

**Contrat Groupe « PLAN PERSONNALISE D'ASSURANCE DES PRETS »**

**NOTICE D'INFORMATION DE LA FORMULE « PPAP ACCESSION »  
valant informations contractuelles et précontractuelles**

**Extrait de la Convention d'assurances collectives des emprunteurs souscrite par MONABANQ, l'organisme créancier, auprès de ACM VIE SA pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité et Incapacité de Travail et auprès de SERENIS ASSURANCES SA pour la garantie Perte d'Emploi**

**La société ACM VIE SA est désignée comme la société interlocutrice chargée d'assurer les relations entre les emprunteurs et l'assureur.**  
Toutes les dispositions de la convention d'assurances collectives peuvent être modifiées par avenant signé entre le souscripteur et l'assureur.

ACM VIE SA  
Société anonyme au capital de 778.371.392€  
RCS STRASBOURG B 332 377 597  
Entreprise régie par le Code des Assurances  
Siège Social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen  
67000 STRASBOURG

SERENIS ASSURANCES SA  
Société anonyme au capital de 16.422.000 €  
RCS ROMANS 350 838 686  
Entreprise régie par le Code des Assurances  
Siège Social : 25 rue du Docteur Henri Abel 26000 VALENCE  
Adresse postale : 63 Chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN Cedex

**La gestion du contrat d'assurance des emprunteurs décrit ci-dessous est assurée par :  
ACM VIE - Service Emprunteurs - 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen - 67000 STRASBOURG  
Adresse postale : 46 rue Jules Méline 53098 LAVAL Cedex**

**Pour toute demande de renseignements ou autres correspondances, veuillez vous adresser au service gestionnaire, au 03.88.14.62.94.  
Ou par mail à : [cgestelevie@televie.fr](mailto:cgestelevie@televie.fr)**

**Pour toute demande de sinistre ou question relative aux sinistres, veuillez vous adresser au 03.88.13.22.27.**

**QUELQUES DEFINITIONS**

**Accident**  
On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'emprunteur, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures.  
**Ne sont pas considérées comme « accidents » : les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.**  
**Ne sont pas considérés comme « accidents » : les lombalgies, les sciatalgies, lumbagos, ainsi que les hernies. Toute autre définition de l'accident ou toute classification d'accident retenue par un autre organisme et en particulier la Sécurité Sociale, n'est pas opposable à l'assureur.**

**A.E.R.A.S. (Convention) : S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)**  
La Convention AERAS est une 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.  
Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site officiel [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

**Consolidation**  
La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de l'incapacité et/ou de l'invalidité et/ou de la PTIA.

**Date anniversaire du contrat**  
Elle correspond, chaque année, à l'anniversaire de la date de signature de l'offre de crédit par l'emprunteur.

**Délai de carence**  
Période pendant laquelle les garanties ne sont pas en vigueur. La garantie est acquise après le délai de carence. En cas d'accident, il n'est pas fait application du délai de carence.

**Franchise**  
Période ininterrompue d'incapacité totale de travail ou de chômage non indemnisée par l'assureur. Pour donner lieu à indemnisation, l'arrêt de travail ou le chômage doit être total, continu et supérieur à la franchise.

**Incapacité temporaire totale de travail**  
Est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'emprunteur qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité physique constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle :  
.avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de sa retraite,  
.dans tous les cas, le plus tard avant le 31 décembre de l'année pendant laquelle il atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

**Invalidité permanente**  
On entend par invalidité permanente de l'emprunteur, la perte définitive d'une part significative ou totale de la capacité d'exercer toute activité rémunérée suite à une atteinte corporelle, par maladie ou accident survenant :  
.avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de sa retraite,  
.dans tous les cas, au plus tard avant le 31 décembre de l'année pendant laquelle il atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.  
La garantie invalidité permanente intervient en relais de la garantie incapacité temporaire totale de travail.

### **Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)**

L'emprunteur présentant une perte totale et irréversible d'autonomie est défini comme étant dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller). L'état d'invalidité sera apprécié par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur. Sera automatiquement considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie l'emprunteur ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3<sup>e</sup> catégorie. La PTIA doit être constatée :

- .avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite de l'emprunteur ;
- .dans tous les cas, au plus tard avant le 31 décembre de l'année pendant laquelle l'emprunteur a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

### **Rechute**

Est considéré comme une rechute tout arrêt de travail qui concerne le même motif qu'un arrêt de travail antérieur.

### **Résidence habituelle**

Correspond au lieu où l'emprunteur concentre ses intérêts personnels et patrimoniaux, à savoir, par exemple, la résidence principale, la résidence fiscale, le lieu de résidence du conjoint et des enfants, le caractère temporaire d'un détachement ou d'une expatriation et la volonté de retour en France, etc.

### **Salarié**

Personne exerçant une activité rémunérée auprès d'un employeur. Est assimilé au salarié, le fonctionnaire de l'Etat ou de collectivité territoriale.

### **Travailleur Non Salarié (TNS)**

Professions libérales, artisans, commerçants ou exploitants agricoles.

## **IMPORTANT : VOS DECLARATIONS**

L'adhésion est établie sur la base des déclarations de l'emprunteur. Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur et de déclarer, en cours d'adhésion, les circonstances qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur (article L113-2 du Code des Assurances).

L'emprunteur est tenu d'informer l'assureur de toute modification de son état de santé ou de tout événement survenu entre le moment où il remplit ces formalités et la date de prise d'effet des garanties, si ceux-ci sont susceptibles de modifier les réponses apportées initialement.

**Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie de l'adhésion, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut amener l'assureur à prendre les sanctions ci-dessous ;**

- **Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des Assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé) ;**

- **Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L113-9 du Code des Assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés).**

**Il appartient à l'assureur d'apporter la preuve de la fausse déclaration. Si, dans le cadre d'un sinistre, l'emprunteur fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des préjudices, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat. Il en va de même pour les ayants droit qui demanderaient indûment une prestation au titre d'une garantie décès de l'emprunteur.**

**Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement et, le cas échéant, de suites judiciaires.**

## **1 – OBJET DU CONTRAT – PERSONNES ASSURABLES**

Le présent contrat « PPAP ACCESSION » a pour objet de garantir les personnes physiques ayant leur résidence principale en France et bénéficiant d'un financement sous la forme d'un crédit en vue de l'acquisition de la résidence principale ou d'une résidence secondaire, plus généralement toute personne intervenant à l'acte de prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution, associé...). Ces personnes sont désignées ci-après sous le terme générique « d'emprunteur ».

