



Notice d'information Assurance Crédit MAAF

1. OBJET ET NATURE DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir les emprunteurs et les cautions de prêts contre les risques de décès, perte totale et irréversible d'autonomie, arrêt de travail et perte d'emploi, selon le choix retenu lors de votre demande d'adhésion.

Il est souscrit par MAAF Assurances auprès de :

- MAAF Vie pour les risques de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie (branche 20).
- Et MAAF Assurances SA pour les risques arrêt de travail et perte d'emploi (branches 1, 2 et 16).

Ces derniers sont désignés l'assureur dans cette notice.

L'assureur mandate CBP - 7, rue Félibien - 44 000 Nantes - RCS Nantes n° 863 800 868, intermédiaire en assurances immatriculé auprès de l'ORIAS sous le n° 07 009 030 pour opérer la gestion des adhésions ; CBP ayant subdélégué cette gestion à CBP Solutions - 7, rue Félibien - 44 000 Nantes - RCS Nantes n° 433 841 285, immatriculé auprès de l'ORIAS sous le n° 07 009 023. Pour toutes opérations liées à votre adhésion, vous devez contacter CBP Solutions - BP 11615, 44016 Nantes cedex 1.

Le contrat n° 02112 est un contrat collectif à adhésion facultative régi par le Code des assurances, notamment les articles L 141-1 et suivants.

Il est renouvelable annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année. En cas de résiliation du contrat, toutes les garanties souscrites sont maintenues aux assurés dans les conditions énoncées dans cette notice. Les cotisations continuent d'être dues.

2. DECLARATION DE RISQUE

En application de l'article L113-8 du Code des assurances : "Indépendamment des causes ordinaires de nullité, sous réserve des dispositions de l'article L132-26, 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 L113-9 du Code des assurances qui prévoit « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

3. GARANTIES SOUSCRITES

Vous avez choisi l'option suivante lors de votre demande d'adhésion, dans la limite des garanties accordées par l'assureur, à savoir :

- Garantie décès, perte totale et irréversible d'autonomie, arrêt de travail.

4. MODALITES D'ADHESION

PERSONNES ASSURABLES

Vous êtes assurable si vous êtes emprunteur, caution de personne physique ou représentant désigné par une personne morale et si vous êtes âgé :

- d'au moins 18 ans,
- de moins de 80 ans pour la garantie décès,
- de moins de 65 ans pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie, arrêt de travail.

L'âge à l'adhésion est calculé par différence de millésime.

CARACTERISTIQUES DES PRETS ASSURABLES

Sont assurables les prêts souscrits et libellés en euros, de type immobiliers, professionnels ou personnels, amortissables ou in fine, y compris les prêts relais. Les contrats de crédit-bail ne sont pas assurables.

Le montant total des capitaux assurés est limité à 2 000 000 €, pour un même assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur.

Si vous êtes âgé de plus de 60 ans lors de votre demande d'adhésion, le montant total des capitaux assurés est limité à 300 000 €.

QUOTITE ASSUREE

Vous choisissez lors de l'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.

FORMALITES D'ADHESION

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. Vous pouvez, si vous le souhaitez, transmettre le questionnaire de santé sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de l'assureur.

Les frais occasionnés par les éventuelles demandes d'informations complémentaires de l'assureur sont à votre charge.

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 :
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
 - sans restriction, ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties,
- refuser votre demande.

La décision de l'assureur est valable 6 mois. A 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.

5. DATE D'EFFET DES GARANTIES

Par défaut, la date d'effet de votre adhésion est la date à laquelle l'assureur a accepté le(s) risque(s) à garantir, accord matérialisé par l'envoi de votre attestation d'assurance.

Vous pouvez choisir une autre date d'effet des garanties. Cette date peut être :

- la date de signature de l'offre de prêt,
- la date de déblocage des fonds par l'organisme prêteur,
- la date de signature de l'acte notarié.

Dans tous les cas, la date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date à laquelle l'assureur prend sa décision.

