

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT GROUPE A952 ASSURANCE COUVERTURE DE PRÊT

(A CONSERVER PAR L'ASSURÉ)

[Notice d'information NI1500175 bis 09 2018](#)

La présente notice s'applique aux nouvelles adhésions à compter du 1^{er} janvier 2018.

Elle est issue du contrat groupe souscrit par :

L'ASSOCIATION LIBERALE D'ASSURANCE ET DE PREVOYANCE (A.L.A.P.), Association régie par la Loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé 11 rue Brunel - 75017 PARIS - ci-après dénommée "LE SOUSCRIPTEUR*", auprès de **La MACSF assurances et de la MACSF prévoyance** - Sociétés d'Assurances Mutuelles, entreprises régies par le Code des Assurances, ayant toutes deux leur siège social au - Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - ci-après dénommées "L'ASSUREUR", au profit des assurés* au contrat.

LEXIQUE (les termes figurant dans la présente notice suivis d'un astérisque sont définis ci-dessous)

ASSURÉ

Personne physique à qui est accordée la garantie prévue par le contrat d'assurance et qui est signataire du bulletin d'adhésion sur laquelle reposent les garanties.

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

On entend par affection psychiatrique au sens du présent contrat les psychopathologies, les états dépressifs, les névroses, les psychoses, la spasmophilie, la tétanie, les états de stress et de surmenage, les troubles anxieux et apparentés.

BENEFICIAIRE ACCEPTANT

Personne(s) désignée(s) par l'Assuré* pour recevoir les prestations au titre des garanties du présent contrat. Sauf dérogation expresse, le bénéficiaire acceptant est l'organisme financier prêteur créancier des échéances du prêt concerné par le contrat.

CONJOINT

C'est le conjoint marié, non divorcé ni séparé de corps, ou le co-signataire de PACS de l'Assuré* ou le concubin.

CONSOLIDATION

La consolidation correspond au moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère de permanence tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier médicalement un degré d'invalidité* totale ou partielle, permanente ou définitive.

COMITE MEDICAL

Un Comité Médical ayant pour objet l'appréciation des risques est constitué par l'Assureur qui garantit le secret médical par la présence de son médecin conseil.

Le Comité Médical a également compétence pour donner un avis sur l'ouverture et le maintien des droits à prestations, les décisions étant prises par l'Assureur.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE)

Convention signée entre les pouvoirs publics, les professionnels, des associations de consommateurs et des associations de personnes malades ou handicapées pour permettre un meilleur accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

DELAI DE FRANCHISE

Période entre la date de reconnaissance d'un sinistre et le début de paiement de l'indemnisation.

Pour la garantie Incapacité Totale Temporaire de Travail*, c'est la Période d'incapacité de travail suite à un arrêt de travail non prise en charge par la garantie et au terme de laquelle débute le versement des prestations au titre de ladite garantie. La franchise est fixée en nombre de jours aux conditions particulières selon le choix effectué à l'adhésion (hors franchise prévue contractuellement pour les affections psychiatriques*).

EMPRUNTEUR

Personne physique ou morale qui demande et obtient d'un organisme financier une somme d'argent à rembourser, moyennant intérêts et frais.

INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

L'Assuré* exerçant une activité professionnelle à la veille de l'arrêt de travail est considéré en Incapacité Totale Temporaire de Travail lorsque son état, médicalement constaté, le place dans l'impossibilité totale d'exercer sa profession durant une période déterminée.

L'Assuré* n'exerçant plus d'activité professionnelle à la veille de l'arrêt de travail est considéré en Incapacité Totale Temporaire de Travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité totale, médicalement constatée d'exercer ses Occupations de la vie quotidienne* avec l'obligation d'observer un repos complet sur prescription médicale durant une période déterminée.

OCCUPATIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Faculté pour l'Assuré* n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

INVALIDITE

L'Invalidité est la réduction permanente (partielle ou totale) de certaines aptitudes.

Au sens du contrat, l'Assuré* est considéré en état d'Invalidité si ce dernier est en incapacité définitive de travail suite à une maladie ou un accident et après consolidation* de son état, lorsque son taux d'Invalidité est supérieur à 26%.

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

L'Assuré* est considéré comme étant en état de perte totale, et irréversible d'autonomie lorsqu'il est devenu de manière permanente incapable de se livrer à une quelconque occupation ou à un quelconque travail lui procurant gain ou profit, et doit recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins trois des quatre actes de la vie courante tels que se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer (catégorie 3 de la sécurité sociale).

RECHUTE ET RECIDIVE

On entend par Rechute ou Récidive au sens du contrat l'Incapacité Totale Temporaire de Travail* qui résulte :

- d'une aggravation de l'état pathologique initial,
- d'un nouvel état pathologique résultant de la pathologie d'origine,
- d'un état pathologique ayant des caractéristiques identiques à la pathologie d'origine,
- de la réapparition de la même pathologie, même s'il y a une cause nouvelle.

Pathologies bilatérales : lorsque l'indemnisation s'est effectuée sur un côté, l'indemnisation de l'atteinte controlatérale, même à distance, est prise en charge comme une Rechute* ou Récidive*.

SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT

L'association, personne morale, qui a négocié et conclu le contrat avec l'Assureur, au profit de ses membres adhérents..

TITRE I - LE CONTRAT : DISPOSITIONS GENERALES

ART 1 - OBJET DU CONTRAT ET CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

A - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir contre les risques :

- de Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (**garantie obligatoire**),
- d'Incapacité Totale Temporaire de Travail* et/ou d'Invalidité* (**garantie facultative**),

tout emprunteur*, co-emprunteur, locataire ou caution ayant bénéficié d'un financement tel que défini à l'article 2 A, et ci-après appelé "l'Assuré**".

- Est considérée comme un emprunteur*, co-emprunteur, locataire :
 - une personne physique membre des professions de santé, son conjoint*,
 - une personne physique, membre des professions de santé, caution d'une personne morale.L'emprunteur* peut être une personne morale mais l'assuré* au contrat est obligatoirement une personne physique.

- Est assimilée à une caution d'un emprunteur* personne physique :
 - une personne physique qui s'engage envers l'organisme financier prêteur des fonds à rembourser les échéances du prêt contracté par l'emprunteur* personne physique en cas de défaut de paiement de ce dernier.