**La date limite d'entrée dans l'assurance est fixée au 31 décembre de l'année du 75<sup>e</sup> anniversaire de l'emprunteur.**

Les documents contractuels sont formés par :

- la demande d'adhésion valant certificat de garantie,
- la déclaration d'état de santé et, le cas échéant, les formalités médicales,
- le tableau d'amortissement,
- la notice d'information,
- la proposition d'assurance, le cas échéant.

## **2 – FORMALITES D'ADHESION**

A la souscription, l'emprunteur doit compléter une demande d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales fixées par l'assureur. Ce faisant, l'emprunteur lève le secret médical au bénéfice du Service Médical et du Médecin Conseil de l'assureur.

Ces formalités médicales sont fonction des réponses aux questions de la déclaration d'état de santé, du montant de l'encours à assurer et de l'âge de l'emprunteur.

Les frais en résultant sont pris en charge par l'assureur sur présentation des justificatifs d'usage et dans la limite du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale dans les cas suivants :

- .lorsque l'adhésion est effective ;
- .lorsque l'adhésion est proposée par l'assureur à des conditions particulières (surprime, exclusion) ;
- .lorsque l'adhésion est refusée par l'assureur.

En revanche, les frais restent à la charge de l'emprunteur dans les cas suivants :

- .lorsque les examens pratiqués n'ont pas été demandés par l'assureur ;
- .lorsque l'emprunteur ne donne pas suite à la demande d'adhésion pour un motif autre que celui cité au paragraphe précédent.

Les formalités médicales sont valables trois mois à compter de la date de leur établissement.

**L'admission est subordonnée au résultat jugé satisfaisant par l'assureur des formalités médicales : celui-ci se réserve le droit de demander d'autres renseignements, de n'accepter l'emprunteur qu'à des conditions spéciales, de l'ajourner ou de le refuser.**

Lorsque l'assureur est amené à accepter un emprunteur à des conditions spéciales comportant une majoration de la cotisation, l'assureur lui soumet une proposition d'assurance : l'emprunteur dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date d'émission pour notifier son acceptation. Passé ce délai, l'assureur n'est plus lié par la proposition et l'adhésion est classée sans suite.

Dans le cadre du dispositif AERAS, toute proposition est valable 4 mois. L'assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS.

Les garanties doivent prendre effet dans les 12 mois suivant la décision de l'assureur. A défaut, l'accord de l'assureur est caduc et les formalités médicales seront à refaire.

## **3 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES**

**3.1.** L'adhésion prend effet à la date d'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur. Les garanties prennent effet à la date d'acceptation de l'offre de crédit, ou de la signature de l'acte notarié, après admission à l'assurance par l'assureur et au plus tôt à cette date, sous réserve du paiement de la première cotisation et sous réserve de l'existence d'un engagement contractuel réciproque entre l'emprunteur et l'organisme créancier.

## 3.2. Renonciation à l'adhésion

### Faculté de renonciation

L'emprunteur dispose de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance.

L'article L112-9 alinéa 1 du Code des Assurances énonce notamment :  
« I. - Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

L'emprunteur ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

Lorsque l'adhésion a été conclue à distance (article L112-2-1 du Code des Assurances), l'emprunteur a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- de la conclusion de l'adhésion au contrat,
  - de la réception des informations obligatoires ou conditions contractuelles si cette date est postérieure,
- et expire le dernier jour à 24 heures.

Dans tous les cas, et quel que soit le mode de commercialisation, l'assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

En cas de renonciation, l'emprunteur n'est tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. Le cas échéant, l'assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

### Modalités de renonciation :

Afin de renoncer au contrat, il convient de transmettre à l'assureur, à l'adresse figurant dans la présente notice d'information, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) ... (nom, prénom), demeurant (adresse de l'emprunteur) déclare renoncer au contrat d'assurance n° ... (n° d'adhésion figurant dans les conditions particulières du contrat collectif « PPAP ACCESSION MONABANQ » auquel j'avais adhéré le ... (date de l'adhésion) par l'intermédiaire de (nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat) ». Date et signature de l'emprunteur.

La renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

### 3.3. – Période de carence

Les garanties incapacité de travail et invalidité permanente ne sont acquises qu'après un délai de carence de 6 mois à partir de la date d'admission à l'assurance (date de confirmation de l'adhésion par l'assureur ou l'intermédiaire).

**Tout arrêt de travail, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant cette période ne sera en aucun cas pris en charge par l'assureur. Toute rechute consécutive à cet arrêt de travail sera également exclue des garanties.**

Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque l'arrêt de travail résulte d'un accident.

Toutefois, en cas d'arrêt de travail pour :

- maladie psychosomatique, dépression nerveuse, fatigue nerveuse, affection psychiatrique ou neuropsychiatrique, sauf si ces affections ont nécessité une hospitalisation de plus de 15 jours continus en service spécifique de psychiatrie ou si l'emprunteur a été placé par jugement sous tutelle ou curatelle à la suite d'une de ces affections ;
- affections cervico-dorso-lombaires, sauf si ces affections ont nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'arrêt de travail,
- fibromyalgie,

la garantie incapacité de travail (incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente totale) n'est acquise qu'à l'issue d'une période de 12 mois décomptée à partir de la date d'admission à l'assurance.

Toute incapacité temporaire totale de travail ou toute invalidité permanente motivée par l'une de ces affections et intervenant dans les 12 premiers mois de l'adhésion, ne sera pas prise en charge même après expiration du délai.

L'incapacité temporaire totale de travail intervenant après ce délai de 12 mois est prise en charge par l'assureur à partir du 181<sup>e</sup> jour pour le paiement de l'indemnité garantie.

## 4 – SOUSCRIPTION DES GARANTIES

**4.1.** L'emprunteur souscrit aux garanties proposées en fonction de l'option choisie. Le contenu de chaque garantie est défini à l'article 7.