Garantie décès accidentel

A compter de la signature de votre demande d'adhésion et tant que les garanties n'ont pas pris effet, une couverture du risque décès accidentel vous est accordée dans la limite de 300 000 € et dans la limite du capital assuré affecté de la quotité souscrite et pour une durée maximale de 3 mois.

Par accident, il faut entendre une atteinte corporelle résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de votre volonté.

6. CONVENTION AERAS

L'assureur et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la Convention AERAS.

La garantie invalidité spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'assureur. Un dispositif d'écrêtement des primes d'assurances 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.

7. DEFINITION DES GARANTIES

7.1. Garantie Décès

Définition

En cas de décès survenant avant le 31 décembre qui suit votre 90^{ème} anniversaire, l'assureur verse 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 impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en compte.

Fin de la garantie

La garantie décès prend fin :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de la déchéance du terme,
- le jour où cesse l'obligation de caution,
- au plus tard le 31 décembre qui suit votre 90^{ème} anniversaire de naissance.

7.2. Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Définition

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 les actes ordinaires de la vie courante : se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer.

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé, le moment à partir duquel, après avoir utilisé toutes les ressources médicales, il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de votre état de santé.

Prestations garanties

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 l'assureur de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie.

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

Le règlement du capital assuré au titre de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'ensemble de vos autres garanties.

Fin de la garantie

La garantie perte totale et irréversible d'autonomie prend fin :

- en cas de non-paiement des cotisations,

- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de la déchéance du terme,
- le jour où cesse l'obligation de caution,
- au plus tard le 31 décembre qui suit votre 65^{ème} anniversaire de naissance.

7.3. Garantie invalidité spécifique AERAS

Vous bénéficiez 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^{ème} ou 3^{ème} 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.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion et de cessation sont identiques à celle définies pour la garantie "Arrêt de travail" aux articles 7.4 et 9, à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

7.4. Garantie Arrêt de Travail

A) Prestations en cas d'incapacité temporaire totale

Définitions

Si vous êtes en activité ou en recherche d'emploi au jour du sinistre

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident, vous êtes dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur, d'exercer votre profession ou toute recherche d'emploi, 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.

Si vous êtes conjoint collaborateur au jour du sinistre

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident, vous êtes dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur, d'exercer vos fonctions d'aide au conjoint, 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.

Si vous êtes inactif au jour du sinistre et ne percevez pas d'allocation du Pôle Emploi ou d'organisme similaire

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident, vous êtes dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur, d'exercer une quelconque activité professionnelle, même partiellement et ne percevez pas d'allocations du Pôle Emploi ou d'organismes similaires, 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 de 50% du montant 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.

CAUTION

Indépendamment de votre situation professionnelle, la garantie arrêt de travail ne pourra être mise en jeu que si vous avez été appelé en garantie et effectué les paiements au cours des trois derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail et tant que le débiteur principal reste insolvable.

Cas particulier :

- 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 6 mois et si vous êtes de nouveau en arrêt de travail pour la même maladie ou le même accident.

B) Prestations en cas d'invalidité

Consolidation

A la date de consolidation de votre état de santé et au plus tard trois ans après le début de votre arrêt de travail, le médecin conseil de l'assureur fixe votre degré d'invalidité sur la base du barème ci-après. Ce degré est déterminé en fonction de vos taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle 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 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 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, sauf pour les inactifs pour lesquels seul le barème fonctionnel est retenu.

Barème

En %	Taux d'Incapacité Fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'Incapacité Professionnelle	10			29	33	37	40	43	46
	20			32	37	42	46	50	54
	30		30	36	42	48	53	58	62
	40	24	33	40	46	52	58	64	69
	50	27	36	43	50	56	63	68	74
	60	29	38	46	53	60	66	73	79
	70	30	40	48	56	63	70	77	83
	80	32	42	50	58	66	73	80	87
	90	33	43	52	61	69	76	83	90
	100	34	45	54	63	71	79	86	93

Prestations

- Si vous êtes en activité, en recherche d'emploi ou conjoint collaborateur au jour du sinistre

Vous êtes considéré en invalidité permanente totale lorsque le degré 'N' d'invalidité est supérieur ou égal à 66%. Dans ce cas, les prestations sont maintenues intégralement, et l'assureur prend en charge le paiement des échéances affectées de la quotité assurée.