B - GARANTIES PROPOSÉES POUR CHAQUE CATÉGORIE D'ASSURÉ*

a) Membre des professions médicales ou paramédicales exerçant à titre libéral :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*,
 - Incapacité Totale Temporaire de Travail* avec franchise* de 30 jours, 60 jours ou 90 jours, Invalidité* professionnelle partielle ou totale.
- Les affections psychiatriques* sont prises en charge après application d'une franchise* de 90 jours.**

b) Membre des professions de santé qui exerce soit en tant que salarié soit en exercice mixte et/ou en tant que remplaçant, soit en tant qu'hospitalier, soit en tant que personnel salarié d'entreprises de fabrication ou de distribution de produits médicaux :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*,
- Incapacité Totale Temporaire de Travail* avec franchise* de 90 jours, Invalidité* professionnelle partielle ou totale.

c) Conjoint* d'un professionnel de santé exerçant une activité professionnelle rémunérée :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*,
- Incapacité Totale Temporaire de Travail* avec franchise* de 90 jours, Invalidité* partielle ou totale.

d) Membre des professions de santé ou conjoint* d'un professionnel de santé n'exerçant pas ou n'exerçant plus d'activité professionnelle rémunérée :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*,

Les garanties Incapacité Totale Temporaire de Travail* et Invalidité* ne peuvent pas être souscrites.

e) Caution en faveur des emprunteurs* personnes physiques :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*.

Les garanties Incapacité Totale Temporaire de Travail* et Invalidité* ne peuvent pas être souscrites.

Ne peuvent être garanties au titre du contrat, les personnes physiques relevant des paragraphes B c) et B d) exerçant l'une des professions suivantes :

- professions de secours, sécurité, surveillance, maintien de l'ordre, militaire, convoyeurs de fonds, professions avec port ou manipulation d'armes, pompiers professionnels,
- professions avec manipulation ou transports de produits dangereux (explosifs, corrosifs, inflammables, radioactifs, toxiques, chimiques, nucléaires),
- professions exercées à hauteur supérieure à 20 mètres, en souterrain ou sur sites dangereux,
- professions du secteur pétrolier et gaz off-shore,
- sportifs professionnels, guide de haute montagne, guide de chasse,
- professions avec activités en mer telles que plongeur, marin-pêcheur,
- Cascadeur, Intermittent du spectacle/artiste,
- Bûcheron, Forestier, Chauffeur routier,
- professions exercées dans un pays à risque (cameraman, reporter photographe...).

ART 2 - ADMISSION À L'ASSURANCE

A - CONDITIONS D'ADMISSION

Est admissible à l'assurance en qualité d'Assuré*, dans le cadre des limites définies à l'article 1, toute personne physique membre de l'association souscriptrice, **âgée au moment de l'adhésion de moins de 75 ans pour les prêts amortissables et les prêts in fine et moins de 70 ans pour les prêts relais**, appartenant à l'une des catégories définies à l'article 1 A, et bénéficiant soit :

- d'un financement d'une durée maximale de 35 ans, amortissable par versements périodiques et comportant éventuellement :
- une période de différé d'amortissement au maximum de 36 mois, avec ou sans paiement d'intérêt,
- un déblocage successif des fonds.

- d'un crédit relais d'une durée maximum de 36 mois, remboursable en une seule fois au terme,
- d'un crédit IN FINE d'une durée maximum de 20 ans, remboursable en une seule fois au terme,
- d'un crédit-bail ou une location avec option d'achat (LOA) d'une durée maximum de 84 mois.

Pour un même contrat de financement, les montants des garanties peuvent être répartis sur plusieurs emprunteurs* ou cautions en fonction de la quotité assurée.

B - FORMALITÉS D'ADMISSION

Pour bénéficier des garanties du contrat, tout admissible est tenu de répondre de façon exacte, spontanée et complète, **sans tirc ni omission aux questions posées permettant l'appréciation des risques par l'Assureur.**

Les documents suivants doivent être complétés et signés et adressés à l'Assureur :

- un bulletin d'adhésion,
- les formalités médicales dont le contenu varie en fonction de l'importance des sommes empruntées et de l'âge de la personne admissible au moment de la souscription, sont à adresser sous pli cacheté à l'intention du médecin conseil.

Tout dossier incomplet ne pourra être examiné par le Comité Médical d'Admission et sera retourné à l'Assuré*.

Le Comité Médical d'Admission se réserve le droit de demander directement à l'Assuré* toute pièce et/ou complément d'informations qui lui sont nécessaires.

Il peut également lui demander de se soumettre à un examen médical ou tout autre examen qu'il juge nécessaire pour statuer.

Après étude de ces documents et, éventuellement, demande d'examen ou de renseignements complémentaires, l'Assureur communique sa décision à l'Assuré*.

Les documents complémentaires requis doivent également être complétés de façon exhaustive par le médecin examinateur sans tirc ni omission. Dans le cas contraire ils sont retournés par le Comité Médical* d'Admission.

Les débours entraînés par les examens éventuellement requis par le Comité Médical* d'Admission sont remboursés en cas d'acceptation, de refus ou d'ajournement de la demande par l'Assureur. Ce remboursement s'effectue sur présentation des notes d'honoraires correspondantes dûment acquittées, dans la limite d'un plafond indiqué sur le document "les formalités médicales" remis par l'Assureur et dès le paiement de la première cotisation en cas d'adhésion.

Pluralité de prêts : En cas de prêts simultanés ou consécutifs couverts par le contrat, les formalités à remplir sont celles qui seraient exigées pour un prêt dont le montant serait égal au cumul des capitaux à assurer dus ou restant dus par l'emprunteur*.

Jusqu'à la date d'effet de l'adhésion, toute modification ou circonstance nouvelle affectant les réponses apportées lors de l'adhésion devra être communiquée à l'Assureur.

En cas d'affections antérieures à l'adhésion, l'Assureur est en droit :

- **d'ajourner l'adhésion ;**
- **d'exclure du champ d'application de tout ou partie des garanties les affections déclarées antérieures à l'adhésion ;**

Toute exclusion doit être explicite, formelle et clairement délimitée ;

Si des infirmités ou affections ont été déclarées sur le questionnaire de santé et si elles n'ont pas fait l'objet d'une exclusion, notifiée préalablement à l'acceptation, toutes les garanties du contrat s'exercent sans limitation;

- **d'accepter une couverture sans restriction de garantie moyennant le paiement d'une surprime. La surprime est mentionnée aux Conditions Particulières après avoir été préalablement notifiée pour accord au proposant. Elle peut faire l'objet d'un écartement dans les conditions prévues à la Convention AERAS*.**

Dans le cas où l'Assureur envisage l'application d'une surprime, l'assurance ne sera effective qu'après réception de l'accord écrit de l'Assuré*.