**La souscription de l'option Perte d'emploi n'est possible qu'au moment de l'adhésion.**

**La garantie incapacité temporaire totale de travail n'est accordée qu'aux personnes exerçant une activité rémunérée et fiscalement déclarée.**

### 4.2. – Quotité assurée

La garantie couvre l'emprunteur à hauteur du pourcentage précisé sur la demande d'adhésion, soit une quotité comprise entre 10 et 100%.

Lorsque le pourcentage assuré est inférieur à 100%, les garanties souscrites et les cotisations sont réduites en proportion du pourcentage retenu.

Toute augmentation du pourcentage assuré en cours de prêt, intervenue dans les 6 mois précédant un sinistre, ne sera pas prise en compte par l'assureur. La quotité ne peut être supérieure à 100% par emprunteur.

### 4.3. – Souscription de la garantie Perte d'emploi

L'adhésion à la garantie perte d'emploi doit exclusivement être demandée à l'occasion de la souscription du contrat et avant la prise d'effet des garanties.

**En aucun cas, cette garantie ne peut être accordée après la date d'effet du contrat. Elle ne peut être souscrite qu'à condition que l'emprunteur bénéficie de la garantie décès.**

## 5 – CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

**5.1.** A l'égard de chaque emprunteur les garanties cessent :

- pour le risque Décès : au 31 décembre de l'année du 85<sup>e</sup> anniversaire,
- pour les risques Perte Totale et Irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale de travail, Invalidité permanente et Perte d'emploi :
  - .au 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite ;
  - .en tous cas au plus tard, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'emprunteur a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

**5.2.** Par ailleurs, les garanties cessent également :

- au terme normal ou en cas de remboursement anticipé total du crédit : l'emprunteur en informe l'assureur par écrit ;
- à la date de déchéance du terme prononcé par l'organisme créancier du prêt garanti qui est bénéficiaire des indemnités d'assurance ;
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'emprunteur après accord du créancier dans les conditions prévues au paragraphe 5.4. ;
- en cas de non-paiement de la cotisation dans les termes de l'article 14.4.

### 5.3. Cessation des prestations

La cessation des garanties entraîne la cessation des prestations versées au titre des garanties incapacité de travail et perte d'emploi. Les prestations cessent également pour les garanties :

- Incapacité temporaire totale de travail : selon les conditions prévues à l'article 7.2.2. ;
- Invalidité permanente : selon les conditions prévues à l'article 7.2.3.4. ;
- Perte d'emploi : selon les conditions prévues à l'article 22.

### 5.4. Résiliation de l'assurance par l'emprunteur

**5.4.1.** Pour les prêts immobiliers relevant de l'article L313-1 et suivants du Code de la Consommation, l'emprunteur peut résilier son adhésion :

- dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de crédit par l'emprunteur. Conformément aux dispositions des articles L313-30 du Code de la consommation et L113-12-2 du Code des Assurances, la demande de résiliation doit être adressée par lettre recommandée à l'assureur ou au courtier intermédiaire au plus tard 15 jours avant le terme de la période de 12 mois susmentionnée.

Cette demande devra être accompagnée de l'acceptation de l'organisme créancier ainsi que de la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par l'organisme créancier.

- par la suite, chaque année à la date anniversaire de son contrat d'assurance. Conformément aux dispositions des articles L313-30 du Code de la consommation et L113-12 du Code des Assurances, la demande de résiliation doit être adressée par lettre recommandée à l'assureur ou au courtier intermédiaire au plus tard 2 mois avant la date anniversaire de son contrat d'assurance.

**5.4.2.** Pour les prêts ne relevant pas de l'article L313-1 du Code de la Consommation, la demande de résiliation devra être adressée à l'assureur ou au courtier intermédiaire, accompagnée de l'accord de l'organisme créancier.

L'assuré peut adresser sa demande de résiliation, au choix : par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur, par acte extrajudiciaire, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'assureur confirme par écrit la réception de la notification.

#### **5.5. Obligation d'information de la liquidation de la retraite**

L'emprunteur s'oblige à informer l'assureur de la liquidation de sa retraite si elle intervient avant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein, ce qui entraînera la modification de ses garanties.

**Dans le cas contraire, si l'emprunteur n'a pas informé l'assureur, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties Incapacité temporaire totale de travail et Invalidité permanente et Perte d'emploi, celles-ci étant devenues sans objet.**

**En cas de résiliation du contrat groupe par MONABANQ ou par l'assureur, l'assureur continue à servir jusqu'à leur terme normal les prestations en cours de service pour les emprunteurs en état d'incapacité de travail, d'invalidité ou de perte d'emploi et à garantir, en cas de décès, pour le capital restant dû, les emprunteurs indemnisés au titre des garanties incapacité de travail, invalidité ou perte d'emploi.**

**Les adhésions en cours au moment de la résiliation du contrat restent assurées par l'assureur jusqu'à la fin du prêt, sous réserve du paiement de la cotisation.**

## **6 – LES OPTIONS**

L'assurance des emprunteurs comprend les options suivantes :

- l'OPTION 1 couvrant les risques :
  - .Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie pour l'emprunteur qui adhère avant le 31 décembre de l'année du 75<sup>e</sup> anniversaire ;
  - .Décès seul pour l'emprunteur qui adhère après le 31 décembre de l'année du 75<sup>e</sup> anniversaire ;
- l'OPTION 2 comprenant l'OPTION 1 + l'Incapacité temporaire totale de travail supérieure à 90 jours et l'invalidité permanente supérieure à 33% ; uniquement pour les prêts amortissables ;
- l'OPTION 3 comprenant l'OPTION 1 + l'Incapacité temporaire totale de travail supérieure à 90 jours et l'invalidité permanente supérieure à 66% ; uniquement pour les prêts amortissables ;
- l'OPTION 4 Perte d'emploi à hauteur de 50% des échéances garanties, complémentaire aux OPTIONS 1, 2 ou 3, uniquement pour les prêts amortissables.

## **7 – DEFINITION DES GARANTIES**

### **7.1. – Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

En cas de décès de l'emprunteur avant le 31 décembre de l'année de son 85<sup>e</sup> anniversaire, ou en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assureur intervient pour le remboursement du montant du prêt restant dû au jour du décès ou à la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie, par le Médecin Conseil de l'assureur (en proportion de la quotité assurée).

