

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE N°90.216

Présenté et souscrit par le Crédit du nord ou ses filiales en leur qualité de courtier d'assurance, dénommé le Souscripteur, auprès de Sogécap dénommé l'Assureur, et géré par AON France, dénommé le Gestionnaire, agissant sous mandat de l'Assureur.

Important La Notice d'Information de votre adhésion est un document juridique essentiel. Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants.

1. Objet du contrat

Le contrat d'assurance a pour objet de garantir l'emprunteur, coemprunteur ou caution contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité de Travail avant le remboursement intégral de leur dette.

L'adhésion au contrat d'assurance prévoit deux options selon la situation de la personne à assurer :

- **Option 1** : les risques Décès et PTIA;
- **Option 2** : les risques Décès, PTIA et Incapacité de Travail (Incapacité Temporaire Totale et Incapacité Permanente).

2. Prêts Garantis

Sont garantis les prêts Immobiliers en euros consentis par le Souscripteur, à savoir :

- PRETS AMORTISSABLES,
- PRETS A TAUX ZERO,
- PRETS RELAIS,
- PRETS REMBOURSABLES AU TERME (IN FINE).

L'assurance est également étendue aux Prêts Immobiliers amortissables et remboursables au terme (y compris prêts relais) réalisés en devises, dans les conditions similaires à celles en place pour les prêts amortissables et les prêts remboursables au terme, réalisés en euros, complétées par les dispositions suivantes :

- Le montant initial du prêt (qui figurera sur le Bulletin d'adhésion) ainsi que le tableau d'amortissement correspondant seront convertis en euros à la date d'octroi du prêt, selon le barème contre-valeur en vigueur à cette date (il s'agit du barème retenu par le Souscripteur pour déterminer le prix de vente de la devise considérée),
- Le montant des cotisations et des prestations seront exprimés en euros en fonction de ce même barème contre-valeur, qui restera valable pendant toute la durée du prêt et ne sera en aucun cas actualisé.

3. Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer toutes personnes physiques âgées de moins de 70 ans (moins de 65 ans pour l'option 2) lors de leur demande d'adhésion et :

- qui résident sur le territoire français ou monégasque,
- ou qui résident à l'étranger et souscrivent un prêt afin d'acheter ou de financer des travaux pour leur bien immobilier situé en France ou à Monaco,

et qui agissent :

- soit en leur nom propre en qualité d'emprunteur, de conjoint ou concubin notoire de l'emprunteur, ou de caution solidaire de l'emprunteur,
- soit pour le compte d'une personne morale souscripteur de l'opération de prêt, en qualité d'associés, de dirigeants de droit ou de cautions internes.

Seule la garantie Décès pourra être accordée dans le cadre des opérations de prêts consenties aux personnes physiques résidant à l'étranger.

Toute personne assurable doit, à la date de signature de l'offre ou du contrat de prêt, satisfaire aux conditions d'admission figurant sur le Bulletin d'adhésion à l'assurance.

Quotité Garantie : Dans le cas d'une seule personne assurée, celle-ci est couverte à concurrence de 100%. Dans les autres cas, les garanties et les cotisations peuvent être réparties entre chaque individu selon la quotité déclarée correspondant à l'engagement de chacun.

Il peut toutefois être dérogé à cette règle suivant le souhait de la contractante.

4. Formalités d'admission

Chaque personne à assurer doit simultanément à la demande d'obtention de l'opération de prêt, satisfaire aux formalités qui lui sont demandées en fonction des montants garantis et de son état de santé.

Après examen des pièces médicales et financières, l'Assureur peut :

- accorder l'assurance aux conditions normales,
- restreindre les garanties,
- accorder l'assurance moyennant une cotisation majorée et formuler le cas échéant des restrictions de garanties,
- refuser ou ajourner l'admission de la personne à assurer.

Chaque personne ayant été acceptée, acquiert alors la qualité d'Assuré aux conditions notifiées par l'Assureur.