Après déblocage des fonds, l'Assuré* reçoit les Conditions Particulières du contrat établies en triple exemplaires, dont :

- un est destiné à l'organisme prêteur,
- le second est à conserver par l'Assuré*,
- le troisième est à retourner à l'Assureur dûment revêtu de la signature des parties.

Les Conditions Particulières reproduisent les indications portées sur le bulletin d'adhésion et précisent notamment les garanties accordées, le montant de la cotisation et son échéance ainsi que les bénéficiaires acceptants.

L'organisme prêteur est réputé avoir la qualité de bénéficiaire acceptant*.

Toute demande de modification de bénéficiaire ou de la garantie doit faire l'objet d'un accord dudit bénéficiaire acceptant*.

C - FORMALITÉS EN COURS DE CONTRAT

L'Assuré* est tenu de déclarer en cours de contrat, les modifications ou circonstances nouvelles affectant les réponses apportées lors de l'adhésion telles que toute modification des caractéristiques de prêt ou de l'acte de cautionnement (changement de taux, remboursement anticipé partiel ou total, durée du prêt...).

Conformément à l'article L113-2 du Code des assurances, cette déclaration doit être effectuée par lettre recommandée, adressée au siège de l'Assureur, dans un délai de 15 jours à compter du moment où l'Assuré* a eu connaissance des circonstances nouvelles.

L'Assuré* est également tenu de communiquer tout changement de domicile.

LE SECRET MÉDICAL

L'Assureur garantit le respect du secret médical à tous les stades de procédures de gestion, tant à l'acceptation des risques qu'à l'ouverture et au maintien des droits à prestation.

Les motivations médicales d'éventuelles exclusions de risques ou de surprime sont communiquées uniquement à l'Assuré* par le Comité Médical d'Admission.

ART 3 - DATE D'EFFET DE L'ADHESION INDIVIDUELLE

L'adhésion prend effet après acceptation de l'assureur, à la date figurant au certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation. Dans le cadre d'une offre de prêt, la date d'effet choisie par l'assuré est au plus tôt la date d'acceptation de cette offre de prêt et au plus tard la date de premier déblocage des fonds. Dans le cadre d'un prêt en cours, la date d'effet est la date de substitution de l'assurance emprunteur.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat, et ce, pendant toute la durée du prêt assuré.

ART 4 - COTISATION ANNUELLE

A - PAR COTISATION ANNUELLE IL FAUT ENTENDRE :

- le coût de la garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*, y compris les surprimes éventuelles,
- le coût de la garantie Incapacité Totale Temporaire de Travail* et Invalidité*, y compris les surprimes éventuelles.

La cotisation est calculée sur le montant total du prêt en principal s'il s'agit d'un crédit. Elle est calculée sur le prix de facturation TVA incluse s'il s'agit d'un crédit bail ou d'une LOA.

Elle est personnalisée :

- en fonction du tarif en vigueur au moment de l'adhésion,
- en fonction de la profession de l'Assuré*,
- en fonction de l'âge de l'Assuré* à l'adhésion.

La cotisation annuelle peut être :

- soit constante pendant toute la durée du financement,
- soit variable et déterminée en fonction du capital restant dû à chaque échéance de remboursement du prêt.

B - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations (y compris s'il y a lieu les impôts et taxes sur les contrats d'assurances) sont payables au siège social de l'Assureur ou au domicile du mandataire éventuellement désigné par lui à cet effet.

Elle est payable par prélèvement automatique et conformément au fractionnement des échéances de prêt de l'adhérent (annuel, semestriel, trimestriel, mensuel).

C - CONSÉQUENCES DU NON PAIEMENT DES COTISATIONS (ARTICLE L.141-3 DU CODE DES ASSURANCES)

Lorsqu'une cotisation ou une fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'Assureur adresse à l'Assuré* une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement à l'Assureur ou au mandataire désigné par lui de la cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la résiliation de l'adhésion individuelle. Le contrat pourra cependant être maintenu en vigueur si le bénéficiaire acceptant* se substitue à l'Assuré* pour le paiement des cotisations.

ART 5 - CESSATION DES GARANTIES ET DU SERVICE DES PRESTATIONS

Les garanties et le service des prestations prennent fin :

- à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'emprunteur* tels qu'ils sont définis dans l'acte de financement,
- et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré* atteint :
 - son 80ème anniversaire pour la garantie Décès,
 - son 65ème anniversaire pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*,
 - son 68ème anniversaire pour les autres garanties.
- au jour du règlement des prestations suivantes :
 - Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*,
 - Invalidité* dont le taux est égal ou supérieur à 66% à l'exception des prêts dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt In fine).

Les prestations ne sont versées que pour le temps où l'Assuré* se trouve engagé vis-à-vis de l'organisme prêteur et sont interrompues dès le terme du prêt.

ART 6 - CESSATION DE L'ADHESION INDIVIDUELLE / RESILIATION

A - CESSATION DE PLEIN DROIT

L'adhésion au contrat groupe cesse de plein droit pour l'Assuré* :

- au jour du paiement de la dernière échéance de remboursement du financement,
- au jour du remboursement anticipé du financement, après avoir obtenu de l'organisme prêteur une mainlevée entière et définitive : la portion de cotisation non courue est alors remboursée,
- au jour de la déchéance du prêt prononcée en raison de la défaillance de l'emprunteur*,
- en cas de décès d'un co-emprunteur* ou de la caution prédécédée assuré à hauteur de 100% du montant des engagements financiers,
- en cas de versement du capital assuré restant dû au titre de la garantie Invalidité* pour un taux d'Invalidité* égal ou supérieur à 66 % ou au titre de la garantie PTIA ou de la garantie Décès,
- et au plus tard à l'âge limite prévu pour la garantie Décès (cf. article 5).

B - RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR

L'adhésion au contrat groupe est résiliée par l'Assureur :

- en cas de non paiement des cotisations (article L.141-3 du Code des assurances),
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration des risques à l'adhésion ou en cours de contrat (article L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances).

La résiliation par l'Assureur est notifiée par lettre recommandée adressée à l'Assuré* au dernier domicile connu et au bénéficiaire acceptant*.

C - RÉSILIATION L'ADHERENT ASSURE

L'Adhérent assuré* dispose d'un droit de résiliation de son adhésion au présent contrat, pour les prêts immobiliers à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation :

- conformément à l'article L.113-12-2 du code des assurances, l'Adhérent assuré* peut résilier le contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt. Il notifie à l'assureur ou à son représentant sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée.

