



PREAMBULE

ASSURANCE EMPRUNTEUR MMA est un contrat d'assurance de groupe n° AS- 2014-01 à adhésion facultative souscrit par l'Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa (ANS Vie-Covéa) auprès de MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie destiné à la couverture de prêts. Il est régi par le Code des assurances dans le cadre de la branche 20 Vie-Décès (article R. 321-1), par la loi et le régime fiscal français en vigueur ainsi que par l'adhésion. Pour la gestion de l'adhésion, MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie mandatent Kereis France*, intermédiaire en assurance.

L'adhésion se compose des documents suivants :

- la **Notice d'information** qui a pour objet de décrire la vie de l'adhésion et de définir l'ensemble des garanties pouvant être souscrites ;
- la **demande d'adhésion** qui précise la date d'effet des garanties, la personne à

assurer, les caractéristiques des prêts, les garanties et quote-part assurée* choisies ;

- le **questionnaire de santé** complété lors de la demande d'adhésion, s'il est exigé, et sur lequel est déclaré l'état de santé de l'assuré* ;

- l'**attestation d'assurance** qui reprend les éléments déclarés sur la demande d'adhésion, les garanties accordées par l'Assureur*, les conditions d'acceptation et l'échéancier des cotisations.

L'adhésion à ce contrat permet d'accéder aux garanties décrites dans la présente Notice d'information.

En signant la demande d'adhésion, l'adhérent* devient membre de l'ANS Vie-Covéa.

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

Signée par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs, la convention AERAS a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé.

L'Assureur* s'engage à respecter les dispositions de cette convention AERAS. Un dépliant relatif aux recommandations de la Convention AERAS est disponible auprès de l'Assureur*. Pour plus d'informations, consulter le site Internet www.aeras-infos.fr

Un lexique est disponible au début de la présente Notice d'information afin d'en faciliter la lecture. Chaque fois que le texte fait appel à un terme défini au lexique, il est suivi d'un astérisque ().*

LEXIQUE

Accident corporel

Toute atteinte corporelle résultant d'un choc traumatique violent, soudain et imprévu, provoqué par une cause extérieure à l'assuré victime.

Adhérent

Désigne toute personne physique ou morale, membre de l'Association* souscriptrice, qui signe la demande d'adhésion et s'engage à régler les cotisations d'assurance.

Assuré

Désigne la personne identifiée sur la demande d'adhésion et sur laquelle repose le risque.

Association:

ANS Vie-Covéa (Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa), souscriptrice du contrat de groupe n°AS-2014-01 auprès des assureurs* MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie. Cette association, à but non lucratif constituée conformément à la loi du 1er juillet 1901, est établie 86-90 rue Saint-Lazare - 75009 Paris. Les statuts sont disponibles sur le site www.ansviecovea.org.

Chaque année, sur l'ensemble des frais prélevés par les assureurs ayant conclu un contrat avec l'ANS Vie-Covéa, dont MMA Vie, 1,30 € sont reversés à cette dernière au titre de la cotisation annuelle applicable par adhérent*.

Assureur

MMA Vie Assurances Mutuelles, Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes RCS Le Mans 775 652 118

MMA Vie, Société anonyme, au capital de 144 386 938 euros entièrement versé - RCS Le Mans 440 042 174

Sièges sociaux : 160 rue Henri Champion – 72030 Le Mans Cedex 9

Entreprises régies par le Code des assurances Communément dénommées l'«Assureur*» dans la présente Notice d'information.

Kereis France

Intermédiaire en assurance enregistré auprès de l'ORIAS sous le n°07 009 030 – SAS au capital de 2 000 000 euros – 863 800 868 RCS Nantes 3 rue Victor Schœlcher – bat. E et F – 44 800 Saint Herblain

Consolidation

Désigne le moment où l'état de santé de l'assuré et ses séquelles, médicalement constatés, prennent un caractère permanent même sous l'effet d'un traitement quelconque.

Consommation anormale

Désigne la consommation, exclusive ou excessive, au regard des recommandations de son fabricant ou d'une Agence de santé nationale habilitée à informer le public des dangers de cette consommation. Désigne aussi la consommation, sans prescription d'un médecin habilité, de médicaments ne pouvant être délivrés que sur ordonnance médicale.