Après acceptation des pièces médicales par l'Assureur, la signature de l'acte de prêt doit intervenir dans un délai de six mois. Si cette condition n'est pas remplie, l'Assuré doit satisfaire à nouveau aux formalités décrites ci-avant.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances. Dans ce cas, les cotisations perçues restent acquises à l'Assureur. La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion. Néanmoins, et conformément aux dispositions de l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatations avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatations après sinistre.

5. Date d'effet des garanties

Sous réserve de la signature du Bulletin d'adhésion de la personne à assurer, les garanties prennent effet :

- à la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'emprunteur pour les opérations de prêt régies par les articles L.312-1 et suivants du Code de la consommation,
- à la date de signature du contrat de l'opération de prêt par l'emprunteur pour toutes les autres opérations de prêts.

Toutefois, à compter de la prise d'effet, seuls les risques consécutifs à un accident sont garantis.

Cette couverture accidentelle n'est étendue aux risques consécutifs à une maladie qu'à la date d'acceptation notifiée par l'Assureur

A défaut d'acceptation des risques résultant d'une maladie, la couverture partielle des risques accidentels cesse automatiquement à la date de refus ou d'ajournement notifié par l'Assureur.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et involontaire d'une cause extérieure, à l'exclusion des conséquences de toutes maladies, de commotions nerveuses ou de chocs émotionnels.

6. Bénéficiaires

Le Souscripteur est bénéficiaire acceptant à concurrence des sommes dues en cas de Décès ou de PTIA.

L'Assuré est bénéficiaire à concurrence des sommes dues, en cas d'Incapacité de Travail.

7. Définition des garanties

7.1. Garantie Décès

Est couvert le décès de l'Assuré consécutif à un accident ou à une maladie sous réserve des exclusions prévues au chapitre "12. RISQUES EXCLUS EN CAS DE DECES".

7.2. Garantie PTIA

Est considéré en PTIA,

- dans le cas d'un Assuré salarié et assujéti à la Sécurité sociale : un Assuré reconnu atteint par la Sécurité sociale d'une incapacité permanente d'un taux égal à 100% avec en outre, majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer) s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3ème catégorie.
- dans le cas d'un Assuré non salarié ou non assujéti à la Sécurité sociale : un Assuré reconnu atteint par un médecin-expert désigné par l'Assureur, totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit (Assuré présentant un taux d'incapacité égal à 100%). En outre, son état doit nécessiter l'aide constante d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

Le taux d'incapacité est apprécié par l'application des mêmes dispositions que pour l'Incapacité Permanente Totale.

Remarque : L'Assureur se réserve le droit de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés.

7.3. Garanties Incapacité de Travail

Les garanties incapacité de travail s'exercent à condition que :

- l'état de santé de l'Assuré n'ait pas déjà entraîné la reconnaissance de l'ATIA
- l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non salariée) au jour du sinistre.

L'Assuré est réputé en Incapacité de Travail, s'il remplit l'un des critères suivants :

■ Incapacité Temporaire Totale

L'Assuré, salarié ou non, est en état d'Incapacité Temporaire Totale lorsqu'il est dans l'impossibilité physique complète, constatée médicalement, d'exercer une quelconque activité pouvant lui procurer salaire, gain ou profit, à condition qu'au 1er jour d'arrêt de travail, l'Assuré exerce une activité professionnelle. Cet état cesse au jour de reconnaissance de l'Incapacité Permanente (quelle qu'elle soit) et au plus tard au terme d'une période de 1 095 jours continus d'arrêt de travail.

■ Incapacité Permanente Totale

- S'agissant d'un Assuré salarié et assujéti à la Sécurité sociale, l'Assuré doit être reconnu atteint par la Sécurité sociale d'une incapacité d'un taux au moins égal à 66% (100% si l'Assuré est assujéti à la Mutualité Sociale Agricole) s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 2^{ème} catégorie dans les autres cas.
- S'agissant d'un Assuré non salarié ou non assujéti à la Sécurité sociale, l'Assuré doit être en outre reconnu, par un médecin-expert désigné par l'Assureur, atteint d'un taux d'incapacité au moins égal à 66%.

Il est précisé que les pièces émanant de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ou de tout autre organisme professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'incapacité permanente totale.

