

# NOTICE D'INFORMATION

Solution Assurance  
Emprunteur



**PRÉVOIR**  
Assureur Solutions Vie

# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE À ADHÉSION FACULTATIVE SOLUTION ASSURANCE EMPRUNTEUR

<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>3</b>
<b>1. OBJET DU CONTRAT</b> .....	<b>4</b>
<b>2. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION</b> .....	<b>4</b>
2.1 // CONDITIONS D'ADHÉSION .....	4
2.2 // CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS ASSURABLES .....	4
2.3 // FORMULES DE GARANTIES .....	4
2.4 // QUOTITÉ ASSURÉE .....	4
2.5 // FORMALITÉS D'ADHÉSION .....	4
<b>3. CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ)</b> .....	<b>5</b>
<b>4. CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE</b> .....	<b>5</b>
4.1 // CONCLUSION DE L'ADHÉSION .....	5
4.2 // DURÉE DE L'ADHÉSION .....	5
<b>5. DATE D'EFFET DES GARANTIES</b> .....	<b>5</b>
<b>6. DÉFINITION DES GARANTIES DU CONTRAT</b> .....	<b>6</b>
6.1 // DÉCÈS .....	6
6.2 // PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) .....	6
6.2.1 // DÉFINITION .....	6
6.2.2 // PRESTATIONS GARANTIES .....	6
6.3 // INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) .....	6
6.3.1 // DÉFINITION .....	6
6.3.2 // PRESTATIONS GARANTIES .....	7
6.3.3 // LIMITATION DES PRESTATIONS .....	7
6.3.4 // CESSATION DES PRESTATIONS .....	7
6.4 // INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) .....	7
6.4.1 // DÉFINITION .....	7
6.4.2 // PRESTATIONS GARANTIES .....	8
6.4.3 // LIMITATION DES PRESTATIONS .....	8
6.4.4 // CESSATION DES PRESTATIONS .....	8
6.5 // INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) .....	8
6.5.1 // DÉFINITION .....	9
6.5.2 // PRESTATIONS GARANTIES .....	9
6.5.3 // LIMITATION DES PRESTATIONS .....	9
6.5.4 // CESSATION DES PRESTATIONS .....	9
6.6 // INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE (IP) .....	9
6.6.1 // DÉFINITION .....	9
6.6.2 // PRESTATIONS GARANTIES .....	9
6.7 // GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (GIS) .....	9
6.8 // EXONÉRATION DES COTISATIONS .....	10

<b>7. EXCLUSIONS</b>	<b>10</b>
<b>8. CESSATION DES GARANTIES</b>	<b>11</b>
<b>9. COTISATIONS</b>	<b>11</b>
9.1 // CALCUL DES COTISATIONS	11
9.2 // PAIEMENT DES COTISATIONS	11
9.3 // CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	11
<b>10. MODIFICATIONS DES GARANTIES ET/OU QUOTITÉ</b>	<b>12</b>
<b>11. LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ</b>	<b>12</b>
11.1 // IRRÉVOCABILITÉ DES GARANTIES	12
11.2 // MODIFICATIONS DES CARACTERISTIQUES DU FINANCEMENT	12
<b>12. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE</b>	<b>12</b>
12.1 // PIÈCES À FOURNIR	12
12.2 // DÉLAI DE DÉCLARATION	13
<b>13. CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE</b>	<b>13</b>
13.1 // CONTRÔLE MÉDICAL	13
13.2 // ARBITRAGE	13
<b>14. VOYAGES ET SÉJOURS À L'ÉTRANGER</b>	<b>14</b>
<b>15. BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS</b>	<b>14</b>
<b>16. DÉCLARATION INEXACTE</b>	<b>14</b>
<b>17. PRESCRIPTION</b>	<b>15</b>
<b>18. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION</b>	<b>16</b>
<b>19. FACULTÉ DE RENONCIATION</b>	<b>16</b>
<b>20. FACULTÉ DE RÉSILIATION</b>	<b>16</b>
<b>21. CONVENTION DE PREUVE EN CAS D'ADHÉSION ELECTRONIQUE</b>	<b>17</b>
<b>22. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS - TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES</b>	<b>17</b>
<b>23. LOI APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPÉTENTES</b>	<b>17</b>
<b>24. AUTORITÉ DE CONTRÔLE</b>	<b>17</b>
<b>25. LEXIQUE</b>	<b>18</b>

## PRÉAMBULE

Le contrat Solution Assurance Emprunteur (ADE02) est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative régi par le Code des assurances, notamment les articles L 141-1 et suivants.

Il est souscrit par AGORA (Association pour la gestion, l'organisation et la recherche de régimes d'assurance), 22 rue de La Rochefoucauld - 75306 Paris Cedex 9, ci-après dénommée « **l'Association** » auprès de :

- PRÉVOIR-VIE GROUPE PRÉVOIR société anonyme au capital de 45 000 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 343 286 183, pour le risque de décès (branche 20 vie-décès) ;
- et PRÉVOIR-RISQUES DIVERS GROUPE PRÉVOIR, société anonyme au capital de 9 000 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 572 084 051, pour les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale et Partielle, Invalidité Professionnelle (branches 1 et 2 - accident et maladie) ;

dont le siège social commun est situé au 19 rue d'Aumale 75306 Paris Cedex 09, les deux sociétés étant ci-après dénommées conjointement ou individuellement « **l'Assureur** ».

AGORA est une association régie par la loi du 1er juillet 1901 qui a pour objet de négocier et proposer des contrats d'assurance vie ou capitalisation permettant la garantie des risques de prévoyance, le financement de la retraite et l'optimisation de placements au profit de ses Adhérents. Les statuts de l'association sont disponibles sur le site [www.association-adora.fr](http://www.association-adora.fr).

L'Assureur mandate Cbp, société par actions simplifiée au capital de 48 374 euros, 3 rue Victor Schœlcher - Bât E & F - 44 800 Saint Herblain, immatriculée au RCS de Nantes sous le n° 863 800 868, intermédiaire en assurances immatriculé auprès de l'ORIAS sous le n° 07 009 030 pour opérer la gestion des adhésions au contrat Solution Assurance Emprunteur (ADE02) ; Cbp ayant subdélégué cette gestion à Cbp Solutions, société par actions simplifiée au capital de 336 480 euros - 3 rue Victor Schœlcher - Bât E & F - 44 800 Saint Herblain, immatriculée au RCS de Nantes sous le n° 433 841 285 et auprès de l'ORIAS sous le n° 07 009 023.

Le contrat prend effet le 01/12/2017 pour une période se terminant le 31/12/2017 et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à effet du 1<sup>er</sup> janvier, sauf dénonciation par l'Assureur ou l'Association, notifiée par lettre recommandée, moyennant un délai de préavis de 3 mois avant la date de renouvellement.

En cas de modification du contrat portant sur les droits et obligations des Adhérents, ces derniers en seront informés par écrit conformément aux dispositions de l'article L 141-4 du Code des assurances par la contractante, au moins 3 mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Les Adhérents qui le souhaitent pourront dénoncer leur adhésion en raison de ces modifications.

En cas de résiliation ou de non-reconduction du contrat par l'Assureur ou l'Association, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'Assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur dans les conditions de la présente Notice, jusqu'au terme des prêts garantis.

## 1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir les Adhérents contre les risques de décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), Invalidité Professionnelle (IP) dans le cadre d'opérations de prêt destinées à un financement immobilier,

professionnel, ou personnel. Il prévoit en cas de réalisation de l'un des risques assurés : soit le règlement de tout ou partie du capital restant dû au(x) Bénéficiaire(s), soit la prise en charge de tout ou partie des échéances du prêt ou loyers du crédit-bail.