Le paiement par l'assureur du montant du prêt restant dû fait cesser toutes garanties liées à ce prêt.

Avant déblocage intégral du prêt, la garantie porte, à partir de la date d'effet, sur le montant total du prêt accordé par l'organisme créancier et déclaré à l'assureur, sous déduction des remboursements effectués au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie.

## **7.2. – Incapacité de travail**

**7.2.1. Les garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente partielle et invalidité permanente totale ne sont accordées qu'aux personnes exerçant une activité rémunérée et fiscalement déclarée au moment de l'arrêt de travail ou de l'invalidité.**

### **7.2.2. – Incapacité temporaire totale de travail**

En cas d'incapacité de travail de l'emprunteur, l'assureur intervient :

- à compter du 16<sup>e</sup> jour d'incapacité de travail totale et continue pour l'emprunteur exerçant une profession de santé sous statut de profession libérale,
- à compter du 91<sup>e</sup> jour d'incapacité de travail totale et continue pour les autres professions.

Le calcul de la franchise débute le premier jour de l'arrêt de travail.

Les périodes de franchise prévues ci-dessus sont portées à 180 jours en fonction de l'affection, selon les dispositions prévues à l'article 3.3.

L'assureur prend en charge le paiement des échéances garanties du prêt. En appliquant la quotité assurée indiquée sur le certificat de garantie, l'échéance garantie correspond :

- soit à l'échéance hors assurance telle que prévue au tableau d'amortissement,
- soit aux intérêts courus en cas de différé d'amortissement et à l'exclusion du montant en capital compris dans la dernière échéance en présence d'un prêt remboursable au terme.

Le paiement de l'échéance garantie intervient sous la forme d'indemnités journalières calculées au prorata des jours d'arrêt de travail et selon le rythme de versement des échéances (1/30<sup>e</sup> si mensuel, 1/90<sup>e</sup> si trimestriel, 1/180<sup>e</sup> si semestriel, 1/360<sup>e</sup> si annuel).

**Toutefois, ce montant ne pourra être supérieur à la perte de revenu subie par l'emprunteur.**

La perte de revenu est la différence entre le «revenu de référence» de l'emprunteur (1) avant l'arrêt de travail et son «revenu de remplacement» (2). Cependant, le montant minimum versé par l'assureur est fixé à 50% de l'échéance garantie, en proportion de la quotité assurée.

#### **(1) Calcul du revenu de référence :**

Pour les salariés :

Le revenu de référence est égal à la moyenne des salaires ou traitements nets perçus au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail.

Les primes, frais de mission et autres avantages financiers imposables faisant partie intégrante de la rémunération entrent dans le calcul du salaire.

Pour les TNS :

Le revenu de référence est le revenu net mensuel moyen évalué sur la base de 125% du bénéfice professionnel retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu de l'année qui précède l'arrêt de travail, peu importe la nature du régime d'imposition (réel, réel simplifié ou forfait).

#### **(2) Calcul du revenu de remplacement :**

Le revenu de remplacement est égal au montant mensuel des revenus perçus pendant la période d'incapacité de travail (rémunérations, traitements ou indemnités versées par l'employeur, indemnités journalières Sécurité Sociale ou prestations équivalentes perçues par les personnes assujetties à des régimes similaires au régime général de la Sécurité Sociale, prestations versées par des organismes de prévoyance complémentaire obligatoires).

La perte de revenu est calculée le premier mois suivant l'expiration du délai de franchise contractuel. Elle est révisable à la demande de l'emprunteur tous les 6 mois en fonction de l'évolution du revenu de remplacement.

L'indemnité journalière est versée pendant une période maximum de 1.095 jours.

**La prise en charge cesse de plein droit à la survenance du premier des événements suivants :**

- la reprise même partielle d'une activité par l'emprunteur et/ou en cas d'interruption du paiement des prestations en espèces par la Sécurité Sociale ;
- la consolidation de l'état de santé de l'emprunteur ;
- à la liquidation de la retraite de l'emprunteur ;
- au 31 décembre de l'année pendant laquelle l'emprunteur a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

Si l'emprunteur a la qualité d'assuré social, il doit bénéficier des indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

En cas de reprise dans le cadre d'un travail à mi-temps pour raison thérapeutique, l'assureur intervient à hauteur de 50% de l'indemnité journalière définie ci-dessus.

Par ailleurs, en cas de rechute due à une affection ayant déjà fait l'objet d'une prise en charge par l'assureur, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise si la durée de la reprise du travail est inférieure à 2 mois.

### 7.2.3. – Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle

En cas de consolidation ou après 1.095 jours d'indemnisation au titre de l'incapacité de travail, le maintien du paiement de l'indemnité journalière est subordonné à la constatation médicale de l'état d'incapacité considéré, selon le degré d'invalidité permanente partielle ou totale de l'emprunteur.

#### 7.2.3.1. – Prestation garantie

La base de remboursement est l'échéance garantie définie à l'article 7.2.2. A ce montant sera appliqué le taux de prise en charge déterminé ci-dessous.

Si l'emprunteur est reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité permanente partielle, l'assureur verse une fraction des prestations prévues en cas d'incapacité temporaire totale selon le mode de calcul défini à l'article 7.2.3.4 « Détermination du taux d'invalidité ».

Si l'emprunteur est reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité permanente totale, l'assureur maintient les prestations prévues en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

#### 7.2.3.2. – Invalidité permanente partielle

Est considéré en état d'invalidité permanente partielle, l'emprunteur reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité dont le taux est inférieur à 66% ou devient ultérieurement inférieur à 66% mais supérieur à 33%.

#### 7.2.3.3. – Invalidité permanente totale

Est considéré en état d'invalidité permanente totale, l'emprunteur reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité dont le taux est au moins égal à 66%.

#### 7.2.3.4. – Détermination du taux d'invalidité

Le taux de prise en charge résulte, tant en ce qui concerne les non-assurés sociaux que les assurés sociaux :

- du taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale,
- du taux d'incapacité professionnelle.

Ces taux d'incapacité seront évalués par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur.