Échéance anniversaire

Désigne la date de renouvellement de l'adhésion pour laquelle une nouvelle cotisation annuelle d'assurance est due.

Envoi recommandé électronique

Une lettre recommandée électronique, conforme au dispositif prévu par la loi, apporte les mêmes garanties que la lettre recommandée papier. Ce dispositif impose à un tiers opérateur, chargé de l'acheminement de la lettre recommandée électronique, d'identifier l'expéditeur au moment de l'envoi, puis le destinataire de la lettre, au moment de sa remise. Il impose également la délivrance à l'expéditeur d'une preuve du dépôt électronique de la lettre et permet au destinataire de l'accepter ou de la refuser ou simplement de pas la réclamer.

Être en recherche d'emploi

Désigne la personne qui recherche activement un emploi et perçoit une allocation chômage de Pôle Emploi ou organismes assimilés.

Fumeur

Désigne toute personne qui consomme actuellement ou qui a consommé au cours des deux dernières années, même occasionnellement, des produits contenant du tabac ou de la nicotine sous quelque forme que ce soit (par exemple : cigarette, cigare, pipe, électronique ou non).

Franchise

Désigne la période consécutive à la date de début d'Incapacité Temporaire totale de Travail pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Inactif

Désigne toute personne n'exerçant aucune activité professionnelle lui procurant un gain ou un profit et qui n'est pas en recherche d'emploi*.

Maladie

Toute altération de la santé médicalement constatée par une autorité compétente n'ayant pour origine ni un accident corporel* ni un fait volontaire de l'assuré*. Sont notamment considérées comme des maladies :

- les conséquences d'un choc émotionnel ou d'un effort, les lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), même d'origine traumatique,
- les accidents cardiaques, cérébraux ou vasculaires, les syncopes et lésions qui peuvent en résulter.

Manifestation somatique

Désigne les effets subis par le corps.

Nullité

Désigne l'annulation de l'adhésion qui est réputée n'avoir jamais existée.

Pratique ponctuelle

Désigne une pratique non habituelle ou continue, qui ne survient que dans des cas limités.

Première constatation

La première constatation de la maladie est celle du diagnostic.

Quote-Part assurée

Désigne le pourcentage de chaque prêt déterminé par l'adhérent* et pour lequel l'Assureur* accorde les garanties.

Résiliation

Désigne la cessation définitive du contrat pour l'avenir.

Sinistre

Désigne l'événement susceptible de mettre en jeu les garanties de l'adhésion.

La date du sinistre est pour :

- la garantie Décès, la date du décès.
- la garantie Incapacité Temporaire totale de Travail le premier jour de l'Incapacité Temporaire totale de Travail.
- les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Spécifique AERAS, la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré*.

OBJET DE L'ADHESION

101 ASSURANCE EMPRUNTEUR MMA a pour objet de garantir, sous réserve d'acceptation de l'Assureur*, la prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement ou du capital restant dû d'un prêt contracté par l'adhérent auprès de l'organisme prêteur en cas de survenance des risques de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré* ainsi que des garanties complémentaires d'Incapacité Temporaire totale de Travail, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle qui peuvent également être choisies par l'assuré* dans sa demande d'adhésion. Ces risques donnent lieu à garantie par l'Assureur* dans les conditions prévues à la présente notice d'information

CARACTERISTIQUES DES PRETS ASSURABLES

- 111 ASSURANCE EMPRUNTEUR MMA peut garantir différents types de plans de financement d'un montant minimum de 15 000 (quinze mille) euros nécessaires à des besoins professionnels ou privés. Les plans de financement peuvent contenir les types de prêt suivants :
- prêt amortissable à taux fixe et/ ou indexé, avec ou sans différé d'amortissement, y compris celui accordé pour une vente en l'état futur d'achèvement ;
 - prêt modulable ;
 - prêt à palier ou lissé ;
 - prêt relais ;
 - prêt in fine ;
 - crédit-bail.
- Toutefois, ASSURANCE EMPRUNTEUR MMA ne garantit pas les crédits renouvelables et les découverts.
- 112 Le(s) prêt(s) assuré(s) par l'adhésion doit (vent) être souscrit(s) et libellé(s) en euros auprès d'un organisme prêteur exerçant sur le

territoire français ou monégasque.