## 2. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

### 2.1 // CONDITIONS D'ADHÉSION

Sont admissibles au contrat, les personnes physiques ayant la qualité d'emprunteur, co-emprunteur ou caution :

- adhérentes à l'Association AGORA ;
  - âgées à la date de signature de la demande d'adhésion, d'au moins 18 ans et de :
    - moins de 85 ans pour la garantie décès ;
    - moins de 65 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPT, IPP et IP ;
  - dont le lieu de résidence fiscale se situe en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) ou à Monaco ;
  - ayant satisfait aux formalités d'adhésion.
- Si l'emprunteur est une personne morale, sont assurables les personnes physiques, dans les mêmes conditions d'âge que ci-dessus, exerçant des fonctions de dirigeant de la personne morale emprunteuse ou intervenant comme caution.

**Les résidents monégasques sont assurables pour les risques de décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) exclusivement.**

L'âge à l'adhésion est calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion au contrat et l'année de naissance de la personne à assurer.

Les personnes assurables ont la qualité d'Assuré dès la date de prise d'effet des garanties.

### 2.2 // CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS ASSURABLES

Sont assurables les prêts :

- libellés en euros et rédigés en français ;
- souscrits auprès d'un établissement de crédit situé en France ;
- d'un montant minimum à assurer de 18 000 euros et 7 500 euros pour une personne à assurer de 55 ans et plus ;
- ayant pour objet le financement d'un projet immobilier, professionnel ou personnel et dont les caractéristiques sont les suivantes :
  - prêt amortissable (y compris les prêts accordés dans le cadre d'une vente en l'état futur d'achèvement) avec ou sans différé d'une durée maximale de 360 mois (30 ans). La durée du différé est limitée à 36 mois (3 ans),
  - prêt à taux zéro,
  - prêt in fine d'une durée maximale de 240 mois (20 ans),
  - prêt relais d'une durée maximale de 36 mois (3 ans),
  - crédit-bail.

Les prêts peuvent être à taux fixe et/ou révisable, à échéances constantes ou progressives, indexées et/ou modulables.

La durée des prêts, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 360 mois (30 ans).

**Le prêt relais est assurable pour les risques de décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) exclusivement.**

**Les découverts, crédits renouvelables et les prêts en devises ne sont pas assurables.**

#### **Limitation des capitaux et garanties**

**Le montant total des capitaux assurés est limité à 10 000 000 euros pour un même assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'Assureur dans le cadre du contrat Solution Assurance Emprunteur.**

**Pluralité d'assurés : Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt ou crédit-bail, l'Assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une personne assurée avec une quotité à 100 %.**

### 2.3 // FORMULES DE GARANTIES

Chaque Candidat à l'assurance a la possibilité de choisir une des formules de garanties détaillées ci-après, lors de la demande d'adhésion, ainsi que la durée du délai de franchise pour les garanties ITT, IPT et IPP, à savoir : 30 jours, 60 jours, 90 jours, 120 jours ou 180 jours.

Formule	Libellé des garanties
Formule 1	Décès
Formule 2	Décès - PTIA
Formule 3	Décès - PTIA - IPT - ITT
Formule 4	Décès - PTIA - IP - IPT - ITT
Formule 5	Décès - PTIA - IPT - ITT - IPP

#### **Précisions**

- La **formule 1** est réservée aux Candidats à l'assurance de 65 ans et plus
- La **formule 4** avec la garantie IP s'adresse aux professions médicales listées à l'article 6.6 de la présente Notice.

Les garanties sont définies à l'article 6 de la présente Notice.

### 2.4 // QUOTITÉ ASSURÉE

Lors de l'adhésion, le Candidat à l'assurance choisit la quotité assurée sur sa tête. Cette quotité ne peut être supérieure à 100 % et elle s'applique à l'ensemble des garanties accordées par l'Assureur et à chaque Assuré au titre d'un même prêt.

### 2.5 // FORMALITÉS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat, le Candidat à l'assurance doit compléter et signer une demande d'adhésion ainsi qu'un questionnaire de santé et, le cas échéant, satisfaire aux formalités d'admission contractuelles (médicales et éventuellement financières).

Les honoraires relatifs aux formalités médicales d'admission sont pris en charge par l'Assureur. La prise en charge est totale si ces formalités sont réalisées dans les centres médicaux agréés par l'Assureur et soumises à un plafonnement en cas de réalisation hors centres médicaux agréés.

La durée de validité des formalités d'admission contractuelles est fixée à 12 mois à compter de la date à laquelle elles ont été réalisées. Elle est de 6 mois pour le questionnaire de santé simplifié (QSS) et le questionnaire de santé (QS). Le médecin conseil de l'Assureur se réserve le droit de demander un complément d'information, si besoin. Dans ce cas, les honoraires éventuels y afférents sont à la charge du Candidat à l'assurance.

L'Assureur peut :

- accepter la demande d'adhésion du Candidat à l'assurance :
  - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré ;
  - sans restrictions ou avec exclusion(s) de certaines pathologies ou de certaines garanties ;
- ajourner ou refuser la demande d'adhésion du Candidat à l'assurance.

Le contrat est constitué de la présente Notice d'Information valant Conditions Générales, de la demande d'adhésion, du questionnaire de santé, de l'attestation/délégation d'assurance et, le cas échéant, des formalités d'admission contractuelles et complément(s) d'informations d'ordre médical ainsi que des conditions particulières d'adhésion.

### 3. CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ)

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS consultable sur le site officiel [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

La Garantie Invalidité Spécifique AERAS (GIS) est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques d'adhésion que l'Assuré a acceptées sur proposition de l'Assureur.

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.

### 4. CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE

#### 4.1 // CONCLUSION DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réputée conclue :

- au jour de la décision de l'Assureur matérialisée par l'émission de l'attestation/délégation d'assurance lorsque l'adhésion est acceptée sans surprime, ni exclusions ;
- à la date d'accord du Candidat à l'assurance sur la lettre de notification de la décision d'acceptation à des conditions particulières d'adhésion (avec surprime et/ou exclusions). L'adhésion est ensuite confirmée par l'émission d'une attestation/délégation d'assurance.

L'attestation/délégation d'assurance vaut certificat d'adhésion au contrat.

#### 4.2 // DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion court pour une première période allant de la date de conclusion de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de la même année et se renouvelle ensuite au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction pendant toute la durée du prêt ou du crédit-bail, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 8 de la présente Notice.

### 5. DATE D'EFFET DES GARANTIES

En l'absence de demande spécifique du Candidat à l'assurance et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion, telle que définie à l'article 4 de la présente Notice. Le Candidat à l'assurance peut cependant choisir comme date de prise d'effet des garanties :

- soit, la date de signature de l'offre de prêt ;
- soit, la date de premier déblocage des fonds.

Dans ce cas, la date choisie par le Candidat à l'assurance doit être précisée sur la demande d'adhésion. En tout état de cause, quelle que soit la date choisie, la date d'effet des garanties est fixée au plus tôt à la date de conclusion de l'adhésion.

#### **Garantie Temporaire Décès Accidentel**

Le décès est garanti dès la signature de la demande d'adhésion s'il résulte d'un accident.

Par risque consécutif à un accident, il faut entendre le décès résultant de l'atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'Assuré.

**Le décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme des accidents au sens de cette garantie.**

**La garantie temporaire décès accidentel est accordée dans la limite de 350 000 € et dans la limite du capital assuré affecté de la quotité assurée, quel que soit le nombre de prêts ou crédit-bail faisant l'objet de la demande d'adhésion.**

Elle cesse au jour de la prise d'effet des garanties ou en cas de refus de la demande d'adhésion du Candidat à l'assurance par l'Assureur, à la date de notification du refus.