- conformément à l'article L.113-12 du code des assurances, l'Adhérent assuré* peut résilier son adhésion à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat d'assurance.

L'Assuré* doit également notifier à l'Assureur par lettre recommandée :

- soit l'acceptation par l'établissement prêteur de la substitution du contrat, accompagnée obligatoirement de la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

La résiliation de l'adhésion individuelle au contrat groupe prend effet dix jours après la réception par l'Assureur de la décision de l'établissement prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'établissement prêteur si celle-ci est postérieure ou à la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance substitué,

- soit le refus par l'établissement prêteur, de la substitution du contrat.

Dans ce cas, l'adhésion individuelle au contrat groupe n'est pas résiliée et se poursuit sans interruption.

ART 7 - GARANTIE DES DROITS DE L'ASSURE

A - DÉLAI DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au siège de MACSF prévoyance.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre suivant :

*"Monsieur le Directeur,
Je soussigné(e), domicilié(e)....., prie MACSF prévoyance de bien vouloir considérer qu'à dater de ce jour, je désire renoncer à la police n° souscrite auprès de votre société. Vous voudrez bien, en conséquence, effectuer dans le délai requis la restitution de l'intégralité des sommes versées.
Fait à, le"
Signature de l'Assuré"*

La renonciation entraîne la restitution, par l'Assureur, de l'intégralité des sommes versées par le contractant dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

Au terme de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

L'Assureur informe par courrier le bénéficiaire acceptant* de la renonciation à l'adhésion au contrat exercé par l'Assuré*.

B - PRESCRIPTION

Conformément à l'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 :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré*.

Conformément à l'article L.114-2 du Code, la prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre et par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Le texte intégral de ces articles figure dans l'encadré ci-dessous.

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.

ARTICLES 2240 À 2246 DU CODE CIVIL

Article 2240

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

Article 2241

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

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

Article 2243

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

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

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

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

C - MODALITÉS D'EXAMENS DES RÉCLAMATIONS

En cas de litige relatif à l'application de ce contrat, une voie de recours amiable est à la disposition de l'assuré.

L'assuré peut l'exercer auprès du Service Réclamations par voie postale à l'adresse suivante :

10 Cours du Triangle de l'Arche - TSA 70400 - 92919 La défense Cedex

ou par voie électronique à l'adresse suivante : **reclamations@macsf.fr**

Si le litige persiste, et après épuisement de toutes les voies de recours en interne, l'assuré a la possibilité de saisir le Médiateur de la profession dont les coordonnées sont les suivantes :

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

D - DROIT D'ACCÈS ET RECTIFICATION DES FICHIERS

Les données personnelles recueillies par l'assureur auprès de l'assuré sont nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution des contrats et des services souscrits et font l'objet d'un traitement informatique déclaré à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) .

A ce titre, l'assuré est informé que ses données pourront être transmises aux personnels habilités de l'assureur, à ses partenaires et sous-traitants.

Ces données personnelles seront conservées pour les durées de prescription légales applicables.

Conformément à la loi "Informatiques et libertés" n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données personnelles.

L'assuré a également la possibilité de s'opposer, pour motifs légitimes, au traitement de ses données personnelles et d'adresser les directives concernant le sort de ses données post-mortem.

Pour exercer ses droits, l'assuré peut adresser un courrier à :

MACSF - direction Juridique groupe - 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 La Défense Cedex

ART 8 - FONDS DE GARANTIE

MACSF prévoyance contribue annuellement aux ressources du fonds de garantie des assurances de personnes prévu à l'article L423-1 et suivants du Code des Assurances.

ART 9 - RISQUES EXCLUS

A - AU TITRE DE TOUTES LES GARANTIES

1) sont toujours exclus des garanties, sans possibilité de majoration de cotisation, les conséquences des événements suivants :

a) la guerre étrangère, la guerre civile, les émeutes ou les mouvements populaires dans les conditions prévues à l'article L.121-8 du code des assurances,
b) les effets directs ou indirects d'explosion, le dégagement de chaleur, l'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les dommages dus aux effets de radiations pratiquées par l'accélération artificielle de particules.

2) sont toujours exclus des garanties, sans possibilité de majoration de cotisation, les sports et activités de loisirs suivants :

a) la participation à titre professionnel à des compétitions sportives de niveau national ou international ou à des essais, à des tentatives de records ou à des rallyes sportifs ou à des raids,

b) la pratique des sports suivants :

• en Europe, les expéditions, les courses, l'alpinisme ou les randonnées à ski en montagne :

- nécessitant, pour leur pratique, le port de tout équipement particulier (tels que crampons, baudriers, piolets, encordements..) en vue d'escalades, ou du franchissement de zones de rochers ou de passage de glacier,
- ou pratiqués dans une zone au-delà de 4000 mètres d'altitude.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'activité est effectuée avec un guide diplômé.

• hors d'Europe, les expéditions, les courses, l'alpinisme ou les randonnées à ski en montagne,

• ski extrême,

• cascades gelées,

• escalade sans sécurité,

• deltaplane, parapente, saut en parachute à ouverture retardée, ULM, voltige aérienne,

• vols sur engins ou matériels non munis d'un certificat de navigabilité, ou vols sur engins ou matériels conduits par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valide,

• Plongée en solitaire, plongée de nuit sans moniteur, plongée avec scaphandre autonome sans brevet, au delà des limites prévues par le niveau de plongée dont est titulaire l'assuré* sans excéder les 60 m,

• spéléologie solitaire ou avec plongée,

• Bateau offshore, ski nautique de vitesse,

• saut à l'élastique, canyoning sans guide.

La pratique des autres sports et activités de loisirs est garantie sans majoration de cotisation.

B - AU TITRE DE LA GARANTIE DECÈS

Est exclu, le suicide au cours de la 1^{ère} année d'assurance.

Toutefois cette exclusion ne s'applique pas aux prêts destinés à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré* et dans la limite du plafond de 120 000€ en vigueur au 01/01/2018 (conformément aux articles L132-7 et R 132-5 du code des assurances).

C - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITE

Sont toujours exclus :

a) les conséquences des maladies, des accidents ou des mutilations occasionnés, provoqués ou aggravés intentionnellement par l'assuré*, y compris les tentatives de suicide,

b) les conséquences des maladies résultant de l'absence de soins indispensables ou du non respect du traitement médical prescrit,

c) les conséquences d'un état pathologique préexistant, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie délimités et déterminés médicalement comme antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion, par le Comité Médical*,

d) la fibromyalgie,

e) les syndromes de fatigue chronique et autres asthénies non organiques,

f) les conséquences de l'état alcoolique ou d'un accident de la circulation* survenu avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour de l'événement ou de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,

g) les conséquences des soins donnés par une personne non autorisée, sauf si l'assuré* est hors d'état de refuser,

h) les cures de quelque nature qu'elles soient autres que :

- les cures de désintoxication suivies dans le cadre du traitement de l'alcoolisme. Dans ce cas, la garantie Incapacité temporaire totale de travail est acquise pendant la durée de l'hospitalisation dans les conditions de l'article 15,

- les séjours en stations thermales et climatiques intervenant dans la continuité de l'arrêt de travail qui a justifié le versement d'une indemnisation au titre de la garantie Incapacité Totale Temporaire de Travail*, et ce, pour le traitement de la pathologie ou lésion en cause,

i) les conséquences des interventions chirurgicales à visée exclusivement esthétique,

j) les grossesses et accouchements, pendant la période de droit à interruption d'activité ou de congé maternité prévue par le régime obligatoire,

k) les conséquences des actes de terrorisme ou d'attentats (respectivement définis aux articles 421-1 et suivant et 412-1 du code pénal) ou des actes de sabotage,

l) les conséquences de la participation de l'assuré* à des rixes, sauf en cas de légitime défense,

m) les conséquences de la participation de l'assuré*, à bord d'un véhicule terrestre à moteur ou engin motonautique ou aéronautique et en tant que concurrent à des compétitions, matchs, paris, défis, courses et épreuves de vitesse, d'endurance ou à leurs essais préparatoires,

n) les conséquences des dommages causés par les tremblements de terre, éruptions de volcans, inondations, raz de marée ou autres cataclysmes.

ART 10 - ETENDUE TERRITORIALE

Le contrat produit ses effets en France Métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre Mer, les Collectivités d'Outre Mer, et en cas de déplacement dans le monde entier à titre personnel, professionnel ou humanitaire.

Dans tous les cas, le paiement des cotisations et le règlement des prestations demeurent payables en Euros.

TITRE II - LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS

SOUS TITRE I - GARANTIES DECÈS ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

ART 11 - GARANTIE DECES

En cas de décès de l'Assuré*, l'Assureur s'engage au versement du capital prévu à l'article 14 ci-après au bénéficiaire acceptant* désigné aux Conditions Particulières.

Cette garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 5 ci-avant et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré* atteint son 80^{ème} anniversaire.

ART 12 - GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

La garantie PTIA est accordée sans majoration de cotisation par extension de la garantie Décès, sauf décision contraire portée à la connaissance de l'Assuré* sur l'attestation d'Assurance et /ou sur les Conditions Particulières.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* l'Assureur s'engage au versement du capital prévu à l'article 14 ci-après au bénéficiaire acceptant* désigné aux Conditions Particulières.

La garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 5 ci-avant et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré* atteint son 65^{ème} anniversaire.

SOUS TITRE II - REGLES COMMUNES AUX DEUX GARANTIES

ART 13 - CAPITAL ASSURE A LA SOUSCRIPTION

Le capital assuré, à la souscription, est égal :

- au montant du prêt en principal, conformément au tableau d'amortissement annexé à l'acte de prêt,
- pour le crédit-bail ou la location avec option d'achat : au montant du prix de facturation TVA comprise.

Le capital assuré est limité au plafond fixé aux Conditions Particulières en vigueur au moment de l'adhésion.

Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties souscrites au titre du contrat.

ART 14 - PAIEMENT DE LA PRESTATION

Le montant de la prestation est égal :

- au montant du prêt en principal restant dû, conformément au tableau d'amortissement annexé à l'acte de prêt,
- pour le crédit-bail ou la location avec option d'achat : à la somme des loyers restant dus au jour du sinistre, augmenté de la valeur résiduelle, TVA comprise.

Le montant de la prestation est limité à la quotité assurée.

La prestation est versée après transmission des pièces justificatives prévues à l'article 17 ci-après. Les cotisations restent dues jusqu'au jour de l'exigibilité du capital.

L'Assuré* est toujours considéré comme ayant réglé toutes les échéances antérieures de remboursement du financement. Les échéances impayées du prêt ne seront pas prises en charge au titre du contrat.

A - EN CAS DE DECÈS

Le paiement s'effectue au profit du bénéficiaire acceptant* figurant aux Conditions Particulières. **Les intérêts courus entre la date de survenance du décès ouvrant droit à prestation et celle où son règlement deviendra effectif, sont à la charge de la succession.**

B - EN CAS DE PTIA

Le capital prévu au présent article devient exigible au jour de la consolidation* et est versé par anticipation au bénéficiaire acceptant* précisé aux Conditions Particulières selon la quotité assurée à la garantie souscrite et conformément au dernier tableau d'amortissement en vigueur.

Les intérêts courus entre la date de survenance de l'évènement ouvrant droit à prestation et celle où son règlement deviendra effectif, sont à la charge de l'Assuré*.

SOUS TITRE III - GARANTIES INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITE

ART 15 – INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT)

A – GARANTIE INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

En cas d'Incapacité Totale Temporaire de Travail*, par suite de maladie ou d'accident, l'Assureur règle au bénéficiaire acceptant* tel qu'il est précisé aux Conditions Particulières et sous réserve de l'application du délai de franchise* fixée auxdites Conditions Particulières des indemnités journalières ou de la franchise* spécifique de 90 jours prévue en cas d'affection psychiatrique* sous la forme suivante :

- s'il s'agit d'un prêt amortissable, la ou les mensualités ou trimestrialités à échoir pendant la période d'inactivité selon la quotité assurée, au prorata du nombre de jours d'arrêt total de travail jusqu'à la date de consolidation* et au plus tard au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail,
- s'il s'agit d'un crédit-bail ou LOA, le ou les loyers à échoir, TVA comprise, pendant la même période selon la quotité assurée, au prorata du nombre de jours d'arrêt total de travail jusqu'à la date de consolidation* et au plus tard au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail,
- s'il s'agit d'un prêt dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt In Fine) les échéances d'intérêts à échoir pendant la période d'inactivité selon la quotité assurée, au prorata du nombre de jours d'arrêt total de travail jusqu'à la date de consolidation* et au plus tard au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail, à l'exclusion de tout remboursement de capital en principal.

Cette garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 5 ci-avant et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré* atteint son 68^{ème} anniversaire.