Si l'Assuré est assujéti à la M.S.A (Mutualité sociale agricole), il doit en outre être reconnu par cet organisme dans la catégorie des invalides à 100% pour permettre un classement en état d'incapacité permanente totale.

■ Incapacité Permanente Partielle

- S'agissant d'un Assuré salarié et assujéti à la Sécurité sociale, l'Assuré doit être reconnu atteint par la Sécurité sociale d'une incapacité d'un taux d'incapacité permanente compris entre 33% et 66% s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 1^{ère} catégorie dans les autres cas. S'agissant d'un Assuré classé parmi les invalides de 1^{ère} catégorie, il doit en outre être reconnu atteint par un médecin-expert désigné par l'Assureur d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%.
- S'agissant d'un Assuré non salarié ou non assujéti à la Sécurité sociale, l'Assuré doit être en outre reconnu, par un médecin-expert désigné par l'Assureur, atteint d'un taux d'incapacité compris entre 33% et 66%.

S'il est assujéti à la Mutualité Sociale Agricole, il doit en outre être reconnu par cet organisme dans la catégorie des invalides aux 2/3.

Remarque : L'Assureur se réserve le droit de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés.

Appréciation du taux d'incapacité

Le taux contractuel d'Incapacité de Travail qui détermine le droit aux prestations et leur montant est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. Ces taux sont appréciés par le Médecin-Expert de l'Assureur conformément au tableau ci-dessous.

Le taux d'INCAPACITE FONCTIONNELLE est établi en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'INCAPACITE PROFESSIONNELLE tient compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice, des aptitudes et des possibilités d'exercice restantes.

Le tableau figurant ci-après, qui indique les taux résultants des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle, est celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives.

Crédit du Nord

Taux d'incapacité professionnelle	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20%			31,75	36,59	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30%		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40%	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,66
50%	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,38
60%	28,85	37,80	45,79	53,17	60,00	66,42	72,69	78,62	84,24
70%	30,37	39,79	48,20	55,99	63,16	69,99	76,62	82,99	89,09
80%	31,75	41,60	50,40	58,48	66,00	72,99	79,62	86,00	92,14
90%	33,02	43,27	52,42	60,00	67,62	75,00	82,14	89,09	95,88
100%	34,20	44,81	54,29	63,00	70,62	78,14	85,62	92,99	100,00

8. Cessation des garanties

Les garanties prennent fin :

- au plus tard au 31 décembre qui suit :
 - son 75^{ème} anniversaire en ce qui concerne les garanties décès,
 - son 60^{ème} anniversaire en ce qui concerne la PTIA,
 - son 65^{ème} anniversaire en ce qui concerne les garanties Incapacité de Travail ;
- à la date de sa mise en préretraite ou retraite, qu'elle qu'en soit la cause en ce qui concerne les garanties PTIA et Incapacité de Travail ;
- à la date d'exigibilité anticipée du prêt prononcée par le Souscripteur ;
- en cas de non-paiement des cotisations (dans les conditions visées à l'article 16) ;
- à la date à laquelle cessent les engagements de l'emprunteur envers le Souscripteur, c'est-à-dire :
 - à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un sinistre par l'Assureur,
 - au remboursement total et définitif de l'opération de prêt concernée, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale théorique prévue à l'origine ou par anticipation ;
- à l'échéance finale prévue à l'origine de l'opération de prêt concernée.

9. Formalités et délais de déclaration en cas de sinistre

Les sinistres doivent être déclarés à votre agence bancaire dans les meilleurs délais, qui se chargera de la déclaration auprès du Gestionnaire. Ce dernier vous indiquera la liste des pièces justificatives à fournir.

Vous disposez d'un délai de 180 jours à compter du premier jour d'arrêt de travail pour déclarer et fournir les pièces justificatives à l'Assureur. Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'arrêt de travail, dans un délai de 90 jours. Passés les délais de déclaration du sinistre défini ci-dessus, l'Assureur règlera les sommes dues à compter de la date de déclaration, sans application du délai de franchise pour la garantie Incapacité de Travail, sous réserve des délais de prescription légaux (art. L 114-1 et suivants du Code des assurances). Ils ne donneront lieu à aucun paiement si la déclaration est effectuée après la date de reprise de travail même partielle, ou postérieurement à la fin du prêt.