Elle cesse automatiquement si le Candidat à l'assurance ne donne pas suite à son adhésion ou refuse les conditions particulières d'adhésion proposées par l'Assureur **et en tout état de cause, au plus tard 60 jours après la date de signature de la demande d'adhésion.**

## 6. DÉFINITION DES GARANTIES DU CONTRAT

**Sous réserve d'acceptation du risque par l'Assureur et du choix formulé par le Candidat à l'assurance, le contrat Solution Assurance Emprunteur prévoit les garanties suivantes :**

### 6.1 // DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré par suite de maladie ou d'accident avant le jour de son 90<sup>e</sup> anniversaire, l'Assureur verse le capital restant dû à la date d'échéance qui précède le décès majoré des intérêts courus jusqu'à la date du décès, affecté de la quotité assurée.

#### **Dispositions spécifiques :**

• **Prêts avec différé :** Durant la phase de différé, l'Assureur verse le montant défini ci-dessous, affecté de la quotité assurée :  
- prêts avec différé d'amortissement en capital et intérêts : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès ;  
- prêts avec différé d'amortissement en capital : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès.

• **Prêts à déblocages successifs :** Si le décès de l'Assuré survient avant que la totalité du capital n'ait été débloquée par l'organisme prêteur, le règlement de l'Assureur inclura le montant des fonds non encore versés à la date du décès, affecté de la quotité assurée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées et que le contrat de prêt stipule expressément que l'opération pour laquelle le prêt a été consenti demeure.

S'agissant des contrats de crédit-bail, l'Assureur prend en charge le montant des loyers restant dus au jour du décès augmenté de la valeur résiduelle du bien, affecté de la quotité assurée.

Le règlement est calculé sur la base du montant des loyers hors taxes (HT) pour le crédit-bail consenti à un professionnel et du montant des loyers toutes taxes comprises (TTC) pour le crédit-bail consenti à un particulier.

Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

Le règlement s'effectue sur la base du tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre.

**Les éventuelles échéances impayées, pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte.**  
**Le règlement du capital assuré au titre de la garantie décès met fin à l'adhésion.**

#### **Cas particulier lié à la mise en place d'un séquestre avec accord de l'organisme prêteur :**

Le bénéfice du capital garanti au titre du décès de l'Assuré revient à la ou aux personne(s) désignée(s) dans la clause séquestre déposée chez un notaire. Le règlement du capital garanti s'effectuera auprès du notaire et libèrera entièrement, valablement et définitivement l'Assureur.

Si, au décès de l'Assuré, le notaire informe l'Assureur, avant le règlement de la prestation, de la caducité du séquestre, l'Assureur procédera au règlement dudit capital conformément aux dispositions visées à l'article 15 de la présente Notice.

### 6.2 // PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

#### 6.2.1 // Définition

L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, lorsque, après consolidation de son état de santé, il est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, atteint d'une invalidité physique ou intellectuelle le rendant définitivement incapable d'exercer une activité quelconque, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit. Il doit en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie courante : se laver, s'habiller, s'alimenter et se déplacer. L'invalidité doit faire suite à une maladie ou un accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le jour du 70<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré.

L'Assureur se réserve le droit de demander une expertise médicale dans les conditions précisées à l'article 13 de la présente Notice.

#### 6.2.2 // Prestations garanties

L'Assureur verse le montant du capital prévu en cas de décès, tel que défini à l'article 6.1 de la présente Notice. Il est calculé à la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par le médecin conseil de l'Assureur.

**Les éventuelles échéances impayées, pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte.**  
**Le règlement du capital assuré au titre de la garantie PTIA met fin à l'adhésion.**

### 6.3 // INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

#### 6.3.1 // Définition

L'Assuré est considéré en état d'incapacité de travail lorsqu'il se trouve temporairement, sur prescription médicale, par suite d'une maladie ou d'un accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le jour de son 70<sup>e</sup> anniversaire, dans l'impossibilité totale et continue :

- d'exercer son activité professionnelle ou toute recherche d'emploi **s'il exerce une activité professionnelle rémunérée** au jour du sinistre ou s'il est en recherche d'emploi et perçoit les allocations d'assurance chômage de Pôle Emploi,
- de se livrer à ses occupations de la vie quotidienne, à savoir : travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles, **s'il n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée** au jour du sinistre. Il doit en outre, être contraint d'observer un repos complet à son domicile, en centre hospitalier ou de rééducation.

L'incapacité temporaire totale de travail doit être médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur.

**Si l'Assuré est caution, la garantie ITT lui est acquise en cas d'insolvabilité de l'emprunteur principal et s'il apporte la preuve qu'il est le payeur régulier et reconnu du prêt ou crédit-bail concerné depuis au moins 3 mois continus au jour du sinistre.**

L'Assureur se réserve le droit de demander une expertise médicale dans les conditions précisées à l'article 13 de la présente Notice.

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard, 1095 jours après le début de l'incapacité temporaire totale, la poursuite de l'indemnisation sera étudiée au titre des garanties IPT ou IPP.

### **6.3.2 // Prestations garanties**

L'Assureur verse le montant de l'échéance du prêt ou du loyer de crédit-bail, affecté de la quotité assurée, à l'issue du délai de franchise de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours choisi lors de la demande d'adhésion.

Le règlement est calculé sur la base du montant des loyers hors taxes (HT) pour le crédit-bail consenti à un professionnel et du montant des loyers toutes taxes comprises (TTC) pour le crédit-bail consenti à un particulier.

Le délai de franchise s'applique à compter du 1<sup>er</sup> jour d'incapacité totale de travail.

#### **Dispositions spécifiques :**

• **Prêts avec différé :** Lorsque l'incapacité de travail survient pendant la période de différé, les modalités qui s'appliquent sont les suivantes :

- prêts avec différé d'amortissement en capital et intérêts : aucune prestation n'est versée par l'Assureur durant cette période ;

- prêts avec différé d'amortissement en capital : l'Assureur verse le montant des seules échéances d'intérêts, affecté de la quotité assurée.

• **Prêts in fine :** L'Assureur verse le montant des seules échéances d'intérêts, affecté de la quotité assurée.

Le règlement s'effectue sur la base du tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre.

Les prestations sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'incapacité de travail justifiés. Les échéances/loyers trimestriel(le)s, semestriel(le)s, annuel(le)s sont décomposé(e)s en échéances/loyers mensuel(le)s égaux.

#### **Rechute**

En cas de nouvel arrêt provenant de la même maladie ou du même accident, suite à une reprise de l'activité professionnelle ou des occupations de la vie quotidienne d'une durée inférieure ou égale à 60 jours, l'Assureur reprend le versement des prestations sans application du délai de franchise.

**Tout nouvel arrêt, quelle qu'en soit la cause, survenant au-delà du délai de 60 jours, donnera lieu à application du délai de franchise.**

#### **Temps partiel thérapeutique**

En cas de reprise de l'activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, l'Assureur verse les prestations à hauteur de **50 % du montant de l'échéance du prêt ou loyer du crédit-bail, affecté de la quotité assurée, pendant une durée maximale de 180 jours.**

### **6.3.3 // Limitation des prestations**

Pour l'ensemble des prêts et crédits-bails assurés dans le cadre du contrat Solution Assurance Emprunteur, les prestations sont limitées à 350 € par jour et par Assuré. En cas de reprise à temps partiel thérapeutique, les prestations sont limitées à 175 € par jour et par Assuré.

#### **Ne sont pas pris en compte :**

- Les augmentations d'échéances de prêt ou loyers de crédit-bail intervenues à la demande de l'Assuré pendant l'incapacité de travail ;
- Les éventuelles échéances impayées, pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ;
- Le montant en capital compris dans la dernière échéance du prêt pour le prêt in fine ;
- Le montant de la valeur résiduelle prévue au contrat de crédit-bail.