Vous êtes considéré en invalidité permanente partielle lorsque le degré 'N' d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

Dans ce cas, l'assureur prend en charge le montant de l'échéance, affecté de la quotité assurée, dans le rapport suivant : (N-33) / 33.

Lorsque le degré 'N' d'invalidité est inférieur à 33%, aucune prestation n'est due par l'assureur.

- Si vous êtes inactif au jour du sinistre et ne percevez pas d'allocation du Pôle Emploi ou d'organisme similaire

Vous êtes considéré en invalidité permanente totale lorsque votre taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 66%. **Dans ce cas, l'assureur prend en charge le paiement de 50% du montant des échéances affectées de la quotité assurée.**

Si votre taux d'incapacité fonctionnelle est inférieur à 66%, aucune prestation n'est due par l'assureur.

C) Déclaration et règlement des prestations

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.

Versement des prestations

Elles sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail justifiés.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Pour les prêts relais et in fine ainsi que pendant la période de différé d'amortissement pour les prêts amortissables, seules les échéances d'intérêts sont prises en charge par l'assureur.

D) Limitations et fins de garanties

Les prestations sont limitées à 250 € par jour et par assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur, et à 125 € pour les inactifs, dans les mêmes conditions.

En cas d'invalidité permanente partielle, cette limite de 250 € est réduite proportionnellement au taux d'indemnisation appliqué.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenues à votre demande moins de 6 mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'arrêt de travail,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur,
- les échéances d'amortissement du capital pour les prêts relais et les prêts in fine.

Fin des prestations

Le versement des prestations cesse :

- à la date de votre préretraite ou de votre retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel,
- si vous êtes caution, lorsque le débiteur principal n'est plus insolvable,
- à la date de consolidation dès que votre taux d'invalidité fixé sur la base du barème ci-avant devient inférieur à :
 - 33%, si vous étiez en activité, en recherche d'emploi ou conjoint collaborateur au jour du sinistre
 - 66%, si vous étiez inactif au jour du sinistre et non indemnisé par le Pôle Emploi ou un organisme similaire,
- dès que votre situation ne répond plus à la définition de la garantie arrêt de travail.

Fin de la garantie

La garantie arrêt de travail prend fin :

- à la date de votre préretraite ou de votre retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de la déchéance du terme,
- le jour où cesse l'obligation de caution,
- au plus tard le 31 décembre qui suit votre 67^{ème} anniversaire de naissance.

8. BÉNÉFICIAIRE 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 ou aux survivants d'entre eux, à défaut les ascendants par parts égales ou aux survivants d'entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré.

9. EXCLUSIONS

➤ Pour les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de travail, ne sont pas couvertes par l'assureur les suites et conséquences des événements suivants :

- actes intentionnels de l'assuré ou du bénéficiaire de la garantie,
- guerres civiles ou étrangères, participation à des émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, grèves, rixes, agressions, à des actions ayant pour but de porter atteinte aux personnes ou aux biens, sauf cas de légitime défense,
- accidents et événements nucléaires ou résultant de la manipulation d'explosifs par l'assuré,
- l'usage par l'assuré, soit de stupéfiants, de substances hallucinogènes, soit de médicaments en dehors d'une prescription médicale. Les suites et conséquences de l'usage de médicaments sont garanties dès lors que la prescription médicale est strictement respectée par l'assuré,
- les accidents de l'assuré, en tant que conducteur, sous l'emprise d'un état alcoolique constaté par un taux d'alcoolémie pour lequel un conducteur pourrait faire l'objet d'une sanction pénale,
- la participation à des paris, des tentatives de records,
- 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,
- la pratique des sports suivants :
 - sports à titre amateur rémunéré,
 - voile ou yachting en compétition,
 - sports de combat,
 - sports aériens et tout sport nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant,
 - saut à l'élastique,
 - spéléologie, alpinisme, trekking en montagne, escalade,
 - plongée sous-marine à une profondeur supérieure à 20 mètres.