L'Assuré reste tenu de rembourser les sommes dues au Souscripteur jusqu'au versement des prestations et même au-delà en cas de paiement partiel par l'assureur. L'Assureur remboursera les sommes qui sont dues.

Par ailleurs, toute déclaration de sinistre comportant une réticence ou une fausse déclaration intentionnelle pourra entraîner la déchéance du droit à l'assurance.

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance en application des articles L 114-1 et suivants du Code des assurances. Cette prescription est portée à 5 ans pour les résidents d'Alsace et de Moselle.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est portée à 10 ans pour les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur de l'assurance (contractante ou emprunteur).

10. Prestations

Dispositions applicables à toutes les garanties :

~~Aux prestations prévues ci-après sont appliquées les coefficients correspondants à la quotité reposant sur la tête de l'assuré.~~

Lorsque plusieurs personnes physiques sont assurées au titre d'une même opération de prêt, le montant total des prestations versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de sinistres, le montant des sommes dues pour une quotité de 100%.

Pour la garantie "Décès"

Les prestations garanties par l'Assureur s'expriment sous forme d'un capital déterminé comme suit :

OPERATION DE PRET	MONTANT DES PRESTATIONS
PRET AMORTISSABLE	■ Pendant le différé d'amortissement 100% du CAPITAL INITIAL, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès. ■ Pendant la phase d'amortissement 100% du CAPITAL RESTANT DU au jour du décès conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré du montant des intérêts courus et non échus à cette date.
PRET REMBOURSABLE AU TERME (Y COMPRIS PRET RELAIS)	100% du CAPITAL INITIAL, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès.

En cas d'échéances progressives, si le décès survient après la date de déblocage des fonds, la prestation est majorée du montant des intérêts compensatoires. Aucune majoration au titre des intérêts n'est appliquée si l'Assuré bénéficie, à la date de son décès, de la garantie Incapacité de Travail avec prise en charge desdits intérêts.

Cas particuliers des prêts à déblocages successifs

Pour les prêts à déblocages successifs des fonds, la prestation versée est majorée (pendant la période de déblocage) du montant non déblocué.

Le montant versé au Souscripteur correspond à la seule partie déblocuée au jour du sinistre.

Le solde, correspondant à la différence entre les sommes dues au Souscripteur et le capital assuré, est versé aux bénéficiaires désignés ci-après :

- en premier lieu : à l'emprunteur (en présence de coemprunteur : aux coemprunteurs vivants, par parts égales),
- à défaut : au conjoint de l'emprunteur non séparé de droit,
- à défaut : aux enfants nés ou à naître de l'emprunteur, vivants ou représentés, par parts égales,
- à défaut : aux père et mère de l'emprunteur, par parts égales,
- à défaut : aux héritiers de l'emprunteur.

Sur simple demande écrite, datée et signée par lui, tout emprunteur conserve la faculté de changer lors de son admission ou en cours de contrat, ces bénéficiaires désignés, et ce, dans la limite des articles L.132-8 (assurance au profit d'un bénéficiaire déterminé) et L.132-9 (révocation et acceptation du bénéficiaire) du Code des assurances.

Pour la garantie "PTIA"

L'Assureur effectue par anticipation, le versement prévu en cas de décès. Son montant est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de PTIA.