### **6.3.4 // Cessation des prestations**

Le versement des prestations cesse :

- à la date de reprise d'une activité professionnelle, y compris à temps partiel, sauf en cas de reprise à temps partiel thérapeutique,
- à la date à laquelle l'Assuré liquide ses droits à la préretraite ou retraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude au travail,
- à la date de consolidation de l'état d'incapacité temporaire totale de travail et au plus tard, au 1095<sup>e</sup> jour suivant la date de survenance de l'incapacité temporaire totale,
- à la date à laquelle la situation de l'Assuré ne répond plus à la définition de la garantie ITT,
- à la date de cessation de l'adhésion, telle que définie à l'article 8 de la présente Notice.

## **6.4 // INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)**

### **6.4.1 // Définition**

L'Assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale, lorsque, après consolidation de son état de santé, il est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, suite à une maladie ou un accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le jour de son 70<sup>e</sup> anniversaire, atteint d'un degré d'invalidité (n) supérieur ou égal à 66 %.

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

Le degré d'invalidité (n) est évalué par voie d'expertise médicale dans les conditions précisées à l'article 13 de la présente Notice. Il est déterminé selon le barème repris ci-après, en fonction du taux d'Incapacité Fonctionnelle (IF) et du taux d'Incapacité Professionnelle (IP) :

• **Le taux d'Incapacité Fonctionnelle (IF)** est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de capacité physique ou mentale, suite 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 (IP)** est apprécié en fonction de la profession exercée avant la maladie ou l'accident. Il tient compte de la façon dont cette profession était exercée antérieurement à la maladie ou l'accident, de ses conditions d'exercice normales et de ses possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

### Dispositions spécifiques :

• **Assuré en recherche d'emploi** au jour du sinistre et indemnisé par Pôle Emploi : Le taux d'incapacité professionnelle sera apprécié en fonction de la profession exercée avant l'ouverture des droits aux allocations d'assurance chômage.

• **Assuré sans activité professionnelle rémunérée** au jour du sinistre : Le degré d'invalidité (n) est déterminé en considérant uniquement l'incapacité fonctionnelle.

Taux d'incapacité professionnelle (IP)	Taux d'incapacité fonctionnelle (IF)									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10							37%	40%	43%	46%
20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30				36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40				40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50			36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60			38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70			40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80			42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90			43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100		34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

Le degré d'invalidité (n) est inférieur à 33% :  
**L'assuré n'est pas garanti**

Le degré d'invalidité (n) est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% :  
**L'assuré est en invalidité permanente partielle (IPP)**

Le degré d'invalidité (n) est supérieur ou égal à 66% :  
**L'assuré est en invalidité permanente totale (IPT)**

#### 6.4.2 // Prestations garanties

L'Assureur procède au versement des prestations selon le mode de règlement choisi par l'Assuré au moment du sinistre : versement sous forme de capital ou versement sous forme d'échéances/loyers.

##### • Versement sous forme de capital

Dans ce cas, l'Assureur verse le montant du capital prévu en cas de décès, tel que défini à l'article 6.1 de la présente Notice. Il est calculé à la date de reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Totale par le médecin conseil de l'Assureur.

#### Le règlement du capital assuré au titre de la garantie IPT met fin à l'adhésion.

##### • Versement sous forme d'échéances ou loyers

L'Assureur verse le montant de l'échéance du prêt ou loyer de crédit-bail, affecté de la quotité assurée, tant que l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale.

Le règlement est calculé sur la base du montant des loyers hors taxes (HT) pour le crédit-bail consenti à un professionnel et du montant des loyers toutes taxes comprises (TTC) pour le crédit-bail consenti à un particulier.

Les prestations sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'invalidité justifiés. Les échéances/loyers trimestriel(le)s, semestriel(le)s, annuel(le)s sont décomposé(e)s en échéances/loyers mensuel(le)s égaux.

Le règlement s'effectue sur la base du tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre.

#### 6.4.3 // Limitation des prestations

**Pour l'ensemble des prêts et crédits-bails assurés dans le cadre du contrat Solution Assurance Emprunteur, les prestations sont limitées à 350 € par jour et par assuré en cas de versement des prestations sous forme d'échéances ou loyers.**

#### Dans ce cas, ne sont également pas pris en compte :

- Les augmentations d'échéances de prêt ou loyers de crédit-bail intervenues à la demande de l'Assuré pendant l'incapacité de travail ;
- Le montant en capital compris dans la dernière échéance du prêt pour le prêt in fine ;
- Le montant de la valeur résiduelle prévue au contrat de crédit-bail.

Quel que soit le mode de versement des prestations (capital ou échéances/loyers), les éventuelles échéances impayées, pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte.

#### 6.4.4 // Cessation des prestations

Les prestations cessent :

- à la date à laquelle l'Assuré liquide ses droits à la préretraite ou retraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude au travail,
- dès que le degré d'invalidité constaté par le médecin conseil de l'Assureur devient inférieur à 66 %,
- à la date de cessation de l'adhésion, telle que définie à l'article 8 de la présente Notice.

### 6.5 // INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Elle s'applique aux assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre ou qui sont en recherche d'emploi et perçoivent des allocations d'assurance chômage de Pôle Emploi. **Les Assurés qui n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée ne sont pas concernés.**

### 6.5.1 // Définition

L'Assuré est considéré en état d'invalidité permanente partielle, lorsque, après consolidation de son état de santé, il est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, suite à une maladie ou un accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le jour de son 70<sup>e</sup> anniversaire, atteint d'un degré d'invalidité (n) supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.

Le degré d'invalidité (n), évalué par voie d'expertise médicale, est déterminé selon le barème figurant à l'article 6.4 de la présente Notice. Il est révisable en fonction de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'Assuré.

### 6.5.2 // Prestations garanties

L'Assureur verse **50 % du montant de l'échéance** du prêt ou du loyer de crédit-bail, affecté de la quotité assurée.

Le règlement est calculé sur la base du montant des loyers hors taxes (HT) pour le crédit-bail consenti à un professionnel et du montant des loyers toutes taxes comprises (TTC) pour le crédit-bail consenti à un particulier.

Le règlement s'effectue sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au moment du sinistre. Les échéances/loyers trimestriel(le)s, semestriel(le)s, annuel(le)s sont décomposé(e)s en échéances/loyers mensuel(le)s égaux.

### 6.5.3 // Limitation des prestations

**Pour l'ensemble des prêts et crédits-bails assurés dans le cadre du contrat Solution Assurance Emprunteur, les prestations sont limitées à 175 € par jour et par Assuré.**

#### Ne sont pas pris en compte :

- Les augmentations d'échéances de prêt ou loyers de crédit-bail intervenues à la demande de l'Assuré pendant l'incapacité de travail ;
- Les éventuelles échéances impayées, pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ;
- Le montant en capital compris dans la dernière échéance du prêt pour le prêt in fine ;
- Le montant de la valeur résiduelle prévue au contrat de crédit-bail.

### 6.5.4 // Cessation des prestations

Les prestations cessent :

- à la date à laquelle l'Assuré reprend une activité professionnelle à temps complet,
- à la date à laquelle l'Assuré liquide ses droits à la préretraite ou retraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude au travail,
- dès que le degré d'invalidité constaté par le médecin conseil de l'Assureur devient inférieur à 33 %,
- dès que le degré d'invalidité constaté par le médecin conseil de l'Assureur devient supérieur ou égal à 66 % avec mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT),
- à la date de cessation de l'adhésion, telle que définie à l'article 8 de la présente Notice.

## 6.6 // INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE (IP)

Cette garantie s'adresse exclusivement aux professions médicales, exercées à titre libéral ou salarié en France, suivantes : médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, interne en médecine, sage-femme, pharmacien, vétérinaire.