- 113 Au moment de l'adhésion, l'adhérent* indique les caractéristiques du (des) prêt(s), la quote-part assurée* pour laquelle l'adhérent* souhaite être garanti et la date d'effet des garanties souhaitée.
- 114 L'Assureur* se réserve le droit de demander de fournir les tableaux d'amortissement des plans de financement.
- 115 En cas de pluralité d'emprunteurs, il appartient à chaque co-emprunteur de se garantir par sa propre adhésion en choisissant sa quote-part assurée*. Cette quote-part assurée* s'applique à l'ensemble des garanties accordées par l'Assureur*.
- En aucun cas la quote-part assurée* ne peut être supérieure à 100% du montant du prêt par personne assurée. En cas de versement des prestations au titre des garanties souscrites, l'Assureur* plafonnera ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quote-part assurée* maximum de 100%.**

MODALITES D'ADHESION

Personne assurable

- 121 L'adhésion est réservée aux personnes résidant fiscalement en France métropolitaine ou à Monaco, disposant d'un compte bancaire domicilié en France métropolitaine ou à Monaco et âgées lors de l'adhésion entre :
- 18 et 75 ans révolus pour la garantie Décès
 - 18 et 65 ans révolus pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle.
- Les personnes à assurer doivent avoir la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur, de dirigeant ou caution de personne morale ou physique.

Formalités d'adhésion

- 122 L'adhésion est établie sur la base des déclarations. Pour adhérer au contrat :
- l'adhérent* doit compléter et signer une demande d'adhésion ;
 - l'assuré* doit compléter et signer un questionnaire de santé sauf cas dérogatoire mentionné ci après,
 - l'assuré* et l'adhérent* doivent fournir tout document demandé par l'Assureur*.

Par exception et en application de l'article L. 113-2-1 du Code des assurances, pour les contrats de crédit visés au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation (notamment contrats de crédit destinés à financer les opérations pour les immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation), vous n'avez pas de questionnaire de santé à remplir et aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical ne vous sera demandé si les deux conditions suivantes sont réunies :

-la part assurée sur votre encours cumulé de contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré. Pour l'appréciation de ce seuil, sont pris en

compte le capital restant dû assuré à la date de la demande d'adhésion au titre de contrats de crédits précités, déjà souscrits et le capital assuré au titre de votre présente demande d'adhésion ;

-et l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

- 123 L'Assureur* peut accepter la demande :
- au taux normal de cotisation ou avec surprime ;
 - sans restriction ou avec exclusion(s).
- Il peut également ajourner ou refuser la demande. La décision de l'Assureur* est valable 6 (six) mois. A défaut de prise d'effet des garanties dans ce délai, les formalités d'adhésion doivent être renouvelées.

Les conséquences de l'inexactitude des déclarations

- 124 **Toute omission ou inexactitude dans des déclarations pourra entraîner l'application des articles L 113-8 ou L 113-9 du Code des assurances, applicables à des fausses déclarations, intentionnelles ou non, découvertes notamment lors d'un sinistre*. L'Assureur* pourra appliquer soit :**
- la nullité* de l'adhésion, les cotisations antérieurement versées resteront acquises à l'Assureur* ;
 - une règle proportionnelle qui diminuera les garanties.
- 125 **Cotisation à l'ANS Vie-Covéa**
Chaque année, sur l'ensemble des frais prélevés par les assureurs ayant conclu un contrat avec l'ANS Vie-Covéa, dont MMA Vie, 1,30 € sont reversés à cette dernière au titre de la cotisation annuelle applicable par adhérent*.