L'incapacité fonctionnelle sera appréciée et chiffrée en se référant au barème indicatif des incapacités en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur) en appliquant la règle de Balthazar.

L'incapacité professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession et des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Les degrés d'invalidité fonctionnelle et professionnelle varient de 0 à 100. Le degré d'invalidité « n » qui détermine le droit à la prestation est donné par le tableau ci-après :

Taux d'incapacité Fonctionnelle									
TIP	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

TIP : taux d'incapacité professionnelle

\* pour donner lieu à indemnisation, le degré « n » doit être supérieur à 33%.

\* si le degré « n » est compris entre 33% et 66% le montant de l'indemnité est calculé en appliquant la formule  $(n-33)/33$  à l'indemnité prévue en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

\* si le degré « n » est supérieur à 66%, l'indemnité est maintenue intégralement (Invalidité permanente totale).

Pour le calcul de l'indemnité à verser, la perte de revenu est recalculée au jour de la reconnaissance de l'invalidité.

Les décisions prises par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'assureur.

L'indemnité cesse à la survenance du premier des événements suivants :  
 - à la liquidation de la retraite de l'emprunteur ;  
 - au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'emprunteur a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

### 7.3. – Invalidité spécifique AERAS

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie invalidité spécifique est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente ont été refusées pour des raisons médicales.

Il ne s'agit pas d'une option ; un emprunteur ne peut solliciter directement cette garantie. De même, une demande de couverture uniquement en décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

L'emprunteur bénéficie de la garantie invalidité spécifique AERAS lorsque les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé est consolidé ;
- le 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 titulaire d'un titre de pension d'invalidité 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés ;
- l'état d'invalidité intervient avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite de l'emprunteur et, dans tous les cas, au plus tard avant le 31 décembre de l'année pendant laquelle l'emprunteur a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les exclusions et les conditions de cessation de garantie sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité de Travail à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le Médecin Conseil de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

Retrouvez toutes les informations sur la convention AERAS sur le site [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

### 8 – LIMITE DES GARANTIES

L'ensemble des prestations que l'assureur peut être amené à verser dans le cadre d'un même prêt, ne peut excéder le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement, ou le montant total du prêt accordé par l'organisme créancier.

Dans le cadre des prêts modulables, l'échéance de référence pour le versement des prestations en cas d'incapacité de travail correspond à l'échéance en cours à la date du sinistre, à savoir à la date du premier jour d'arrêt de travail, sauf si une augmentation de l'échéance est intervenue dans les 6 mois précédant le sinistre. Dans ce cas, l'échéance de référence sera l'échéance en vigueur avant l'augmentation.

Les augmentations d'échéance intervenant après la date de sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées.

En présence d'un prêt remboursable au terme, la part capital comprise dans la dernière échéance n'entre pas dans le calcul de l'indemnité versée dans le cadre des garanties incapacité de travail (incapacité temporaire totale de travail et invalidité partielle ou totale).

Dans tous les cas, les prestations versées au titre des garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente ne peuvent être supérieures aux remboursements des sommes dues à l'organisme créancier et sont limitées à un montant de 160€ par jour.

### 9 – ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois, les prestations incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente ne seront versées que pour les périodes d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente constatées médicalement en France.

Pour les salariés expatriés, la garantie incapacité de travail est étendue au pays d'expatriation à condition que les périodes d'incapacité soient constatées par un médecin expressément désigné par l'assureur.

## 10 – RISQUES EXCLUS

### 10.1. – Au titre de l'ensemble des garanties

Tous les risques sont garantis, à l'exclusion :

- du risque de guerre,
- des conséquences d'attentats ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'Emprunteur est impliqué en qualité d'auteur ou de complice, ou auxquels il a apporté son soutien direct ou indirect de quelque manière que ce soit.
- du suicide dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet du contrat. Toutefois, le suicide est couvert dès la prise d'effet du contrat pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'emprunteur, dans la limite du montant mentionné au décret visé par l'article L132-7 du Code des Assurances (120.000€ au 01.11.2015),
- des risques aériens spéciaux (compétitions, démonstrations, acrobaties, essais sur prototypes, tentatives de record, sauts avec parachutes non homologués, vols sur aile volante, U.L.M., parapente),
- des risques provenant de l'usage de véhicule terrestre à moteur encourus à l'occasion de compétition ou de rallye de vitesse,
- des sinistres résultant de la conduite d'un véhicule alors que l'emprunteur est sous l'emprise d'un état alcoolique susceptible d'être sanctionné pénalement (articles L234-1 et R234-1 du Code de la Route) ou a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants (article L235-1 du Code de la Route),
- des sinistres résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'anabolisants non ordonnés médicalement,
- des modifications de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes.

### 10.2. – Au titre des garanties incapacité de travail

- les affections ou accidents antérieurs à l'entrée en vigueur des garanties et non déclarés à l'adhésion,
- les grossesses et accouchements normaux, sauf si pour des causes pathologiques l'emprunteur se trouve en état d'incapacité totale de travail. Le congé légal de maternité est alors déduit de la durée d'incapacité de travail en sus de la période de franchise,
- les traitements à but esthétique et leurs conséquences, lorsque les traitements ne sont pas consécutifs à un accident garanti,
- les cures de toute nature, notamment thermales, marines de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication.

## 11 – OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Pour l'ensemble des garanties, les décisions prises par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'assureur.

Pour ne pas perdre son droit aux prestations, l'emprunteur (ou ses ayants droit) doit fournir toute pièce justificative, répondre à tous questionnaires de l'assureur et se prêter, le cas échéant, à toute expertise ou toute vérification que l'assureur estime nécessaire. Sous réserve de la législation applicable au pays, l'emprunteur donne mandat à l'assureur en vue d'effectuer toute démarche auprès des autorités compétentes pour l'obtention des justificatifs afférents au sinistre.

Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant. L'emprunteur est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques...).

L'emprunteur a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix et de produire les conclusions de ce médecin.