Pour les garanties "Incapacité de Travail"

Si l'Assuré est atteint d'une Incapacité Temporaire Totale ou d'une Incapacité Permanente de plus de 90 jours consécutifs (franchise déduite), l'Assureur verse les prestations dans les conditions suivantes :

OPERATION DE PRET	MONTANT DES PRESTATIONS
PRET AMORTISSABLE ou REMBOURSABLE AU TERME (à l'exclusion des PRETS RELAIS)	■ Incapacité Temporaire Totale et Incapacité Permanente Totale 100% des échéances dues. ■ Incapacité Permanente Partielle (N-33)/33 fois le montant de l'indemnité prévue au titre de l'Incapacité Permanente Totale (N étant le taux d'incapacité reconnu défini en 7.3)

Les prestations sont calculées à compter du 91ème jour d'arrêt complet et continu, au prorata du nombre de jour pour la première et dernière échéance à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours), et sont réglées au plus tôt à l'échéance suivante. Pendant la phase de différé et pour les prêts remboursables au terme (à l'exclusion des prêts relais), seules les échéances d'intérêts dus sont prises en charge par l'Assureur.

En cas de reprise de travail à mi-temps thérapeutique au terme d'une indemnisation d'une durée de 30 jours, l'Assureur prend en charge 50% des échéances dans la limite de la quotité assurée.

Dispositions spéciales applicables aux prêts amortissables "Libertimmo"

Pour déterminer le montant des prestations, le tableau d'amortissement à prendre en considération est celui en vigueur à la date de l'événement ouvrant droit à ces prestations. Toute modification du montant des échéances ou de la durée de prêt, se situant pendant une période d'arrêt de travail, ne sera pas prise en considération par l'Assureur dès lors que cet aménagement résulte du seul fait de l'Assuré.

Toutefois, si cet aménagement, qu'il s'agisse du montant des échéances ou de la durée, est directement impliqué par le mode même de fonctionnement du prêt et qu'il est prévu dès sa mise en place (taux d'intérêt variable et/ou déblocage successifs des fonds), il sera pris en considération par l'Assureur pour déterminer le montant des prestations.

Dispositions spéciales applicables au Crédit Global Immobilier :

Pour déterminer le montant des prestations, le tableau d'amortissement à prendre en considération est celui en vigueur à la date de l'événement ouvrant droit à ces prestations. Toute modification du montant des échéances ou de la durée de prêt, se situant pendant une période d'arrêt de travail, ne sera pas prise en considération par l'Assureur, à l'exception de celle consécutive au remboursement des sommes avancées provenant de la vente de l'ancien bien de l'emprunteur.

Ce remboursement partiel entraînera la modification du nombre d'échéance avec maintien du montant des échéances prévues après la vente. En aucun cas, le remboursement anticipé partiel du capital intervenant pendant une période d'arrêt de travail n'est pris en charge par l'Assureur.

Rechute : Si l'Assuré est victime d'une rechute provenant d'un même accident ou de la même maladie survenant après une reprise d'activité professionnelle inférieure à 90 jours, celle-ci ne sera pas considérée comme un nouveau sinistre. En conséquence, il ne sera pas fait application de la franchise de 90 jours.

Une rechute survenant plus de 90 jours après une reprise d'activité professionnelle sera considérée comme un nouveau sinistre. En conséquence, il sera à nouveau fait application de la franchise de 90 jours.

11. Cessation des prestations

En plus des cas de cessation des garanties, les prestations pour Incapacité de Travail cessent :

- en cas d'interruption de versement des prestations espèces de la Sécurité sociale, si l'Assuré est affilié à cet organisme,
- à la date de reprise totale ou partielle (hors mi-temps thérapeutique) d'une activité professionnelle ou de formation ;
- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf en cas fortuit ou force majeure) ;
- en cas de mise en jeu de la garantie PTIA ouvrant droit, par anticipation, au versement unique prévu en cas de décès ;

Lorsque l'Assuré ne fournit plus les pièces nécessaires, les prestations prennent fin à la date figurant sur le dernier justificatif.