### 6.6.1 // Définition

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Professionnelle, lorsque, après consolidation de son état de santé, il est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, suite à une maladie ou un accident

survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le jour de son 70<sup>e</sup> anniversaire, dans l'impossibilité définitive d'exercer sa profession.

Le taux d'Incapacité Professionnelle (IP) est évalué par voie d'expertise médicale, par référence au barème d'invalidité professionnelle permanente ci-après, dans les conditions précisées à l'article 13 de la présente Notice, en considérant la profession exercée. Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession, ni des possibilités de reclassement professionnel.

Perte totale de la vue des deux yeux	100 %
Surdité totale des deux oreilles	100 %
Hémiplégie organique complète	100 %
Désarticulation de l'épaule	100 %
Paralysie complète du plexus brachial	100 %
Paralysie complète du radial au-dessus du triceps	100 %
Amputation du bras ou de l'avant-bras ou du poignet	100 %
Amputation ou perte fonctionnelle totale de la main	100 %
Amputation du pouce	100 %
Amputation de la phalange terminale du pouce	100 %
Amputation de l'index	100 %
Amputation du médius	100 %
Perte des deux membres inférieurs	100 %
Désarticulation de la hanche	100 %

### 6.6.2 // Prestations garanties

L'Assureur verse le montant du capital prévu en cas de décès, tel que défini à l'article 6.1 de la présente Notice. Il est calculé à la date de reconnaissance de l'état d'Invalidité Professionnelle par le médecin conseil de l'Assureur.

**Les éventuelles échéances impayées, pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte.**

**Le règlement du capital assuré au titre de la garantie IP met fin à l'adhésion.**

## 6.7 // GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (GIS)

Cette garantie peut être proposée par l'Assureur, sous réserve d'acceptation médicale, en cas de refus total des garanties ITT, IPT ou IPP ou d'exclusion(s) partielle(s) prononcée(s) sur ces mêmes garanties. L'Assuré bénéficie de la GIS si elle est indiquée dans les conditions particulières d'adhésion et qu'il les a acceptées.

L'Assuré peut demander la mise en œuvre de cette garantie lorsque toutes les conditions ci-contre sont réunies :

- son état de santé est consolidé ;
- son 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% ;
- il est en état d'invalidité professionnelle totale et est en mesure de fournir un justificatif de classement en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité selon l'article L 341-4 du Code 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 est versée à compter du jour où ces 3 conditions sont satisfaites.

L'Assureur prend en charge le règlement des échéances du prêt ou des loyers de crédit-bail, affecté de la quotité assurée.

Le règlement est calculé sur la base du montant des loyers hors taxes (HT) pour le crédit-bail consenti à un professionnel et du montant des loyers toutes taxes comprises (TTC) pour le crédit-bail consenti à un particulier.

Les conditions de limitation des prestations et de cessation de la garantie sont identiques à celles définies à l'article 6.4 de la présente Notice, à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de reconnaissance par le médecin conseil de l'Assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus. Les exclusions de garantie définies à l'article 7 de la présente Notice s'appliquent également à la GIS.

## 7. EXCLUSIONS

**Ne sont pas pris en charge, au titre du contrat Solution Assurance Emprunteur, les suites et conséquences des évènements suivants :**

### Exclusions applicables à toutes les garanties

- Les tentatives de suicide, mutilations volontaires ou faits intentionnels de l'Assuré ou du Bénéficiaire du contrat ;
- Les faits de guerres civiles ou étrangères, émeutes, mouvements populaires, insurrections, attentats, actes de terrorisme, actes de sabotage, rixes dès lors que l'Assuré y prend une part active sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- Les accidents en tant que conducteur résultant de la consommation par l'Assuré, de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux prévu par la législation française en matière de circulation automobile en vigueur au moment du sinistre ;
- L'usage par l'Assuré de stupéfiants, de drogues ou de médicaments en dehors de toute prescription médicale ;
- La participation de l'Assuré à des raids, records, tentatives de records, acrobaties, exhibitions, essais, paris, défis ;
- Les risques de navigation aérienne à l'exception de ceux qui sont encourus à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée ; le pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
- Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome ;
- La pratique de tout sport à titre professionnel ou amateur rémunéré ;

**Ne sont également pas garanties, les suites et conséquences d'accidents ou maladies résultant de la pratique des sports suivants :**

- Les activités de montagne hors des pistes balisées ouvertes au public et pratiquées à une altitude supérieure à 3000 mètres ;
- Les activités nautiques pratiquées au-delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier, activités réalisées à plus de 20 mètres de profondeur ;
- Les activités en eaux vives (canyoning, rafting, canoë) pratiquées dans des cours d'eau de classe 3 ou supérieure ;
- Parapente, deltaplane ;
- Spéléologie ;
- Sports de combat, arts martiaux ;
- Sports équestres en compétition ;
- Saut à l'élastique ;
- Tout sport nécessitant l'utilisation d'un appareil à moteur.

## 6.8 // EXONÉRATION DES COTISATIONS

En cas de sinistre ITT, IPT avec versement sous forme d'échéances ou de loyers, IPP ou GIS, l'Assuré continue à régler le montant des cotisations d'assurance.

En revanche, ces cotisations lui sont remboursées dans le cadre de son indemnisation, par ajout de celles-ci au montant de l'échéance ou du loyer pris en charge par l'Assureur.

Lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, la garantie est acquise si l'Assuré établit 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.

**Cependant, à la demande expresse de l'Assuré, tout ou partie de ces activités peuvent faire l'objet d'une étude de garantie moyennant une tarification adaptée. L'Assureur se réserve, le cas échéant, la possibilité de refuser de couvrir le risque.**

### Exclusion applicable à la garantie décès

- Le suicide de l'Assuré 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 € par décret du 28/03/2002)

### Exclusions applicables aux garanties ITT, IPT, IPP, IP, GIS

- Les maladies ou accidents dont la première constatation est antérieure à l'adhésion sauf s'ils ont été déclarés lors de l'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion ou restriction de garantie ;
- Les traitements esthétiques et/ou interventions de chirurgie esthétique à l'exception de la chirurgie réparatrice consécutive à un accident ou une maladie garanti(e).

## 8. CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent :

- au terme normal ou anticipé de chaque prêt ou crédit-bail,
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur entraînant l'exigibilité du prêt,
- à la date à laquelle l'engagement de caution de l'Assuré est résilié,
- en cas de non-paiement des cotisations, au terme de la procédure définie à l'article L 141-3 du Code des assurances,
- en cas de résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assuré par application de l'article 20 de la présente Notice.

En tout état de cause, les garanties cessent :

- le jour du 90<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré pour la garantie décès,
- le jour du 70<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré pour les garanties PTIA, ITT, IPT, IPP et IP,
- à la date à laquelle la prestation est versée au titre de la garantie décès ou PTIA, IPT avec règlement sous forme de capital ou IP.

## 9. COTISATIONS

### 9.1 // CALCUL DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction :

- du capital emprunté, affecté de la quotité assurée, pour la première cotisation,
- du capital restant dû à la date de renouvellement de l'adhésion, affecté de la quotité assurée, pour les cotisations suivantes,
- de l'âge de l'Assuré calculé par différence de millésime à la date de prise d'effet des garanties pour la 1<sup>ère</sup> cotisation,
- de l'âge atteint par l'Assuré calculé par différence de millésime à la date de renouvellement de l'adhésion pour les cotisations suivantes,
- de l'activité professionnelle de l'Assuré,
- du statut de non-fumeur ou fumeur de l'Assuré,
- de la formule de garanties choisie (y compris, la durée de franchise en Incapacité Temporaire Totale de travail et le rachat d'exclusions),
- des risques sportifs et médicaux déclarés,
- et, des caractéristiques de chaque prêt.

