversaire de l'assuré.
- La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) cesse à sa date de reconnaissance par l'assureur ou au 65^e anniversaire de l'assuré.
- Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Permanente Totale cessent à la date de la préretraite ou de la retraite de l'assuré et au plus tard au 65^e anniversaire de l'assuré.

Toutes les garanties du contrat cessent :

- en cas de remboursement total et anticipé du prêt,
- en cas de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur,
- en cas de non-paiement des cotisations selon les dispositions du Code des assurances,
- en cas de résiliation du contrat sur demande de l'adhérent adressée avant le 31 octobre par lettre recommandée avec accusé de réception et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant,
- au terme du contrat,
- le jour où cesse l'obligation de caution,
- en cas de renonciation, l'adhésion étant alors réputée n'avoir jamais existée.

7 – EXCLUSIONS

7.1 – Risques garantis sous conditions

- Les risques résultant des opérations de police internationale, s'ils sont sous mandat de l'Organisation des Nations Unies.
- Le suicide s'il survient après un an d'assurance, à compter de la date d'effet des garanties.
- Le suicide dès la prise d'effet des garanties, pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du montant fixé par décret, 120 000 euros par décret du 28 mars 2002.

7.2 – Exclusions communes à toutes les garanties

- Les suites et conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'utilisation volontaire d'arme de guerre, d'émeutes, de mouvements populaires, de rixes, sauf en cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger. Cette exclusion peut être rachetée avec l'accord de l'assureur, moyennant une surprime, pour les personnes exposées à ces risques de par leur profession.
- Les effets directs ou indirects de la désintégration du noyau de l'atome.
- Les suites et conséquences de l'usage par l'assuré de stupéfiants, de drogues, ou de produits médicamenteux non prescrits par un médecin.
- Les maladies provoquées par l'alcoolisme chronique de l'assuré.
- Les accidents de l'assuré, en tant que conducteur sous l'emprise d'un état alcoolique constaté par un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation en vigueur (article L.234-1 du Code de la route).
- L'utilisation en tant que pilote ou passager de tous engins aériens autres que les avions de lignes commerciales régulières, vols charters ou vols affrétés, sauf pour les cas où l'assuré est passager et que les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires.
- La participation à un défi, pari, à une tentative de record.
- La pratique professionnelle des sports.
- La pratique des activités suivantes (sauf si ces pratiques ont été déclarées lors de l'adhésion et acceptées par l'assureur en contrepartie ou non d'une tarification adaptée) :

- tous sports aériens,
- tous sports nécessitant un engin à moteur, terrestre ou flottant,
- tous sports de neige sauf ceux pratiqués sur piste balisée,
- plongée sous marine au-delà de 20 mètres de profondeur,
- les sports suivants : saut à l'élastique, spéléologie, alpinisme, yachting (au-delà de 20 milles des côtes), trekking,

Lorsque ces sports sont pratiqués dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, la garantie est acquise si vous établissez que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

- Les actes commis dans l'intention de mettre en œuvre les garanties du contrat.

7.3 – Exclusions spécifiques des garanties optionnelles (Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Permanente Totale)

- Les arrêts de travail correspondant à la période de congé légal de maternité de la sécurité sociale, que l'assurée y soit ou non assujettie.
- La dépression nerveuse ou le syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'affection psychiatrique, neuropsychiatrique, ou psychique, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou si vous avez été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.
- Les pathologies rachidiennes non traumatiques et non tumorales, sauf si elles nécessitent une intervention chirurgicale et/ou une hospitalisation en milieu chirurgical de plus de 10 jours. Les pathologies rachidiennes d'origine traumatiques ou tumorales sont prises en charge sans condition.

Ces deux dernières exclusions peuvent être rachetées, de manière indissociable, lors de l'adhésion au contrat. La demande sera soumise à l'assureur qui aura soit la possibilité de l'accepter en contrepartie d'une tarification adaptée, soit de la refuser. **Aucune demande ne sera acceptée en cours de contrat.**

7.4 – Rachat d'exclusions

Professions à risque, pratiques sportives : vous serez tenu de remplir un questionnaire spécifique qui sera soumis à l'appréciation de l'assureur qui aura la possibilité soit d'accepter le rachat d'exclusions au tarif de base, soit de l'accepter avec une sur-tarification, soit de le refuser. Dans l'hypothèse où vous souhaitez renoncer au rachat de la ou des exclusions, la résiliation ne pourra être effectuée qu'après réception chez CBP Solutions de l'accord préalable de l'organisme prêteur.