12. Risques exclus en cas de Décès

- Le suicide de l'Assuré est couvert uniquement lorsqu'il survient à l'expiration d'un délai d'un an d'assurance au titre de chaque adhésion, sauf cas prévus par l'article L.132-7 du Code des assurances issu de la loi n°2001-1135 du 3 décembre 2001 (cette exclusion ne s'applique pas à l'Assuré titulaire d'un prêt destiné à l'acquisition d'un logement principale dans la limite fixée par décret).
- Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne ne sont pas couverts que si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée correspondant au type d'appareil utilisé.
- Les risques liés aux compétitions, démonstrations, records et tentatives de records aériens, au vols d'acrobatiques, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols à voile, vols en prototype, montgolfières, dirigeables, deltaplane, parapente, U.L.M et parachute sous toutes ses formes (sauf en cas de saut dû à la situation critique de l'appareil).
- Les risques résultant de fait de guerre ne peuvent être couverts que selon les dispositions déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

13. Risques exclus en cas de PTIA

Outre les exclusions prévues en cas de décès, sont exclues les suites et conséquences résultant :

- des faits intentionnellement causés par l'Assuré ;
- de rechutes et récidives de maladie ou d'accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties ou de maladie ou d'accident déclarés ou non sur le questionnaire de santé.

14. Risques exclus en cas d'Incapacité de Travail

Outre les exclusions prévues en cas de décès et PTIA, les conséquences résultant :

- des affections psychiatriques, neuropsychiatriques, des dépressions nerveuses ou autre(s) trouble(s) psychique(s), sauf si ils ont nécessité une hospitalisation (hormis hospitalisation jour) en milieu psychiatrique de plus de 7 jours continus ;
- des affections rachidiennes, discales ou vertébrales, des lombalgies, des sciatiques, des hernies discales, des dorsalgies, des cervicalgies, des sacrocoxalgies, quelle qu'en soit la cause ou l'origine, sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale ;
- de l'ivresse (état attesté par une alcoolémie égale ou supérieure au taux fixé par la législation en vigueur au titre du Code de la route), de l'alcoolisme ou de l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non prescrits médicalement ;
- de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel ainsi que de sa participation à des compétitions, matches ou paris comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcations à moteur, à des tentatives de records, à des essais préparatoires ou de réception d'un engin, à des acrobaties ;
- d'accident de navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouve à bord en qualité de personnel navigant, et à titre professionnel ou commercial ;
- de fait de guerre civile ou étrangère, d'utilisation d'engin ou d'arme de guerre et la pratique d'activités militaires – exception faite du personnel de réserve et uniquement en cas d'exercice de remise à niveau ou de perfectionnement ;
- d'émeutes, de mouvements populaires, de rixes (sauf en cas de légitime défense), d'actes de terrorisme ou de sabotage (lorsque l'Assuré y prend une part active), ces actes étant assimilés à la guerre civile en ce qui concerne la charge de la preuve ;
- des suites et conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation de la radioactivité provenant de transmutation de noyau d'atome ;
- des arrêts de travail dus au congé légal de maternité (que l'Assurée soit assujettie ou non à la Sécurité sociale).

15. Contrôle

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de :

- demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier ;
- contrôler les déclarations qui lui sont faites ;
- ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés ;
- faire contrôler et/ou expertiser, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera ;
- de convoquer l'Assuré en France métropolitaine pour contrôler toute PTIA ou Incapacité de Travail. Dans ce cas, les frais de transport (hors France métropolitaine) sont à la charge de l'Assureur.

Dès lors, la prise en charge des prestations sera suspendue jusqu'à obtention du rapport d'expertise médicale.

Si le contrôle ou l'expertise n'a pu être effectué du fait intentionnel de l'Assuré, cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation.

En cas de contestation d'ordre médical entre Assureur et Assuré, les parties pourront convenir de s'en remettre à un tiers arbitre médecin, qui faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Chaque partie réglera les honoraires de son médecin. Ceux du 3^e médecin, ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination seront supportés par chacune des parties par parts égales.

Les documents pourront être adressés, sous pli confidentiel, au Médecin Conseil de l'Assureur : AON France – 28 allée de Bellevue 16 918 ANGOULEME CEDEX.

16. Cotisation

La cotisation est calculée en fonction des garanties reposant sur la tête de l'Assuré et des conditions d'admissibilité, elle ne subit pas de réduction et continue d'être basée sur le même taux, même s'il y a cessation de certaines garanties, la totalité de la cotisation étant affectée aux autres garanties.