Par ailleurs, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent toujours avoir libre accès auprès de l'emprunteur, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

**Sous peine de déchéance, l'emprunteur en incapacité de travail devra communiquer l'adresse où il est visible, et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par la Sécurité Sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le Contrôleur pour les autres.**

## 12 – ARBITRAGE

Dans le cadre des expertises médicales, en cas de désaccord entre le médecin de l'assureur et celui de l'emprunteur, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette tierce expertise et supporteront pour moitié les honoraires du troisième médecin.

## 13 – PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des Assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

### Délai de prescription :

Aux termes de l'article L114-1 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 point 2 ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. ».

### Causes d'interruption de la prescription :

L'interruption de la prescription efface le délai de prescription acquis et fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien.

Aux termes de l'article L114-2 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressés 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 d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé,
- tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré,
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

La prescription peut être aussi suspendue. La suspension de la prescription en arrête temporairement le cours sans effacer le délai déjà acquis, les causes de suspension étant régies par les articles 2233 à 2239 du Code Civil.

## 14 – COTISATIONS

**14.1.** L'assurance est accordée moyennant le versement d'une cotisation dont le montant, taxes actuellement en vigueur comprises, est fixé pour chaque emprunteur compte tenu de l'option retenue, de l'âge à l'adhésion, de la durée du prêt et de sa qualité de fumeur ou de non-fumeur. L'âge est calculé par différence de millésimes (année d'adhésion moins année de naissance).

La cotisation comprend la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. En cas d'augmentation des taxes en vigueur ou de création d'une nouvelle taxe, l'augmentation ou l'intégration de la nouvelle taxe dans la cotisation pourra être immédiatement répercutée par l'assureur sur le montant de la cotisation.

La cotisation est indiquée sur le certificat de garantie. A cette cotisation peut s'ajouter une surprime éventuelle.

Les cotisations sont prélevées par l'assureur sur le compte indiqué par l'emprunteur ; elles ne subissent pas de réduction après la fin des

garanties perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité de travail ou invalidité permanente.

La notification des prélèvements afférents à l'adhésion est effectuée par le biais de la demande d'adhésion lors de la souscription et de l'avenant en cas de modification de l'adhésion.

#### 14.2. – Tarifs différenciés fumeurs / non-fumeurs

Pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente, des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs.

Peut bénéficier du tarif non-fumeur, l'emprunteur pouvant certifier qu'il n'a pas fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion et qu'il n'a pas arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical.

Lors de l'adhésion, l'emprunteur signe une déclaration spéciale non-fumeur indiquant qu'il s'engage à prévenir l'assureur s'il devenait ou redevenait fumeur. Dans ce cas, le tarif fumeur lui sera appliqué.

#### 14.3. – Mode de paiement de la cotisation

La cotisation annuelle peut être payée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, sans frais de fractionnement ni droits d'entrée. Le minimum de prélèvement est fixé à 5€.

En cas de changement de ses coordonnées bancaires, l'emprunteur en informe aussitôt l'assureur, par écrit, en joignant un nouveau relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvements SEPA.

#### 14.4. – Défaut de paiement de la cotisation

En cas de défaut de paiement de la cotisation, l'assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L141-3 du Code des Assurances.

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adressera à l'emprunteur une lettre recommandée de mise en demeure. Si la cotisation n'est pas réglée dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée, le contrat sera résilié de plein droit.

En cas de mise en œuvre de cette procédure, l'assureur en informera le bénéficiaire du contrat.

### 15 - REVISION DES COTISATIONS

La cotisation pourra être révisée en cas de modification des taxes en vigueur ou en fonction de l'évolution des risques.

Dans ce cas, l'emprunteur en sera informé au plus tard 3 mois avant la révision. S'il le souhaite, il pourra alors résilier l'adhésion, sous réserve de l'accord de l'organisme créancier, bénéficiaire du contrat. Toute résiliation est définitive.

### 16 – BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE

#### 16.1. Le bénéficiaire des prestations est l'organisme créancier. Il est réputé être bénéficiaire acceptant.

La stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci.

Le présent contrat d'assurance n'entraîne aucune subrogation de l'assureur dans le paiement des échéances du prêt dû par l'emprunteur à l'organisme créancier du prêt garanti. L'emprunteur est tenu de respecter ses engagements vis-à-vis de l'organisme créancier envers lequel il reste tenu en vertu du contrat de prêt.

#### 16.2. – Paiement des prestations

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente, les prestations sont versées sur le compte de prélèvement de la cotisation assurance, à charge pour l'emprunteur de les affecter au remboursement du prêt.

### 17 – REGLEMENT DES PRESTATIONS

#### 17.1. Formalités de déclaration

L'emprunteur a la possibilité de déclarer tout sinistre :

.par téléphone au 03.88.13.22.27. Dans ce cas, la déclaration de sinistre est enregistrée et une liste des justificatifs à fournir est envoyée au déclarant ;

.soit par envoi postal.

Les documents sont à envoyer à : ACM VIE - Service Médical Sinistres, 46 rue Jules Méline à 53098 LAVAL CEDEX 09 en indiquant « Lettre confidentielle » sur l'enveloppe pour préserver la confidentialité des informations transmises.

L'assureur se réserve le droit de demander à l'emprunteur ou à ses ayants droit des justificatifs ou questionnaires complémentaires.

Les pièces suivantes sont à remettre à l'assureur pour la constitution du dossier.

Dans tous les cas :

- la demande d'adhésion,

- le tableau d'amortissement en vigueur au moment du sinistre.

Par ailleurs, les documents suivants sont à fournir à l'assureur (ce dernier se réserve toutefois la possibilité de demander des justificatifs complémentaires, le cas échéant) :

#### 17.2. – En cas de décès :

Le formulaire de déclaration de décès.

Un acte de décès et un certificat médical précisant la cause du décès.

#### 17.3. – En cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'invalidité :

- notification de mise en invalidité émanant de l'organisme social auquel est affilié l'emprunteur (s'il y a lieu),

- formulaire de déclaration « Invalidité » indiquant la nature des affections ayant motivé la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou la mise en invalidité, la date de survenance, la date de leur première constatation médicale, ainsi que le taux de l'invalidité permanente fonctionnelle et professionnelle.