8 – CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE

Votre attention est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), l'Invalidité Permanente Totale (IPT), la garantie invalidité spécifique AERAS et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et celles de l'assureur dans les mêmes domaines.

Afin de juger de l'ouverture, du maintien ou de la suspension des droits à prestations pour les garanties autres que le décès, vous devez vous soumettre aux visites médicales ou contrôles que l'assureur estime nécessaires, à défaut la garantie ne s'appliquerait pas. **Le contrôle médical suspend le paiement des prestations.** Si vous vous opposez à ce contrôle, vous perdez vos droits à prestations. **En cas d'avis défavorable du médecin conseil de l'assureur sur le maintien des droits à prestations, le versement des indemnités cesse.** En cas de désaccord d'ordre médical, le litige pourra être réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord. Chaque partie se fera assister à ses frais par son propre expert. En l'absence d'accord sur le choix d'un médecin, le litige sera confié

au président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré qui désignera un expert.

Chaque partie prendra à sa charge les frais de son expert et la moitié des frais de l'expert arbitre.

Pour les assurés résidant hors du territoire français, les prestations Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ne sont versées que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en France (France Métropolitaine et DOM-TOM), les frais de déplacement engagés par l'assuré pour s'y rendre restent à sa charge.

Pour les assurés couverts en Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Invalidité Permanente Totale (IPT) et dont le sinistre est survenu hors du territoire français, le versement des prestations est soumis aux mêmes conditions.

Pour les assurés couverts par les garanties invalidité spécifique AERAS et Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) - Invalidité Permanente Totale (IPT) et dont le sinistre est survenu hors du territoire français, le versement des prestations est soumis aux mêmes conditions.

9 – DÉCLARATION DU RISQUE

En application de l'article L.113-8 du Code des assurances: "Indépendamment des causes ordinaires de nullité, 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 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(...)".

Une déclaration inexacte non intentionnelle entraîne l'application de la règle proportionnelle prévue par l'article L.113-9 du Code des assurances qui prévoit que 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 de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de la 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 qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

10 – FRAIS - COTISATIONS

10.1 – Frais

Les frais d'ouverture de dossier de 25 euros sont acquittés à l'adhésion avec la première cotisation.

Chaque année, sur l'ensemble des frais prélevés par GMF Vie, 0,70 euros est reversé à l'ANS GMF Vie au titre de la cotisation annuelle applicable par adhérent.

10.2 – Calcul des cotisations

La cotisation est fixée en fonction :

- du sexe de l'assuré,
- de l'âge de l'assuré (l'âge est déterminé par différence de millésime à la date d'adhésion puis à chaque date anniversaire de l'adhésion),
- du capital restant dû affecté de la quotité choisie,
- de l'activité professionnelle de l'assuré,
- de la qualité de fumeur ou non fumeur de l'assuré,
- des risques sportifs et médicaux déclarés,

- des garanties souscrites,
- du montant du prêt garanti, de sa durée et du taux d'intérêt,
- des taxes applicables.

Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'assuré. Les cotisations sont payables d'avance mensuellement.

10.3 – Mode de paiement

Les cotisations sont réglées par prélèvements automatiques. Elles sont mises en prélèvement par CBP Solutions à partir de la date d'effet des garanties.

Les cotisations sont régularisées par prélèvement le 5 du mois. Une régularisation de la première cotisation pourra éventuellement être effectuée et calculée au prorata-temporis entre la date de prise d'effet des garanties et la date de première mise en prélèvement. Si à cette date, vous n'avez pas transmis le tableau d'amortissement du prêt, les cotisations seront calculées sur les bases déclarées au moment de l'adhésion : capital, durée, taux d'intérêt.

10.4 – Non paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'assuré un avis d'impayé. Sans réponse de sa part, une mise en demeure par voie de lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû, lui est adressée si aucun versement n'est effectué. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances que, si 40 jours après son envoi, la cotisation n'est toujours pas payée, l'adhésion sera résiliée de plein droit sans autre formalité et une copie de la lettre de résiliation sera adressée à chaque organisme prêteur. Lors de la mise en jeu de la garantie invalidité spécifique AERAS ou Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) / Invalidité Permanente Totale (IPT), l'assuré continue à régler le montant des cotisations dues pour les garanties. En revanche, l'ensemble de ces cotisations, après le délai de franchise choisi, lui sera remboursé dans le cadre de l'indemnisation du sinistre, par ajout de celles-ci à la période prise en charge par l'assureur. Le prélèvement des cotisations cesse aux dates contractuelles de cessation des garanties.