Le taux de cotisation annuel est indiqué dans l'offre ou contrat de prêt et s'applique sur le capital initial assuré.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, le Souscripteur adresse à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du ou des contrat(s) et la cessation des garanties, conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances.

17. Réclamation et Médiation

Si un désaccord persistait après la réponse de l'Assureur, l'Assuré pourra demander l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance. Les conditions d'accès à ce médiateur lui seront communiquées sur simple demande à l'Assureur ou au gestionnaire concerné.

Pour ce faire, un courrier indiquant le numéro d'adhésion et/ou d'affiliation est à adresser au Gestionnaire: AON 28 Allée de Bellevue 16918 ANGOULEME CEDEX 9.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

18. Protection des données à caractère personnel

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires pour permettre l'adhésion et la gestion de l'assurance et, qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont les responsables sont le Crédit du nord ou ses filiales et Sogécap, chacune pour ce qui les concerne, ce qu'acceptent les personnes sur lesquelles portent les données. Ces données pourront être utilisées pour les besoins de l'adhésion et de la gestion de l'assurance par le Crédit du nord ou ses filiales et Sogécap, les prestataires et partenaires auxquels elles sont contractuellement liées ; elles pourront être également utilisées pour les actions commerciales du Crédit du nord ou ses filiales et des sociétés du groupe auquel elles appartiennent. Elles pourront également être communiquées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales ou réglementaires.

Les personnes sur lesquelles portent les données acceptent que celles-ci soient exploitées et/ou communiquées selon les modalités précisées ci-avant. Les personnes sur lesquelles portent les données auront le droit d'en obtenir communication auprès du Crédit du nord ou ses filiales et Sogécap, d'en exiger, le cas échéant, la rectification, de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale.

Pour ce faire, un courrier indiquant le numéro d'adhésion et/ou d'affiliation est à adresser au Service Relations Clients de Sogécap: 42, boulevard Alexandre Martin 45057 ORLÉANS Cedex 1.

19. Généralités

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français.

Le cas échéant, l'Assuré bénéficie au titre de la présente convention de Fonds de Garantie des Assureurs de personnes, dans les limites de la réglementation applicable.



CREDIT DU NORD

Société anonyme au capital de 890 263 248 euros
RCS Lille 456 504 851 Code APE-NAF (entreprise) : 6419Z
Numéro de TVA intracommunautaire : FR83 456 504 851
Siège social : 28, place Rihour - 59800 Lille
Siège central : 59, boulevard Haussmann - 75008 Paris

Société de courtage d'assurances

Cet intermédiaire, ainsi que les établissements de crédit du Groupe Crédit du Nord sont immatriculés à l'ORIAS sous les Numéros :

Banque CREDIT DU NORD : 07 023 739
Banque LAYDERNIER : 07 023 972
Banque RHONE ALPES : 07 023 988
Banque KOLB : 07 023 859
Banque TARNEAUD : 07 023 953
Banque NUGER : 07 023 937
Banque COURTOIS : 07 023 867

SOCIÉTÉ MARSEILLAISE DE CRÉDIT : 07 019 457

Registre tenu par l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires d'Assurance (ORIAS),
dont le siège social est situé 1, rue Jules Lefebvre - 75009 Paris.

Ce registre est librement accessible au public sur le site www.orias.fr

SOGECAP,

Société Anonyme d'Assurance sur la Vie et de Capitalisation, au capital de 1 168 305 450 euros entièrement libéré,
régie par le Code des Assurances - 086 380 730 R.C.S. Nanterre.
Siège social : 50 avenue du Général de Gaulle - 92093 PARIS La Défense Cedex

SOGECAP et CREDIT DU NORD
sont des filiales de la SOCIÉTÉ GÉNÉRALE.

AON FRANCE

Société de courtage d'assurance et de réassurances
Immatriculée au Registre Unique des Intermédiaires d'Assurances sous le n° 07 001 560
SA au capital de 46 027 140 euros- 414 572 248 RCS Paris
Siège social : 31-35 rue de la Fédération | 75717 Paris Cedex 15

Autorité de Contrôle Prudentiel
61 rue Taitbout - 75009 Paris.