B. MI-TEMPS THERAPEUTIQUE RESERVE AUX ASSURES EXERCANT UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE A LA VEILLE DE L'ARRET DE TRAVAIL

En cas de reprise d'activité à temps partiel dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, la ou les mensualités ou trimestrialités à échoir prévues au paragraphe A du présent article peuvent être maintenues à hauteur de 50% de la quotité assurée au prorata du nombre de jours d'arrêt et dans la limite maximum de 180 jours au titre du même sinistre sous réserve que l'Assuré* ait été en Incapacité Totale de Travail pendant toute la durée de la franchise* choisie figurant aux Conditions Particulières.

En tout état de cause, la durée maximum de prestations visée au paragraphe A du présent article ne peut excéder la durée maximum de la garantie.

C. RECHUTE* OU RECIDIVE*

• En cas de Rechute* ou de Récidive* survenant moins de 3 mois après la reprise totale d'activité ou des Occupations de la vie quotidienne*, le sinistre se poursuit dès le 1er jour de la Rechute* ou de la Récidive* sans application d'une nouvelle franchise*, sur les bases du sinistre en cours à l'origine de l'accident ou de la maladie concernée.

En cas de Rechute* ou Récidive* survenant de 3 mois jusqu'à 12 mois après la reprise totale d'activité ou des Occupations de la vie quotidienne*, le sinistre se poursuit après application de la franchise* prévue au contrat, sur les bases du sinistre en cours à l'origine de l'accident ou de la maladie concernée.

Quel que soit le nombre de ces Rechutes* ou Récidives*, la durée totale d'indemnisation ne peut excéder la durée maximum de la garantie visée au paragraphe A du présent article.

• Toute Rechute* ou Récidive* survenant plus de douze mois après la reprise totale de travail, est considérée comme un nouveau sinistre (article 15.A).

D - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve de fournir l'ensemble des pièces prévues à l'article 17 ci-après, les prestations sont versées pendant la durée de l'Incapacité Totale Temporaire de Travail* au bénéficiaire acceptant*. Le montant des prestations est proratisé le 1^{er} et le dernier mois du versement.

Les prestations sont versées jusqu'au terme du prêt, et au plus tard au terme de la garantie.

L'Assuré* conservera toutefois la charge de rembourser lui-même, à chaque échéance, la part de l'amortissement correspondant à la part du financement en principal, le cas échéant les loyers ou les intérêts, dépassant la garantie accordée (quel que soit le nombre de prêts assurés et le montant global des échéances de remboursement).

Par ailleurs, l'Assuré* continue de payer le montant des cotisations dû au titre du présent contrat.

Le versement de la prestation est interrompu :

- en cas de reprise à temps plein de l'activité professionnelle ou même partielle des Occupations de la vie quotidienne*
- en cas de consolidation* de l'état médical dûment constaté,
- au terme maximum de la garantie tel que défini au A du présent article.

ART 16 - INVALIDITE

Dès lors que l'Invalidité* est reconnue par le Comité Médical* suite à la consolidation* de l'état médical de l'Assuré*, la prestation Incapacité Totale Temporaire de Travail* prend fin et la garantie Invalidité* peut être mise en œuvre.

Cette garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 5 ci-avant et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré* atteint son 68^{ème} anniversaire.

A - POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

INVALIDITE PROFESSIONNELLE PARTIELLE OU TOTALE

L'Invalidité* prise en compte est **une Invalidité* professionnelle**.

Lors de la consolidation* de l'état médical de l'Assuré*, le Comité Médical* détermine un taux d'Invalidité*. Ce taux est déterminé par référence au barème professionnel annexé la notice (cf. Annexe 2), en fonction de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur l'activité professionnelle spécifique exercée.

La répercussion de l'Invalidité* est évaluée en comparant l'activité de l'Assuré* après l'accident ou l'affection à celle qu'il menait auparavant et en tenant compte des conditions normales d'exercice de sa profession, des possibilités de rééducation, d'appareillage et de la capacité d'exercice restante.

Le taux d'Invalidité* retenu est indépendant de celui des régimes obligatoires prévus par le Code de la sécurité sociale.

B - POUR LES NON-PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

LE CONJOINT*, CO-EMPRUNTEUR D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE : INVALIDITE PARTIELLE OU TOTALE

L'Invalidité* prise en compte est **une Invalidité* fonctionnelle et professionnelle**.

Lors de la consolidation* de l'état médical, le Comité Médical détermine un taux d'incapacité fonctionnelle et un taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, selon le barème de droit commun du Concours Médical, en vigueur au jour de la constatation de l'état d'Invalidité*. Il est basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession, des possibilités d'exercice restantes et des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le taux d'invalidité est déterminé selon le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle à partir du tableau croisé ci-dessous:

		Taux d'incapacité fonctionnelle									
		%	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'incapacité professionnelle	10		21	25	29	33	37	40	43	46	
	20		26	32	37	42	46	50	54	58	
	30	23	30	36	42	48	53	58	62	67	
	40	24	33	40	46	52	58	64	69	74	
	50	27	36	43	50	56	63	68	74	79	
	60	29	38	46	53	60	66	73	79	84	
	70	30	40	48	56	63	70	77	83	89	
	80	32	42	50	58	66	73	80	87	93	
	90	33	43	52	61	69	76	83	90	97	
	100	34	45	54	63	71	79	86	93	100	

Le taux d'invalidité est pris en compte à partir de 26%.

C - POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE OU NON PROFESSIONNELS DE SANTÉ N'EXERCANT PLUS D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE A LA VEILLE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL : INVALIDITÉ* PARTIELLE OU TOTALE

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0% à 100% en dehors de toute considération professionnelle selon le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour de la constatation de l'état d'Invalidité*.

Il est basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident.

D - PAIEMENT DE LA PRESTATION

1) Evaluation du taux

Le taux d'Invalidité est reconnu par le Comité Médical :

- Soit pour une période temporaire éventuellement reconductible,
- Soit de façon définitive.

Si le taux d'Invalidité est compris entre 26% et 65% inclus et s'il n'est pas reconnu comme définitif par le Comité Médical, il peut être révisable en augmentation ou en diminution durant toute la période de service des prestations.

2) Versement des prestations

Le versement des prestations est subordonné à la fourniture des pièces prévues à l'article 17 ci-après. Le 1^{er} mois de versement est proratisé.