11 – CHANGEMENT DE SITUATION DE L'ASSURÉ

En cours d'adhésion, vous devez déclarer à CBP Solutions immédiatement toute évolution de votre situation, à l'exception du risque médical intervenant sur les critères de tarification précisés à l'article 10.2, conformément à l'article L.113-4 du Code des assurances. À défaut, l'assureur pourra appliquer les sanctions des articles L.113-8 ou L.113-9 du Code des assurances, dont les dispositions sont rappelées à l'article 9 de la présente notice. Dans le cas de la désolidarisation de l'un des emprunteurs, suite à une procédure de divorce, l'augmentation de la quotité de l'assuré conservant la qualité d'emprunteur est acceptée d'office par l'assureur, sous réserve de l'ajustement du montant des cotisations par rapport à cette nouvelle quotité.

Vous devez déclarer et communiquer à CBP Solutions par écrit, dès que vous en avez connaissance, tout changement intervenu, à l'exception du risque médical, dans votre situation ou celle des assurés tels que :

- changement d'état fumeur/non fumeur. Ainsi, si vous vous étiez déclaré fumeur à l'adhésion et que votre état a évolué en non fumeur, ce changement peut avoir pour conséquence une modification en votre faveur de la tarification appliquée à l'origine,
- toute modification des caractéristiques de votre prêt ou de l'acte de cautionnement.

En nous communiquant votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion vous soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, demander à CBP Solutions de cesser ce mode de communication. En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, vous devez en avvertir CBP Solutions dans les plus brefs délais. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

12 – MODIFICATION DES GARANTIES ET DES QUOTITÉS PAR L'ASSURÉ

L'assuré peut, à tout moment, demander la modification de ses garanties et/ou de sa quotité :

- s'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet dès réception de l'accord écrit du bénéficiaire acceptant, l'organisme prêteur.
- s'il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats de nouvelles formalités d'adhésion.

Les nouvelles garanties et/ou quotité prennent effet à la date d'acceptation par l'assureur. Pour les prêts à échéances modulables, l'allongement de la durée du prêt qui découle du fonctionnement normal du contrat de prêt est accepté d'office par l'assureur. Dans le cas de la mise en place d'un plan de surendettement, le nouveau plan de financement résultant du prêt assuré à l'origine, est accepté d'office par l'assureur, sous réserve de l'ajustement du montant des cotisations.

13 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le bénéficiaire du contrat est votre organisme prêteur. Il est bénéficiaire acceptant.

Le montant du capital décès dû par l'assureur peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur. L'excédent est alors versé, par celui-ci, au bénéficiaire désigné. Ce bénéficiaire est, sauf désignation particulière : le co-emprunteur, à défaut le conjoint non séparé de corps ou lié par un pacte civil de solidarité, à défaut les enfants nés ou à naître par parts égales, vivants ou représentés, à défaut à défaut les héritiers de l'assuré.

14 – PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

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 y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'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 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

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'indemnité. »

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

Les données à caractère personnel que vous nous communiquez sont nécessaires au traitement des demandes d'information, des devis, et des contrats d'assurance. Elles peuvent être également traitées afin de répondre aux obligations légales relatives à

la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Elles sont destinées à la GMF et à ses filiales, responsables de traitement, et à leur prestataire CBP Solutions pour la gestion du contrat. Elles pourront être transmises (hormis celles sur votre état de santé), aux prestataires et partenaires de GMF contractuellement liés et à des organismes professionnels. Sauf opposition de votre part, elles peuvent être utilisées pour des services personnalisés, des propositions commerciales, des enquêtes et statistiques. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes sur ces données en écrivant à : GMF Vie : 10-14 avenue Louis-Armand 95127 Ermont Cedex.

16 – ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR ET CUMUL DES GARANTIES

En présence de co-emprunteurs et/ou de cautions et en cas de décès simultanés des co-emprunteurs et/ou des cautions assurés, le capital versé par l'organisme assureur au titre d'un même prêt ne pourra être supérieur au capital restant dû à l'organisme prêteur au jour du décès, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement. **Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du contrat, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100 %. Le total des garanties cumulées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'assureur reste limitée à ce montant pour l'ensemble des assurés d'un même prêt, et ce, tous contrats confondus.**

17 – DÉCLARATION DE SINISTRE ET PIÈCES À FOURNIR

17.1 – Destinataire de la déclaration

Le sinistre doit être déclaré au gestionnaire par courrier à :
CBP Solutions - BP 11615 - 44016 NANTES CEDEX 1- Orias n° 07 009 023
www.orias.fr.