#### 17.4. – En cas d'incapacité de travail :

1) formulaire de déclaration « Incapacité de Travail » indiquant la nature des affections ayant entraîné l'incapacité ainsi que la date de leur première constatation médicale ;

2) formulaire de déclaration de perte de revenus ;

3) si l'emprunteur est assujéti à la Sécurité Sociale : les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale et, sur demande de l'assureur, un certificat médical ;

4) si l'emprunteur n'est pas assujéti à la Sécurité Sociale :

- une attestation de son employeur précisant les périodes d'incapacité de travail,

- à défaut, un certificat médical établi par son médecin traitant précisant les périodes d'incapacité,

- ou tout document émanant d'un organisme obligatoire et portant sur l'incapacité totale.

Ces documents doivent être renouvelés au moins tous les 60 jours.

L'assureur se réserve le droit de faire pratiquer une expertise médicale et de demander communication des justificatifs de revenus à tout moment.

L'expertise médicale d'un expatrié pourra se faire hors de France sur instruction de l'assureur.

#### 17.5. – Délai de déclaration

**L'arrêt de travail doit être déclaré à l'assureur par l'emprunteur DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'EXPIRATION DU DELAI DE FRANCHISE CONTRACTUEL, accompagné des pièces justificatives énoncées à l'article 17.4. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.**

**En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces justificatives doivent être adressées à l'assureur, dans un délai maximum de 15 jours.**

**Toute prolongation parvenant à l'assureur après ce délai sera considérée :**

- entre le 16<sup>e</sup> et le 60<sup>e</sup> jour comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif ;

- après le 61<sup>e</sup> jour comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu à application du délai de franchise à compter de la date de réception du justificatif.

**L'invalidité doit être déclarée à l'assureur par l'emprunteur dans les 120 JOURS DE LA SURVENANCE accompagnée des pièces justificatives énoncées à l'article 17.3. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.**

## DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

**L'adhésion à la garantie perte d'emploi doit exclusivement être demandée à l'occasion de l'adhésion à l'assurance et avant la prise d'effet des garanties. En aucun cas, cette garantie ne peut être accordée après la date d'effet du contrat. Elle ne peut être souscrite qu'à condition que l'emprunteur bénéficie de la garantie décès.**

### 18 – FORMALITES D'ADHESION

L'âge limite d'adhésion est le 31 décembre de l'année du 60<sup>e</sup> anniversaire de l'emprunteur.

**La garantie ne peut être souscrite dans le cadre des prêts à taux zéro avec différé total d'amortissement.**

### 19 – PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie perte d'emploi n'est acquise qu'à l'issue d'une période de carence de 180 jours décomptée à partir de la date d'admission à l'assurance pour l'ensemble des garanties.

Tout licenciement notifié durant cette période ne peut donner lieu à indemnisation, même après expiration du délai, quel que soit la durée ou le motif du chômage, la date faisant foi étant celle de l'envoi de la lettre de licenciement.

### 20 – CESSATION DE LA GARANTIE

A l'égard de chaque emprunteur, la garantie perte d'emploi cesse :

.au 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite ;  
.en tous cas au plus tard, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'emprunteur a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

La cessation des garanties entraîne la cessation des prestations prévues à l'article 22.

### 21 – NATURE DU RISQUE

L'emprunteur salarié licencié percevant l'une des allocations chômage au titre d'une cessation d'activité totale et involontaire ou d'une formation prévue aux articles L5422-1 et suivants du Code du Travail, ou d'une indemnité au titre de la GSC ou de l'APPI pour les mandataires sociaux, est susceptible de bénéficier de la garantie perte d'emploi définie ci-après, à condition toutefois qu'il justifie d'une activité minimum de 6 mois en continu chez le dernier employeur au moment de la survenance du chômage.

Sont également considérées comme périodes de chômage, les périodes donnant lieu à versement par la Sécurité Sociale de prestations en espèces en cas de maladie ou d'accident, entraînant une suspension du versement de l'allocation par le POLE EMPLOI.

### 22 – MONTANT INDEMNISE

L'assureur prend en charge le paiement de 50% des échéances du prêt (hors assurance) telles que prévues au tableau d'amortissement.

Le règlement intervient sous forme d'indemnités journalières calculées au prorata des jours de chômage, selon le rythme de versement des échéances (1/30<sup>e</sup> si mensuel, 1/90<sup>e</sup> si trimestriel, 1/180<sup>e</sup> si semestriel, 1/360<sup>e</sup> si annuel).

Cette indemnité est versée après une période de franchise de 90 jours pendant 540 jours au maximum pour un même licenciement. Le calcul du délai de franchise débute à compter du premier jour d'indemnisation par le POLE EMPLOI.

Le montant mensuel payé ne pourra être supérieur à la différence entre le revenu net moyen évalué sur la base des 12 derniers salaires mensuels perçus avant le licenciement, hors indemnités de licenciement, et le montant des prestations mensuelles versées par le POLE EMPLOI.

Pendant la durée totale du prêt, la période indemnisée ne pourra excéder 1.080 jours d'indemnités journalières quel que soit le nombre de périodes de chômage.

En cas de reprise d'activité supérieure à 180 jours, toute nouvelle période de chômage donne lieu à application du délai de franchise de 90 jours.

Le cumul de l'indemnité perte d'emploi versée par l'assureur, des aides au logement (A.P.L. ...) et des garanties perte d'emploi ou incapacité de travail existantes par ailleurs pour un autre emprunteur au titre du même prêt ne peut excéder le terme de remboursement prévu au tableau d'amortissement pour la période d'indemnisation considérée.

L'indemnité perte d'emploi est versée au maximum jusqu'au dernier terme prévu par le contrat de prêt ou ses avenants ultérieurs.

L'indemnité cesse également à la survenance du premier des événements suivants :

- en cas d'interruption du versement des allocations d'assurance chômage ;

- à la liquidation de la retraite de l'emprunteur ;  
- au 31 décembre de l'année pendant laquelle l'emprunteur a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général. En cas de chômage atteignant plusieurs emprunteurs assurés au titre d'un même prêt, l'indemnité ne pourra excéder le montant de l'échéance (hors assurance).

### 23 – REVISION DES DISPOSITIONS DE LA GARANTIE

En cas de modification des règles actuelles du POLE EMPLOI et en fonction de l'évolution des risques, l'assureur se réserve la possibilité de modifier les conditions de souscription et d'indemnisation de la garantie perte d'emploi. Dans ce cas, les conditions d'information et de résiliation mentionnées à l'article 5 sont applicables.