Lorsque le taux d'Invalidité est inférieur à 26%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Lorsque le taux d'Invalidité est compris entre 26% et 65% inclus, l'Assureur prend en charge le montant des échéances en fonction de la quotité assurée et proportionnellement au taux d'Invalidité retenu par le Comité Médical :

- s'il s'agit d'un prêt amortissable, la ou les mensualités, trimestrialités ou annuités à échoir,
- s'il s'agit d'un crédit bail ou LOA, le ou les loyers à échoir, TVA comprise,
- s'il s'agit d'un prêt dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt in fine), les échéances d'intérêts jusqu'au terme du contrat de prêt, à l'exclusion de tout remboursement de capital en principal.

Le versement est directement effectué auprès du bénéficiaire acceptant*.

Lorsque le taux d'Invalidité est égal ou supérieur à 66%, l'Assureur prend en charge :

- pour un prêt amortissable : le capital restant dû au jour de la consolidation*, versé par anticipation au bénéficiaire acceptant* tel qu'il est précisé aux Conditions Particulières selon la quotité assurée et conformément au dernier tableau d'amortissement en vigueur,
- s'il s'agit d'un prêt dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt in fine), les échéances d'intérêts jusqu'au terme du contrat de prêt, à l'exclusion de tout remboursement de capital en principal,
- s'il s'agit d'un crédit-bail ou d'une location avec option d'achat, la somme des loyers restant dus au jour du sinistre augmentée de la valeur résiduelle, selon la quotité assurée, TVA comprise.

Les cotisations restent dues jusqu'au jour de l'exigibilité du capital.

Les intérêts courus entre la date de survenance de l'évènement ouvrant droit à prestation et celle où son règlement deviendra effectif, sont à la charge de l'Assuré*.

Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties souscrites au titre du contrat.

3) Terme de la prestation

Le versement des prestations cesse :

- dès que le taux d'Invalidité devient inférieur à 26% si ce taux est révisable,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- au terme de la garantie.

SOUS TITRE IV - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

ART 17 - DELAIS ET PIECES A FOURNIR

A - POUR TOUTES LES GARANTIES

En cas d'accident ou de maladie, l'Assuré* doit en aviser l'Assureur, par écrit, par téléphone ou par fax.

Pour toutes les garanties du contrat, le versement de la prestation est subordonné à la fourniture des pièces suivantes :

- le tableau d'amortissement en vigueur précisant la valeur du capital assuré restant dû au jour du sinistre,
- un relevé bancaire reprenant la dernière échéance du prêt.

L'Assureur se réserve la faculté de demander tout autre document nécessaire au règlement du capital ou des échéances.

L'Assureur ne pourra prendre en considération tout sinistre qui serait déclaré plus de six mois après sa survenance, sauf en cas de force majeure.

B - POUR LA GARANTIE DÉCÈS

Le paiement s'effectue au profit du bénéficiaire acceptant* figurant aux Conditions Particulières après transmission des pièces justificatives suivante:

- l'acte de décès,
- un certificat médical confidentiel établi par le médecin traitant et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-Conseil, précisant les causes et circonstances du décès.

C- POUR LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE*

Pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*, le certificat établi par le médecin traitant doit faire ressortir l'état d'Invalidité* et son caractère définitif avec nécessité de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins trois des quatre actes de la vie courante, tels que se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer. L'Assuré* devra joindre toutes pièces complémentaires qu'il pourrait détenir pour attester ledit état d'Invalidité* nécessitant de recourir à l'assistance d'une tierce personne, une attestation d'Invalidité* totale absolue et définitive du régime d'assurance maladie dont il dépend ou une attestation de catégorie 3 de la Sécurité Sociale.

D - POUR LES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ*

En cas d'accident ou de maladie, l'Assuré* ou toute autre personne agissant en son nom doit, dans les 10 jours de la survenance de l'évènement sous peine de déchéance totale ou partielle, sauf cas fortuit ou force majeure :

- en cas de maladie, indiquer la nature de la maladie ainsi que le mode et la date d'apparition des premiers signes de l'affection,
- en cas d'accident, relater les circonstances en précisant le lieu, la date et l'heure de survenance, et préciser s'il a été dressé un procès verbal.

L'Assuré* devra également adresser, sous pli confidentiel directement à l'attention du médecin Conseil de l'Assureur, un certificat médical attestant des causes de l'accident ou de la maladie, de la nature et de la localisation des blessures ou lésions et de leurs conséquences connues ou présumées.

ART 18 - ROLE DU COMITE MEDICAL EN CAS DE SINISTRE

A - OUVERTURE ET MAINTIEN DES DROITS À PRESTATION

Le Comité Médical a également compétence pour donner un avis sur l'ouverture et le maintien des droits à prestations, les décisions étant prises par l'Assureur.

Selon les cas et afin de pouvoir conclure en toute connaissance de cause, le Comité Médical peut :

- convoquer l'Assuré* aux frais de l'Assureur (sauf contre indication médicale),
- missionner un médecin aux frais de l'Assureur pour examiner l'Assuré*.

Pour les assurés hors métropole, la convocation de l'Assuré* ou le missionnement d'un médecin peut se dérouler à la demande du Comité Médical* en France métropolitaine.

L'Assuré* ne peut prétendre à aucune indemnité compensatrice de perte de revenu pendant le temps consacré à ces investigations.

A tout moment, le Comité Médical* peut, à ses frais, demander des pièces justificatives ou missionner un médecin pour examiner l'Assuré*. **Tout refus opposé à ces contrôles entraîne la déchéance des garanties en cause.**

B - RECOURS

L'Assuré* peut contester cette décision par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur dans un délai de 30 jours après en avoir eu connaissance.

L'Assureur propose alors à l'Assuré* de se soumettre à une expertise confiée à un tiers expert de la spécialité concernée.

Le choix de cet expert intervient d'un commun accord entre l'Assureur et l'Assuré*. Il pourra se faire parmi une liste d'experts inscrits auprès de la cour d'appel du domicile de l'Assuré*.

Les honoraires de ce tiers expert sont répartis pour moitié par parts égales entre l'Assureur et l'Assuré*.

L'Assureur et l'Assuré*, s'ils le souhaitent, peuvent respectivement se faire assister lors de l'expertise par un médecin.

Chacun conserve, à sa charge, les honoraires inhérents à cette représentation et ses frais.

Cette expertise intervient avant toute procédure judiciaire.

ART 19 - FAUSSES DECLARATIONS

Pour toute réticence ou fausse déclaration faite à la souscription ou en cours de contrat et constatée à l'occasion d'un sinistre, l'Assureur pourra conformément aux dispositions du Code des assurances opposer au bénéficiaire les sanctions suivantes :

- réduction de l'indemnité si le fait n'est pas intentionnel (article L.113-9 du Code des assurances),
- nullité du contrat, sans indemnité, si le fait est intentionnel (article L.113-8 du Code des assurances),
- réduction de l'indemnité ou nullité du contrat en cas d'erreur sur l'âge (article L.132-26 du Code des assurances).