Les documents médicaux sont à adresser à CBP Solutions, à l'attention du médecin conseil de l'assurance BP 11615 - 44016 NANTES Cedex 1.

Dispositions de l'article 11 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 : en vertu des dispositions de l'article 11 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 permettant au patient d'accéder aux informations contenues dans son dossier médical, en cas de sinistre, l'assuré s'engage à transmettre la totalité des pièces médicales inhérentes à son état de santé (comptes rendus de consultations, comptes rendus d'hospitalisations, comptes rendus opératoires, examens biologiques, dossier médical...). Les assureurs se réservent alors le droit de subordonner la mise en jeu des garanties à la remise des pièces sollicitées par le service médical dans le cadre du sinistre référencé.

L'assuré autorise les ayants-droit en cas de décès à communiquer les informations médicales nécessaires le concernant.

17.2 – Pièces à fournir

En cas de décès :

- un certificat médical précisant la cause du décès,
- un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

- une attestation médicale remplie par votre médecin traitant sur l'imprimé de l'assureur,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

Si vous êtes 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 % avec majoration pour tierce personne.

En cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) :

- une attestation médicale remplie par votre médecin traitant et vous-même, sur l'imprimé de l'assureur,

Si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- vos bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme de votre régime social,
- les documents qui justifient de votre état d'incapacité totale de travail,
- la notification d'attribution de votre pension ou rente d'invalidité par la sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- vos justificatifs de paiement de pension ou rente.

Si vous n'êtes pas salarié :

- les certificats médicaux d'arrêt de travail.

L'assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de votre demande.

18 – FACULTÉ DE RENONCIATION

18.1 – Pour toute adhésion réalisée hors vente à distance

Vous pouvez renoncer à votre adhésion, sans justificatif de l'organisme prêteur, et être remboursé intégralement de la cotisation versée, pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que votre adhésion est conclue. En pratique, ce délai court à compter du jour où vous avez reçu votre attestation d'assurance et expire le 30^e jour calendaire à 24 heures. Si le délai de renonciation expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à CBP Solutions rédigée selon le modèle suivant :

“Je soussigné (M. Mme nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat garantie Emprunteur n° xxx pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours et demande le remboursement de l'intégralité de la cotisation versée. Le xx/xx/xxxx. Signature”.

L'assureur vous remboursera l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. Le service gestion de CBP Solutions adressera alors un courrier à votre organisme prêteur, dans les 5 jours ouvrés suivant la réception de votre demande, afin de l'informer que vous avez exercé votre droit de renonciation à l'adhésion au contrat PRÉTILÉA. La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

18.2 – Dispositions particulières en cas de vente à distance

En application de l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, vous disposez d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter, soit de la réception de votre attestation d'assurance, soit de la réception des pièces contractuelles si vous n'êtes pas déjà en possession de celles-ci. Pour exercer cette faculté, vous devez faire parvenir à CBP Solutions – 7, rue Félibien - 44016 Nantes Cedex 1, une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée par exemple suivant le modèle ci-après :

“Je soussigné (M. Mme nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat garantie Emprunteur n° xxx pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours et demande le remboursement de l'intégralité de la cotisation versée. Le xx/xx/xxxx. Signature”.

Le service gestion de CBP Solutions adressera alors un courrier à votre organisme prêteur, dans les 5 jours ouvrés suivant la réception de votre demande, afin de l'informer que vous avez exercé votre droit de renonciation à l'adhésion au contrat PRÉTILÉA. La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

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 l'adhésion peut prendre effet plus tôt si vous en faites la demande. Pour cela, vous devez indiquer la date retenue à l'emplacement prévu à cet effet dans la demande d'adhésion. Vous renoncez alors à votre faculté de renonciation.

Informations complémentaires exigées par l'ordonnance n° 2005-648 du 6 juin 2005, relative à la commercialisation à distance des services financiers auprès des consommateurs (article L.112-2-1 du Code des assurances).

- La loi applicable à ce contrat est la loi française. Il en va de même de la loi sur laquelle sont établies les relations contractuelles.

- L'assureur s'engage, avec l'accord du souscripteur, à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

- L'adhérent est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L.423-1 et suivants du Code des assurances.