**Une tarification différente est appliquée aux fumeurs et aux non-fumeurs. Peuvent bénéficier du tarif non-fumeur, les personnes pouvant répondre positivement, par l'apposition de leur signature, à la déclaration spéciale non-fumeur figurant sur la demande d'adhésion selon laquelle elles n'ont pas fumé ou consommé de produits contenant du tabac, même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois, et ne pas avoir, sur recommandation du corps médical, été contraint d'arrêter de fumer au cours des 5 dernières années précédant la demande d'adhésion.**

Les taux de cotisations fixés à l'adhésion sont garantis pendant toute la durée du contrat. Toutefois, l'Assureur se réserve le droit de les réviser en cas de changement du taux de taxe appliqué aux contrats d'assurance.

### 9.2 // PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations d'assurance sont dues à compter de la date de prise d'effet des garanties. Elles sont payables d'avance mensuellement, par prélèvement bancaire. Cependant, l'Assuré a la faculté de choisir une autre périodicité lors de son adhésion.

Des frais de dossiers d'un montant de 20 € par Adhérent au titre de l'adhésion sont prélevés une seule fois et en même temps que la première cotisation. Le montant de la cotisation annuelle à l'Association s'élève à 2,50 € et est prélevé annuellement à la date anniversaire de l'adhésion.

### 9.3 // CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

**A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, Cbp Solutions adresse une lettre recommandée à l'Assuré, 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'Adhérent sera exclu du bénéfice du contrat. Une copie de la lettre recommandée sera adressée à chaque organisme prêteur.**

**La procédure d'exclusion de l'Adhérent suite au non-paiement des cotisations entraîne de plein droit la résiliation de son adhésion au terme du délai prévu par l'article L141-3 précité.**

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, le délai de suspension des garanties après mise en demeure est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande, conformément à l'article L722-13 du Code de la consommation.

## 10. MODIFICATIONS DES GARANTIES ET/OU QUOTITÉ

L'Assuré peut, à tout moment, demander la modification de sa formule de garanties et/ou de sa quotité assurée. Cette modification prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation d'assurance, aux dates suivantes :

- **s'il s'agit d'une diminution** : le jour de la réception de l'accord écrit du Bénéficiaire acceptant par l'Assureur ;
- **s'il s'agit d'une augmentation** : à la date d'effet des garanties souhaitée mentionnée sur la nouvelle demande d'adhésion et au plus tôt, à la date d'acceptation de la modification par l'Assureur; l'acceptation du changement étant subordonnée aux résultats de nouvelles formalités d'adhésion.

Si la demande de modification des garanties et/ou de quotité assurée est effectuée alors que l'Assuré bénéficie de prestations au titre de l'incapacité ou de l'invalidité (garanties décrites aux articles 6.3 à 6.7 de la présente Notice), la modification prendra alors effet à la date de fin d'indemnisation du sinistre incapacité ou invalidité.

## 11. LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

### 11.1 // IRRÉVOCABILITÉ DES GARANTIES

En cours de contrat, les changements intervenus dans la situation personnelle ou professionnelle de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties accordées par l'Assureur qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Toutefois, en cas d'arrêt de la consommation de tabac, de changement de profession ou de modification de la pratique d'une activité sportive de nature à réduire les risques garantis, le montant des cotisations pourra être revu à la baisse. Dans ce cas, l'Assuré pourra formuler une demande de révision de la cotisation auprès de Cbp Solutions.

### 11.2 // MODIFICATIONS DES CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT

L'Assuré est tenu de déclarer les modifications de financement ci-après auprès de Cbp Solutions lorsqu'il en a connaissance :

- remboursement anticipé partiel ou total du prêt ;
- déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt par l'organisme prêteur.

En cas de remboursement anticipé total ou de déchéance du terme, l'Assureur procédera à la résiliation de l'adhésion. Les cotisations d'assurance éventuellement réglées au-delà de la date de remboursement anticipé total ou de déchéance du terme seront remboursées prorata temporis, s'il y a lieu.

En cas de remboursement anticipé partiel, l'Assureur procédera à l'ajustement des cotisations à la date de remboursement partiel du prêt.

#### **Dispositions spécifiques :**

- **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 la limite de la durée maximale de 360 mois (30 ans).

- **Prêts faisant l'objet 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.

En cas de sinistre, l'assureur se réserve le droit de procéder à une régularisation des cotisations d'assurance sur la base du tableau d'amortissement en vigueur s'il constate un écart entre ce tableau d'amortissement et celui qui sert de base à l'appel des cotisations d'assurance.

Par ailleurs, l'Assuré est tenu d'informer Cbp Solutions de tout changement d'adresse postale et/ou électronique dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers seront transmis à la dernière adresse connue et produiront tous leurs effets.

## 12. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Tout évènement susceptible de mettre en jeu les garanties peut être déclaré par courrier à :



Cbp Solutions  
CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9  
ou sur l'espace assuré :  
<https://espaceassure.cbp-solutions.fr/>

### 12.1 // PIÈCES À FOURNIR

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel à Cbp Solutions, à l'attention du médecin conseil.

#### **Dans tous les cas**

- le tableau d'amortissement de chaque prêt ou crédit-bail en vigueur au jour du sinistre
- un relevé de compte faisant ressortir le prélèvement de la dernière échéance du (des) prêt(s) ou loyer(s) de crédit-bail
- **et en cas d'accident** : une copie du rapport de police ou du procès-verbal de gendarmerie

### En cas de décès

- la copie intégrale de l'acte de décès,
  - un certificat médical, sur l'imprimé de l'Assureur, indiquant notamment la cause du décès,
- et pour tout Bénéficiaire autre que l'organisme prêteur** au près duquel le contrat de prêt ou de crédit-bail a été contracté :
- une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du Bénéficiaire ainsi qu'un acte de notoriété,
  - l'attestation de dissolution du PACS pour cause de décès lorsque le partenaire du PACS est le Bénéficiaire.

### En cas de PTIA

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant de l'Assuré, sur l'imprimé de l'Assureur,
  - le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
- et si l'Assuré est salarié :**
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie ou la notification de rente accident du travail à 100 % du régime général de la Sécurité sociale ou régimes similaires.

### En cas d'IPT, IPP, IP ou GIS

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant de l'Assuré, sur l'imprimé de l'Assureur,
  - et, pour les garanties IPT et IPP, si l'Assuré est en recherche d'emploi, le décompte d'allocations de Pôle Emploi qui précède l'arrêt de travail,
- et si l'Assuré est salarié ou en recherche d'emploi :**
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité du régime général de la Sécurité sociale ou régimes similaires,
  - les justificatifs de paiement de la pension ou rente d'invalidité.

### En cas d'ITT

- un questionnaire à compléter par l'Assuré,
- une attestation médicale remplie par le médecin traitant de l'Assuré, sur l'imprimé de l'Assureur,
- et, si l'Assuré est en recherche d'emploi, le décompte d'allocations de Pôle Emploi qui précède l'arrêt de travail.

### Si l'Assuré est salarié ou en recherche d'emploi :

- les décomptes de règlement des indemnités journalières du régime général de la Sécurité sociale ou régimes similaires.

### Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :

- les certificats de position administrative ou attestations de l'employeur justifiant de l'arrêt de travail.

### Si l'Assuré est travailleur non salarié (TNS) :

- les décomptes de règlement des indemnités journalières du régime social des indépendants (RSI) ou régimes similaires si l'Assuré y est affilié,
- les certificats médicaux d'arrêt de travail, dans le cas contraire.

### Si l'Assuré est sans activité professionnelle :

- les certificats médicaux justifiant de l'incapacité à exercer les occupations de la vie quotidienne (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles).