### 24 – COTISATIONS

Pour chaque emprunteur, la cotisation en vigueur à la date d'effet de l'adhésion est garantie un an. Par la suite, cette cotisation est révisable au 1<sup>er</sup> janvier par périodes annuelles successives. En cas de modification de la cotisation, l'emprunteur en sera informé au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre de chaque année. S'il le souhaite, il pourra alors résilier l'adhésion à cette garantie à condition d'en informer l'assureur avant le 30 novembre de la même année par lettre recommandée. Toute résiliation est définitive, l'emprunteur ne pourra plus souscrire à cette garantie, sauf dans le cadre d'un nouveau prêt.

La cotisation comprend la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. En cas d'augmentation des taxes en vigueur ou de création d'une nouvelle taxe, l'augmentation ou l'intégration de la nouvelle taxe dans la cotisation pourra être immédiatement répercutée par l'assureur sur le montant de la cotisation.

### 25 – RISQUES EXCLUS

**Sont exclues les périodes de chômage consécutives :**

- aux mises en retraite, préretraite ou départs volontaires dans le cadre des contrats de solidarité,
- aux contrats de travail à durée déterminée (emplois temporaires, intérimaires, saisonniers),
- au chômage partiel,
- au licenciement pour lequel l'emprunteur était prévenu ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion,
- au congé de formation prévu dans le cadre d'un licenciement pour lequel l'emprunteur était prévenu au moment de l'adhésion,
- au licenciement consécutif à une mise en liquidation judiciaire de l'entreprise prononcée avant l'adhésion,
- à une démission, même prise en charge par le POLE EMPLOI,
- à la rupture du contrat de travail durant la période d'essai,
- à toute forme de cessation d'activité pour laquelle l'emprunteur est dispensé de rechercher un emploi,
- aux licenciements atteignant le conjoint ou les enfants d'un chef d'entreprise lorsque ce dernier les emploie, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.

### 26 – FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Les pièces suivantes sont à remettre à l'assureur pour la constitution du dossier :

- la demande d'adhésion,
- le tableau d'amortissement,
- le formulaire de déclaration de perte d'emploi,
- la lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par le POLE EMPLOI,
- les décomptes d'allocations du POLE EMPLOI,
- l'attestation des 6 mois d'activité chez le dernier employeur à la date de licenciement,
- la lettre de préavis de licenciement,
- une copie des bulletins de paie des 12 derniers mois précédant le licenciement.



## 27 – DELAI DE DECLARATION

La perte d'emploi doit être déclarée au gestionnaire par l'emprunteur **DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'EXPIRATION DU DELAI DE FRANCHISE CONTRACTUEL**, accompagnée des pièces justificatives énoncées à l'article 26. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.

## 28 – BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme créancier. Il est réputé être bénéficiaire acceptant.

En cas de perte d'emploi, les prestations sont versées sur le compte de prélèvement de l'assurance, à charge pour l'emprunteur de les affecter au remboursement du prêt.

**DECLARATION DE SINISTRE PAR TELEPHONE AU : 03.88.13.22.27.**

**DECLARATION DE SINISTRE SOUS « LETTRE CONFIDENTIELLE » : ADRESSE DE L'ASSUREUR**

**ACM VIE, SERVICE MEDICAL SINISTRES, 46 rue Jules Méline à 53098 LAVAL Cedex 9**

**Toutes les déclarations, y compris perte d'emploi sont à envoyer à cette adresse.**

## INFORMATIONS LEGALES

### Loi applicable au contrat :

La loi applicable au contrat et à la relation précontractuelle est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque. Toute relation entre les parties se fait en langue française, ce que chaque partie accepte expressément.

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie, concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de la souscription du contrat ou ultérieurement, les références seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

### Vos données personnelles :

#### 1. Le traitement de vos données personnelles

##### 1.1. Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Dans le cadre de nos obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes susceptibles d'utiliser et d'analyser vos données personnelles en vue de l'établissement de votre profil et de la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention. Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles. Elles peuvent aussi être utilisées pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

##### 1.2. A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et co-assureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat, de la délivrance et du contrôle des prestations ou de services complémentaires, de l'optimisation de nos services et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont, le cas échéant, transmises à l'administration française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

##### 1.3. Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?

Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, ce traitement est opéré par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

#### 1.4. Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

## 2. Les droits dont vous disposez

### 2.1. De quels droits disposez-vous ?

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer dès lors que cette finalité a été déclarée, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

### 2.2. Comment pouvez-vous les faire valoir ?

Pour l'exercice de vos droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

### 2.3. En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

### Liste d'opposition au démarchage téléphonique :

Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En votre qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services.

### Autorité de contrôle :

ACM VIE S.A. et SERENIS ASSURANCES S.A. sont placées sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

### Réclamations :

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, l'emprunteur peut d'abord consulter son interlocuteur habituel. Si sa réponse ne le satisfait pas, il peut adresser sa réclamation au Responsable des Relations Consommateurs de la Société ACM VIE SA – 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen à 67906 STRASBOURG CEDEX 9. Nous nous engageons à en accuser réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Une réponse lui sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait pas excéder 2 mois, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

### Médiation :

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi de la réclamation d'un particulier. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges et réponse définitive de l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges opposant un particulier à l'assureur sont de la compétence du Médiateur.

Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les 3 mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ». L'emprunteur peut présenter sa réclamation à l'adresse suivante : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 PARIS CEDEX 09.

### Changement de domicile :

Lors de tout changement de domicile, l'emprunteur devra impérativement faire connaître à l'assureur sa nouvelle adresse par écrit en rappelant son numéro d'adhésion. A défaut, toutes communications ou notifications lui sont valablement faites à l'adresse indiquée sur sa demande d'adhésion ou à la dernière adresse communiquée.

### Communications d'informations par voie électronique :

Si l'emprunteur a communiqué à son interlocuteur habituel une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, l'assureur utilisera cette adresse pour la poursuite des relations avec l'emprunteur afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son adhésion. L'emprunteur dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de ses relations avec l'assureur.