Si à l'occasion d'un sinistre, il est sciemment fait usage de fausse déclaration, notamment par l'usage de faux justificatifs ou de moyens frauduleux, par l'Assuré* ou ses ayants droit, aucune indemnité ne sera due par l'Assureur (déchéance du contrat). Dans ce cas, si des indemnités ont déjà été versées, l'Assureur est en droit de les récupérer en totalité, sans préjudice d'une possible demande de dommages et intérêts en justice.

SOUS TITRE V - DISPOSITIONS SPECIFIQUES RELATIVES À LA CONVENTION AERAS

ART 20 - PRINCIPES RELATIFS A LA CONVENTION AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS* (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) ayant pour but de faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Pour les crédits à la consommation, avec la Convention, l'emprunteur* peut bénéficier d'une assurance emprunteur*, sans avoir à remplir un questionnaire de santé, s'il remplit les conditions suivantes :

- être âgé au maximum de 50 ans ;
- crédit d'une durée inférieure ou égale à 4 ans ;
- montant cumulé de ses crédits entrant dans cette catégorie ne dépassant pas 17 000 euros ;
- remplir une attestation sur l'honneur de non cumul de prêt au-delà du plafond de 17 000 euros.

Pour les prêts immobiliers et professionnels, la Convention prévoit un dispositif d'examen approfondi de la demande d'assurance, dans le respect des dispositions de confidentialité prévues par la Convention. Cet examen comporte trois niveaux.

Si l'état de santé de l'emprunteur* ne lui permet pas d'être assuré aux conditions standards du contrat pour la garantie incapacité et Invalidité (c'est-à-dire le premier niveau), son dossier sera automatiquement examiné à un 2^{ème} niveau, sans démarche particulière de sa part, pour lui proposer chaque fois que cela sera possible une garantie additionnelle d'Invalidité spécifique à la Convention AERAS* (cf. annexe 1 pour le fonctionnement de cette garantie).

Lorsqu'elle est accordée, cette garantie spécifique ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'Assuré*.

Par rapport à un contrat standard, le tarif relatif aux 1^{er} et 2^{ème} niveaux sera peut-être plus important et/ou les garanties parfois limitées.

À l'issue de l'examen de deuxième niveau, si une proposition d'assurance ne peut pas être établie, le dossier sera examiné à un troisième niveau, dans la mesure où il répond aux conditions suivantes :

- le montant cumulé de ses prêts ne dépasse pas 320 000 euros, sans tenir compte des prêts relais lorsqu'il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale ;
- l'emprunteur* aura 70 ans au plus en fin de prêt.

Si l'Assureur n'a pas pu proposer à l'emprunteur* la garantie Invalidité spécifique, il étudiera la possibilité de lui proposer la couverture du risque de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (PTIA).

En cas de refus d'assurance, l'établissement de crédit examinera avec l'emprunteur* les possibilités de garanties alternatives (cautions, hypothèques, ...).

Pour plus d'informations, l'emprunteur* peut se rendre sur le site officiel de la Convention AERAS* : www.aeras-infos.fr ou consulter le dépliant qui lui a été remis.

ANNEXE 1 - LE FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE ADDITIONNELLE D'INVALIDITE SPECIFIQUE A LA CONVENTION AERAS*

La présente garantie est souscrite dans les conditions prévues à l'article 20 ci-avant dans le cadre de la Convention AERAS*. Elle est soumise aux dispositions des présentes conditions générales, ses conditions spécifiques sont précisées ci-après.

Dès lors que l'Invalidité est reconnue par le Comité Médical* suite à la consolidation* de l'état médical de l'Assuré*, la garantie additionnelle d'Invalidité spécifique peut être mise en œuvre.

Cette garantie prend fin à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'emprunteur* tels qu'ils sont définis dans l'acte de financement et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré* atteint son 70ème anniversaire.

A. INVALIDITÉ

L'Invalidité prise en compte est une Invalidité fonctionnelle et professionnelle.

Lors de la consolidation* de l'état médical, le Comité Médical* détermine :

- L'incapacité professionnelle. Elle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension Invalidité* 2ème ou 3ème catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non salariés.

- Le taux d'incapacité fonctionnelle sur la base du barème d'Invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires.

B. EVALUATION DU TAUX

Le taux d'Invalidité est reconnu par le Comité Médical* :

- soit pour une période temporaire éventuellement reconductible,

- Soit de façon définitive.

En cas de poly-pathologies, la cotation est additive, c'est à-dire qu'elle s'effectue en sommant le taux des différentes pathologies.

Si le taux d'Invalidité est inférieur à 70% et s'il n'est pas reconnu comme définitif par le Comité Médical*, il peut être révisable en augmentation ou en diminution durant toute la période de service des prestations.

C. VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations est subordonné à la fourniture des pièces prévues à l'article 17 du présent contrat.

Le 1er mois de versement est proratisé.

Lorsque le taux d'Invalidité* est inférieur à 70%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Lorsque le taux d'incapacité fonctionnelle est au moins égal à 70%, l'Assureur prend en charge :

- Pour un prêt amortissable : le capital restant dû au jour de la consolidation*, versé par anticipation au bénéficiaire acceptant* tel qu'il est précisé aux conditions particulières selon la quotité assurée* et conformément au dernier tableau d'amortissement en vigueur.

- S'il s'agit d'un prêt dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt in fine) : les échéances d'intérêts jusqu'au terme du contrat de prêt, à l'exclusion de tout remboursement de capital en principal.

- S'il s'agit d'un crédit-bail ou d'une location avec option d'achat : la somme des loyers restant dus au jour du sinistre augmentée de la valeur résiduelle, selon la quotité assurée, TVA comprise.

Les cotisations restent dues jusqu'au jour de l'exigibilité du capital.

Les intérêts courus entre la date de survenance de l'événement ouvrant droit à prestation et celle où son règlement deviendra effectif, sont à la charge de l'Assuré*.

Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties souscrites au titre du présent contrat.

D. TERME DE LA PRESTATION

Le versement des prestations cesse :

- Dès que le taux d'Invalidité* devient inférieur à 70% si ce taux est révisable

- Au terme normal ou anticipé de chaque prêt

- Au terme du 70ème anniversaire de l'Assuré*.