Par ailleurs :

- **en cas de temps partiel thérapeutique** : un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique précisant la date ainsi que les décomptes de règlement des indemnités journalières mi-temps pour les assurés affiliés à un régime social.
- **en cas de rechute** : le certificat médical de rechute permettant d'établir qu'il s'agit de la même affection/accident que celle/celui qui est à l'origine de l'arrêt de travail initial.

**Quelle que soit la garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de la demande de prestations.**

## 12.2 // DÉLAI DE DÉCLARATION

**L'ITT doit être déclarée dans le délai de 180 jours suivants le 1<sup>er</sup> jour de survenance de l'arrêt de travail.**

**Au-delà de ce délai et si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a porté préjudice, la prise en charge débutera à compter du jour de la réception de la déclaration.**

## 13. CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE

**Il n'existe aucun lien entre les décisions du médecin conseil de l'Assureur relatives à la PTIA, l'ITT, l'IPT, l'IPP, l'IP ou la GIS et celles de la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé.**

### 13.1 // CONTRÔLE MÉDICAL

L'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré à un examen médical qui sera réalisé en France afin de contrôler son état de santé. A cet effet, l'Assureur désigne un médecin expert et prend en charge les honoraires médicaux relatifs à cet examen. L'Assuré a la possibilité de se faire assister du médecin de son choix et à ses frais ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

**Le contrôle médical entraîne la suspension de tout règlement. Si l'Assuré s'oppose à ce contrôle, il perd droit aux prestations.**

### 13.2 // ARBITRAGE

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin de l'Assureur, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers arbitre 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 supportera les honoraires de son médecin expert et la moitié des honoraires du médecin tiers arbitre.

**Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de prononciation de la sentence arbitrale.**

En tout état de cause, les parties conservent la faculté de porter le litige devant les juridictions compétentes.

## 14. VOYAGES ET SÉJOURS À L'ÉTRANGER

Les garanties s'appliquent dans le monde entier.

Pour tous les voyages et séjours dans les lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les pays limitrophes de la France métropolitaine, les départements et régions d'outre-mer (DROM) ou les collectivités d'outre-mer (COM), la Nouvelle Calédonie :

- le risque de décès est couvert sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,
- les risques de PTIA, ITT, IPT, IPP, IP et GIS sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen

de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues à l'article 13 de la présente Notice.

A défaut, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) ou Monaco ; les frais éventuels de rapatriement étant à la charge de l'Assuré.

## 15. BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées à l'organisme prêteur, réputé Bénéficiaire acceptant, à concurrence des sommes qui lui sont dues au jour du sinistre.

Le montant des capitaux réglés par l'Assureur peut dépasser le montant des sommes dues à l'organisme prêteur.

Dans ce cas, le montant excédentaire sera réglé à l'Assuré lui-même en cas de PTIA ou d'IPT avec règlement sous forme de capital ou d'IP et, en cas de décès, par ordre de préférence selon la clause type ci-après, sauf désignation particulière :

- au conjoint de l'Assuré non séparé de corps, non divorcé de l'Assuré,
- à défaut, à la personne liée à l'Assuré par un pacte civil de solidarité,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'Assuré.

La désignation particulière peut être effectuée par acte sous seing privé (lettre recommandée adressée à l'Assureur) ou par acte authentique. La désignation d'un Bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation tacite ou expresse de ce dernier. La modification de la stipulation faite à son profit nécessitera l'accord préalable dudit Bénéficiaire.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause type est applicable.

## 16. DÉCLARATION INEXACTE

**En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle de la part de l'Assuré, l'Assureur pourra, invoquer la nullité de l'adhésion et conserver les cotisations d'assurance payées, en application des dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances qui stipule : « 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. »*

## 17. 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 après un délai prévu par la loi.

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 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 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, 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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées dans cet article sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après :

#### Article 2240 du Code civil :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ».

#### Article 2241 du Code civil :

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ».

#### Article 2242 du Code civil :

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ».

#### Article 2243 du Code civil :

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ».

#### Article 2244 du Code civil :

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ».

#### Article 2245 du Code civil :

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers ».

#### Article 2246 du Code civil :

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution ».

### **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 ».

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr).

## 18. RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

Lorsque l'Assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat, Cbp Solutions est en mesure d'étudier ses demandes. Il peut également formuler une réclamation en contactant :



**Cbp Solutions- Service réclamations**  
**CS 20008- 44967 Nantes Cedex 9**  
**Tél. : 0 972 670 050**

Si le différend persiste, l'Assuré peut formuler une nouvelle réclamation auprès de Cbp Solutions qui la transmettra à l'Assureur afin qu'il y apporte une réponse.

A chaque niveau de traitement, Cbp Solutions s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa réception.

En tout état de cause, une réponse définitive sera apportée à la réclamation dans un délai maximum de 2 mois.

PRÉVOIR adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française de l'Assurance. Aussi, en cas de désaccord persistant sur la réponse apportée et après épuisement des voies de recours internes indiquées ci-dessus, l'Assuré a la faculté de faire appel à La Médiation de l'Assurance (LMA), sans préjudice des autres voies d'actions légales. La saisine de la Médiation s'effectue :

- par voie électronique, en complétant le formulaire disponible sur le site internet : <https://www.mediation-assurance.org>
- ou par courrier, à l'adresse suivante :



**La Médiation de l'Assurance**  
**TSA 50110**  
**75441 PARIS Cedex 09**

La charte de la médiation de l'assurance et les conditions d'accès à cette médiation sont disponibles sur le site internet indiqué ci-dessus.

## 19. FACULTÉ DE RENONCIATION

L'Adhérent peut renoncer au bénéfice de son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion est conclue. Le jour de conclusion de l'adhésion est défini à l'article 4.1 de la présente Notice. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'adresse suivante :



**Cbp Solutions**  
**CS 20008**  
**44967 NANTES Cedex 9**

et rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) [M. Mme, nom, prénom] demeurant [adresse] déclare renoncer à mon adhésion n° [n° adhésion] au contrat Solution Assurance Emprunteur souscrit auprès de PRÉVOIR et assuré par PRÉVOIR et demande le remboursement des sommes versées au titre de cette adhésion. Le [date] Signature »

L'intégralité des sommes éventuellement versées sera remboursée dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties prennent fin. Cbp Solutions adressera un courrier à chaque organisme prêteur afin de l'informer de l'exercice du droit de renonciation au contrat.

## 20. FACULTÉ DE RÉSILIATION

Conformément aux dispositions de l'article L.113-12-2 du Code des assurances, l'Adhérent dispose de la faculté de résilier son adhésion au présent contrat tous les ans.

Lorsque le délai écoulé depuis la date de signature de l'offre de prêt immobilier est inférieur à 12 mois, l'Adhérent peut résilier son adhésion en envoyant une lettre recommandée à :



**Cbp Solutions**  
**CS 20008**  
**44967 NANTES Cedex 9**

au plus tard 15 jours avant le terme de la période de 12 mois rappelée ci-dessus.

Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt immobilier, l'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion en adressant une lettre recommandée à Cbp Solutions, au moins 2 mois avant la date d'échéance de l'adhésion,

conformément aux dispositions de l'article L.113-12 du Code des assurances.

La date d'échéance de l'adhésion est la date de renouvellement de l'adhésion indiquée à l'article 4.2 de la présente Notice.

L'Adhérent qui fait usage du droit à résiliation, selon les délais indiqués ci-dessus, doit accompagner sa demande de la décision d'acceptation de la substitution par l'organisme prêteur et indiquer la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas d'acceptation par l'organisme prêteur, la résiliation prend effet 10 jours après la réception par Cbp Solutions, pour le compte de l'Assureur, de la notification de l'acceptation de substitution établie par l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

En cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat n'est pas résiliée.