18.3 – Non obtention du prêt

Vous pouvez renoncer, selon les mêmes formalités que ci-dessus précisées, à votre adhésion après le délai de 30 jours dès lors que le prêt objet de l'adhésion au contrat garantie Emprunteur n'est pas accordé par l'organisme prêteur. Sur présentation d'un justificatif, l'assureur vous remboursera l'intégralité des sommes alors versées.

19 – INFORMATION DES ASSURÉS

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application de votre contrat, votre interlocuteur habituel CBP Solutions est en mesure d'étudier vos demandes et réclamations.

19.1 – Procédure d'examen des litiges

Si les réponses apportées ne satisfont pas votre attente, vous pouvez écrire à : GMF Vie, Service Conseil Clients, 10-14 avenue Louis-Armand - 95127 Ermont cedex et au Médiateur de la GMF, 76 rue de Prony - 75857 Paris Cedex 17.

Si toutes les voies de recours ont été épuisées et qu'un désaccord subsiste, vous pouvez solliciter le Médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances), 9 rue Saint-Petersbourg - 75008 Paris – 01 55 04 16 00 et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

19.2 – L'autorité de contrôle

L'assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

20 – DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE ET FORMALITÉS DE RÉSILIATION – OBJET SOCIAL DU SOUSCRIPTEUR

Selon les dispositions du contrat d'assurance de groupe PRÉTILÉA souscrit entre l'ANS GMF Vie et la GMF Vie, le contrat a pris effet à sa date de signature pour une période prenant fin le 31 décembre suivant. Il est ensuite renouvelé au 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au cocontractant 3 mois au moins avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe, ses effets se poursuivent à l'égard des adhésions antérieures à la résiliation.

L'ANS GMF Vie, dont le siège social est situé 91 avenue de Villiers - 75017 Paris, souscripteur du contrat PRÉTILÉA, a pour but de développer, au profit de ses membres, sous toutes leurs formes et par tous les moyens, des régimes collectifs de retraite organisés conformément aux dispositions du Code des assurances ainsi que toutes autres assurances de personnes et placements de même nature ayant un caractère collectif. Les statuts de l'ANS GMF Vie sont à la disposition de tout adhérent sur simple demande auprès de l'association.

Édition octobre 2011

LEXIQUE

Attestation d'assurance :

Document par lequel l'assureur atteste que les garanties décrites ont bien été souscrites.

Bénéficiaire acceptant :

Pour ce contrat, le prêteur est bénéficiaire acceptant.

Caution :

Personne qui s'engage à payer en lieu et place de l'emprunteur en cas de défaillance de ce dernier.

Contrat :

Il désigne l'ensemble des documents qui définit les obligations réciproques de l'assuré et de l'assureur.

Le contrat se compose de la notice, de la demande d'adhésion, du questionnaire de santé, de l'attestation d'assurance, de la délégation de bénéfice, des formalités contractuelles, des éventuelles conditions spécifiques d'adhésion à l'assurance.

Convention AERAS :

La convention AERAS : s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé, signée par les pouvoirs publics, les représentants des banques et des assureurs, des associations de malades et des consommateurs, a pour objet d'élargir l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes ayant eu un problème grave de santé.

Débiteur :

Personne chargée du remboursement du prêt.

Déchéance du terme :

Suite à un incident de paiement, c'est la sanction prononcée par l'organisme prêteur qui rend la dette immédiatement exigible.

Demande d'adhésion :

Document identifiant la personne à assurer et ses déclarations, les caractéristiques des opérations bancaires souscrites, ainsi que les choix formulés concernant les garanties, la quotité assurée et franchise.

Différé d'amortissement :

Période pendant laquelle les échéances du prêt ne comportent aucun remboursement du capital.

Emprunteur :

Personne physique ou morale redevable de la dette contractée auprès de l'organisme prêteur.

Nullité :

Annulation du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (sanction de l'article L.113-8 du Code des assurances).

Prescription :

Délai après lequel une action des parties au contrat n'est plus possible.

Prêt amortissable :

Prêt dont les échéances sont constituées d'amortissement du capital et des intérêts.

Prêt in fine :

Le capital est remboursé au terme du prêt en une seule fois.

Prêt relais :

Prêt in fine d'une durée de 12 ou 24 mois en général, permettant l'acquisition d'un bien immobilier en anticipant la vente d'un autre bien.

Quotité :

Pourcentage des prestations garanties choisies par l'assuré.