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 exclusions de la pratique d'un ou plusieurs sports indiqués ci-dessus peuvent être supprimées ou adaptées après étude et sous réserve d'appréciation par l'assureur, moyennant une éventuelle surprime complémentaire.

➤ Pour la garantie décès, est exclu :

- le suicide s'il survient au cours de la première année d'assurance, sauf 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.

➤ Pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie, arrêt de travail, sont exclus :

- les suites et conséquences d'accidents ou de maladies antérieurs à l'admission,
- les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'assuré, ou d'une tentative de suicide.

➤ Pour la garantie arrêt de travail et, sont exclus :

- les arrêts de travail correspondant à la période de congé légal de maternité de la Sécurité Sociale, que vous y soyez ou non assujettie,
- les arrêts de travail résultant :
 - d'une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'affection psychiatrique, neuropsychiatrique, ou psychique, sauf si une hospitalisation de plus de 30 jours

continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou si vous avez été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,

- de 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.

10. CONTROLE MEDICAL 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 et l'invalidité 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 et la perte d'emploi, 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 sera réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord sur la liste des médecins experts membres de la FFAMCE, Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts. 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 de Niort qui désignera un expert figurant sur l'annuaire des médecins adhérant à la FFAMCE.

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

11. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge atteint chaque année et du capital restant dû. En outre, la cotisation est fixée en fonction de votre activité professionnelle, de votre situation de fumeur ou non-fumeur, des risques sportifs et médicaux déclarés, de la quotité choisie et des caractéristiques de chaque prêt.

Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû à la date anniversaire du point de départ du prêt, compte-tenu de la quotité assurée. Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'assuré.

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement. Cependant, vous pouvez choisir une autre périodicité lors de votre adhésion.

Les cotisations sont mises en prélèvement par CBP Solutions à partir de la date d'effet des garanties. 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 la souscription : capital, durée, taux d'intérêt. En cas de sinistre, les prestations seront payées sur la base de l'échéancier du prélèvement de cotisations.

La cotisation peut être révisée par l'assureur immédiatement en cas de modification législative ou réglementaire.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'assuré une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L141-3 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 des garanties arrêt de travail, vous continuez à régler le montant des cotisations pour les garanties. En revanche, l'ensemble de ces cotisations vous est 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.

12. CHANGEMENT DANS LA SITUATION DE L'ASSURE

L'assuré bénéficiant du tarif non-fumeur, est tenu d'informer CBP Solutions s'il se met à fumer en cours de contrat, même occasionnellement. À défaut, l'assureur se réserve le droit de réviser les conditions de garanties.

De même, l'assuré devenant non-fumeur au sens du contrat doit avertir l'assureur pour bénéficier du tarif non-fumeur.

A défaut, l'assureur pourra appliquer les sanctions des articles L113.8 ou L113.9 du Code des assurances, articles rappelés dans l'article 2 de cette notice.

Dans le cas de la désolidarisation de l'un des emprunteurs, suite à une procédure de divorce, l'augmentation de la qualité 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 qualité.

13. MODIFICATION DES GARANTIES ET DES QUOTITES

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

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

14. PARTICIPATION AUX BENEFICES – Dispositions relatives aux garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le Directoire décide de l'affectation de la participation aux bénéfices techniques et financiers que MAAF VIE réalise, après dotation et reprise aux réserves et provisions légales et réglementaires, obligatoires ou facultatives, conformément aux dispositions des articles A. 331-3 à A. 331-5 du Code des assurances.

La participation aux bénéfices est calculée par MAAF VIE pour les garanties d'assurance sur la vie de toute nature qu'elle assure.

Lorsque le Directoire de MAAF VIE décide d'affecter tout ou partie de la participation aux bénéfices techniques et financiers aux adhésions au présent contrat, cette participation prend la forme d'une ristourne des cotisations appelées au titre de la garantie décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

15. PRESCRIPTION

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 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 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 dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding 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.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil précités.

16. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 : vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant ; ces informations sont destinées à MAAF Assurances, responsable du traitement, aux assureurs MAAF Assurances SA et MAAF VIE et à leur prestataire CBP Solutions à des fins de gestion et de suivi de vos contrats, d'analyse et d'exploitation commerciale ; elles pourront être transmises aux entités du Groupe Mutuel MAAF et aux partenaires contractuellement liés. Vous disposez du droit de vous opposer à ce que ces données soient transmises à des tiers. Si vous souhaitez exercer vos droits ou obtenir des informations complémentaires, il vous suffit d'écrire à MAAF, Coordination Informatique et Libertés - Chauray-79036 Niort Cedex 9.

17. ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR ET CUMUL DES GARANTIES

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.

18. DECLARATION DE SINISTRE ET PIECES A FOURNIR

Destinataire de la déclaration

Le sinistre doit être déclaré au gestionnaire par courrier à :

CBP Solutions

BP 11615

44016 NANTES CEDEX 1

Orias n°07 009 030 – www.orias.fr

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

Pièces à fournir :

En cas de décès

- un certificat médical et 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

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

- 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.

19. FACULTE DE RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion et être remboursé intégralement de la prime 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^{ème} 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 n° XXXX au contrat N° 02112 Assuranc e Crédit MAAF

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 afin de l'informer que vous avez exercé votre droit de renonciation à son adhésion.

La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

20. DISPOSITIONS PARTICULIERES EN CAS DE VENTE A 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 – BP 11615 - 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 adhésion n° XXXX au contrat N° 02112 Assuranc e Crédit MAAF 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'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'affiliation 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.**

21. INFORMATION DES ASSURES

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.

21.1 PROCEDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Vous pouvez également formuler une réclamation en contactant :

CBP Solutions
Service Réclamations
BP 11615 – 44016 NANTES CEDEX 1
Tél. : 0 972 670 050

CBP Solutions s'engage à en accusé réception dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à vous apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si les réponses apportées par CBP ne satisfont pas votre attente, vous pouvez écrire à :

MAAF Assurances, service Relations clientèle.
Chaban de Chauray
79036 Niort Cedex 9

qui s'engage à accuser réception de votre demande dans les deux jours ouvrables suivant sa réception et à vous apporter une réponse au maximum dans les 10 jours ouvrés.

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 – Tél. 01 55 04 16 00 et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

21.2 L'AUTORITE DE CONTROLE

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

MAAF Assurances : Société d'assurance mutuelle à cotisations variables – Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 781 423 280.

Siège social : Chauray, 79036 Niort cedex 9

MAAF VIE : Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 65 385 600 €. RCS Niort 337 804 819. Société d'assurance sur la vie.

Siège social : Chauray, 79087 Niort cedex 9

MAAF Assurances SA : Société anonyme à conseil d'administration au capital de 160 000 000 € entièrement versé. RCS Niort 542 073 580

Siège social : Chauray, 79036 Niort cedex 9

LEXIQUE

Accident :

Par accident, il faut entendre une atteinte corporelle résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de votre volonté.

Assuré :

Personne physique sur la tête de laquelle reposent les garanties.

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.

Conjoint collaborateur : personne travaillant avec son conjoint, déclarée comme telle auprès du Centre de Formalité des Entreprises (CFE).

Consolidation :

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé, le moment à partir duquel, après avoir utilisé toutes les ressources médicales, il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de votre état de santé.

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 d'information, de la demande d'adhésion, du questionnaire de santé, de l'attestation d'assurance, de la délégation de bénéfice, des formalités médicales, 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.

Franchise :

Période consécutive à un arrêt de travail total et continu pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. La prise en charge par l'assureur débute à l'issue de la période de franchise.

Inactif : personne sans activité professionnelle, qui n'est ni en emploi, ni au chômage.

Maladie :

Altération de l'état de santé d'origine non accidentelle, médicalement constatée.

Nullité :

Annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (sanction de l'article L113-8 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 dont le capital est remboursé au terme du prêt en une seule fois.

Quotité :

Pourcentage des prestations garanties choisies par l'assuré.

Rechute :

Nouvel arrêt de travail résultant de la même cause que le précédent et intervenant après une reprise d'activité inférieure à 6 mois.

Sinistre :

Évènement susceptible de mettre en jeu les garanties.