## 21. CONVENTION DE PREUVE EN CAS D'ADHÉSION ÉLECTRONIQUE

En cas d'adhésion au contrat à distance par Internet ou en cas d'option pour l'adhésion numérique en cas de vente en face à face, la signature électronique de la demande d'adhésion vaut manifestation de l'accord du Candidat à l'assurance sur les conditions de son adhésion dont il a préalablement pris connaissance.

Le Candidat à l'assurance s'engage sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations effectuées de façon dématérialisée, y compris celles relatives à son état de santé.

L'Adhérent est informé et accepte expressément que les données et les documents d'adhésion sous forme électronique, conservés par Cbp Solutions ou chez un hébergeur de données de santé mandaté par cette dernière et agréé au sens de l'article L1111-8 du Code de la Santé Publique, lui soient opposables et puissent être admis comme preuve de son identité, de ses déclarations et de son consentement relatif à l'adhésion au présent contrat ainsi qu'à son contenu et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

Ces données et documents ayant fait l'objet d'une signature électronique conforme aux dispositions du décret n°2001-272 du 30 mars 2001 auront la même force probante qu'un support écrit en cas de contestation.

## 22. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS - TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre la réalisation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Le caractère obligatoire ou facultatif de ces données et les éventuelles conséquences d'un défaut de réponse sont précisées lors de leur collecte.

Elles sont à l'usage de l'Assureur, ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels et prestataires et pourront être communiquées le cas échéant, aux organismes officiels et autorités administratives ou judiciaires à leur requête notamment, dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment des capitaux ou le financement du terrorisme.

L'Assureur pourra également utiliser ces données, sauf opposition de l'Adhérent/Assuré pour des actions commerciales et d'information, et à l'exclusion des données relatives à la santé.

Les données collectées sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

En application de la loi Informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent/Assuré bénéficie d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification, et d'opposition pour motifs légitimes relatif aux données le concernant, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après son décès, en adressant un courrier à



**Prévoir-Vie Groupe Prévoir**  
**Cellule «Droit d'accès informatique et liberté»**  
**19 rue d'Aumale - CS 40019**  
**75306 Paris Cedex 09**

accompagné de la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

Conformément à l'article L223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent/Assuré, qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection par voie téléphonique, en dehors de la présente relation contractuelle, peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## 23. LOI APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPETENTES

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

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

## 24. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

**Accident** : atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'Assuré.

**Le décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme des accidents au sens de la garantie temporaire Décès Accidentel (article 5 de la présente Notice).**

**Adhérent** : personne physique ou morale qui adhère au présent contrat d'assurance emprunteur ainsi qu'à l'Association AGORA et s'engage à payer les cotisations.

**Assistance tierce personne** : activité qui consiste à effectuer, en tout ou partie et à la place de la personne dépendante, les actes ordinaires de la vie courante (faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter et se déplacer), ou à surveiller ou soutenir les personnes dépendantes en vue de permettre l'exécution de ces actes.

**Assuré** : personne physique sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat.

**Attestation d'assurance** : document remis à l'Assuré et à conserver par ce dernier, confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise les conditions d'acceptation, les garanties souscrites, la durée de franchise, la date d'effet des garanties et le coût de l'assurance. L'attestation d'assurance vaut certificat d'adhésion.

**Bénéficiaire** : personne physique ou morale désignée par l'Adhérent pour recevoir les prestations en cas de sinistre subi par l'Assuré. Par défaut, l'organisme prêteur est réputé bénéficiaire acceptant.

**Candidat à l'assurance** : personne physique qui formule une demande d'adhésion au contrat.

**Capital restant dû** : montant total du prêt dont l'Adhérent est redevable auprès de l'organisme prêteur à une date déterminée.

**Caution** : personne physique qui s'engage auprès de l'organisme prêteur à rembourser les échéances du prêt en lieu et place de l'emprunteur en cas de défaillance de ce dernier.

**Contrat** : ensemble des documents qui définit les droits et obligations réciproques de l'Assuré et l'Assureur.

**Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)** : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé, signé par les pouvoirs publics, les représentants des banques et des Assureurs, des associations de malades et de consommateurs.

**Consolidation** : stabilisation durable de l'état de santé, après accident ou maladie ; moment à partir duquel, après avoir utilisé toutes les ressources médicales, il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation.

**Crédit-bail** : contrat de location d'une durée déterminée entre une entreprise et un établissement de crédit, avec une promesse de vente à l'échéance du contrat.

**Date de conclusion** : La date de conclusion de l'adhésion correspond soit au jour de la décision de l'Assureur matérialisée par l'émission de l'attestation/délégation d'assurance, soit à la date d'accord du Candidat à l'assurance sur la lettre de notification de la décision d'acceptation à des conditions particulières d'adhésion, conformément à l'article 4.1 de la présente Notice.

**Date d'effet des garanties** : date à laquelle les garanties du contrat entrent en vigueur.

**Délégation d'assurance** : document délivré à l'Assuré par l'Assureur au moment de l'adhésion au contrat et qui est destiné à être remis à l'organisme prêteur. Ce document reprend les garanties souscrites, les conditions d'acceptation et le coût de l'assurance.

**Franchise** : période pendant laquelle, après survenance d'un sinistre, les prestations ne sont pas dues. L'indemnisation de l'Assureur débute à l'issue de la période de franchise.

**Maladie** : altération de l'état de santé, d'origine non accidentelle, médicalement constatée.

**Nullité** : annulation pure et simple du contrat qui est alors censé n'avoir jamais existé (sanction de l'article L 113-8 du Code des assurances).

**Organisme prêteur** : personne morale, le plus souvent un établissement de crédit, ayant consenti le prêt à l'Adhérent emprunteur.

**Prescription** : délai au-delà duquel aucune action des parties au contrat n'est possible.

**Prêt amortissable** : prêt dont les échéances sont constituées d'amortissement de capital et des intérêts.

**Prêt in fine** : prêt dont le capital est remboursé au terme du contrat de prêt, en une seule fois. Seuls les intérêts sont payés par échéances périodiques.

**Prêt relais** : prêt dont le capital est remboursé au terme du contrat de prêt en une seule fois. Les intérêts sont payés par échéances périodiques ou avec le capital en fin de contrat. Il s'agit d'un prêt de courte durée (maximum 36 mois) permettant à l'emprunteur d'acquérir un nouveau bien immobilier en attendant la vente du précédent.

**Profession médicale** : activité exercée par des professionnels de santé pratiquant des actes médicaux, ayant le droit de prescription et inscrits à un ordre professionnel médical.

**Quotité** : pourcentage des prestations garanties choisi par l'Assuré.

**Rechute** : arrêt de travail justifié en raison d'une nouvelle manifestation d'une maladie ou des suites d'un accident ayant déjà donné lieu à indemnisation.

**Sinistre** : réalisation de l'évènement couvert par l'adhésion et susceptible d'entraîner l'indemnisation par l'Assureur.

**Valeur résiduelle** : valeur de rachat du bien au terme du contrat de crédit-bail, fixée dans ledit contrat, que devra régler l'utilisateur du bien s'il veut l'acquérir.

**PRÉVOIR-VIE  
GROUPE PRÉVOIR**

SA au capital de 45 000 000 €  
entièrement versé  
343 286 183 RCS Paris

**PRÉVOIR-RISQUES DIVERS  
GROUPE PRÉVOIR**

SA au capital de 9 000 000 €  
entièrement versé  
572 084 051 RCS Paris

**SIÈGE SOCIAL COMMUN**

19 rue d'Aumale - CS 40019  
75306 Paris cedex 09

Entreprises régies par  
le Code des assurances



**MIEUX VIVRE DEMAIN, DÈS AUJOURD'HUI**