DATE D'EFFET, DUREE ET CESSATION DES GARANTIES

Date d'effet de l'adhésion

- 131 Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date mentionnée sur la demande d'adhésion, confirmée sur l'attestation d'assurance. Cette date peut correspondre à la date de signature de l'offre de prêt (ou à la date présumée), à la date de déblocage des fonds par l'organisme prêteur ou à la date de signature de l'acte notarié. Dans tous les cas, la date d'effet ne peut être antérieure à la date d'acceptation des risques par l'Assureur*.
- Au titre de la garantie Temporaire Décès Accidentel l'assuré* est couvert exclusivement en cas de décès suite à un accident corporel * dès la signature de la demande d'adhésion les conditions énoncées aux articles 135,411 et 412 de la Notice d'information.

- 132 **Sauf exclusions mentionnées aux articles 601 à 604 de la Notice d'information et dispositions mentionnées dans l'attestation, les garanties de l'adhésion s'exercent dans le cadre de la vie privée et professionnelle de l'assuré* sur les conséquences :**
- des accidents corporels* survenus après la date d'effet des garanties;
 - des maladies* dont la première constatation* médicale est postérieure à cette date d'effet.
- 133 **L'adhésion est conclue pour une durée d'un an. Elle est renouvelée annuellement par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire* de l'adhésion jusqu'à cessation des garanties (article 134 de la Notice d'information).**

Cessation des garanties de l'adhésion

134 Les garanties de l'adhésion cessent :

- au terme contractuel ou anticipé du (des) prêt(s) ;
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur
- le jour où cesse l'obligation de caution de l'assuré* ;
- en cas de résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent* (article 841 de la Notice d'information) ;
- en cas de résiliation par l'Assureur* au terme du délai prévu en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (article L. 141-3 du Code des assurances) ;
- lors de l'exécution en capital de la garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Invalidité Permanente Totale
- pour la garantie Décès : le jour du 85ème anniversaire de l'assuré* ;
- pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie: le jour du 67ème anniversaire de l'assuré* ;

- pour les garanties Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Spécifique AERAS :

- le jour du 67ème anniversaire de l'assuré* ;
- à la date de mise en préretraite ou retraite de l'assuré*, sauf si celle-ci résulte d'une inaptitude au travail prise en charge par l'une de ces garanties.

135 Pour la garantie Temporaire Décès Accidentel, la garantie cesse à la date d'effet des garanties et au plus tard, 90 (quatre-vingt-dix) jours après la signature de la demande d'adhésion. Si, après examen de la demande d'adhésion, l'Assureur* se prononce pour un refus de l'adhésion au contrat, la garantie Temporaire Décès Accidentel cesse de plein droit au jour de la notification du refus d'assurance.

APPLICATION TERRITORIALE DE L'ADHESION

140 L'assuré* est couvert au titre des garanties dans le monde entier dans les conditions énoncées à l'article 715 de la Notice d'information.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

201 Le montant des cotisations est fixé selon les critères cumulatifs suivants déclarés lors de la demande d'adhésion :

- âge de l'assuré*,
- capital initial du prêt pour la première cotisation et du capital restant dû à la date de renouvellement de l'adhésion pour les cotisations suivantes ;
- quote-part assurée* ;
- activité professionnelle de l'assuré* ;
- qualité de fumeur ou non-fumeur de l'assuré* ;

- garanties souscrites (y compris la durée de la franchise en Incapacité Temporaire totale de Travail et le rachat éventuel d'exclusion(s)) ;
- des risques médicaux déclarés pour les adhésions soumises à questionnaire de santé et des risques sportifs déclarés ;
- des caractéristiques de chaque prêt.

L'âge est déterminé par différence de millésime à la date de l'adhésion puis à chaque échéance anniversaire* de l'adhésion.

ÉVOLUTION DES COTISATIONS

211 Le montant des cotisations est garanti pendant toute la durée du contrat conformément au dernier échéancier de cotisation remis à l'adhérent*. Toutefois, en cas d'évolution des caractéristiques du (des) prêt(s) et/ ou de la situation de non-fumeur de l'assuré*, les cotisations seront réajustées.

L'Assureur* se réserve le droit également de procéder à une régularisation des cotisations sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre* si

un écart est constaté avec les caractéristiques du plan de financement déclarées lors de la demande d'adhésion.

212 Les cotisations pourront également être révisées par l'Assureur* si les Pouvoirs Publics modifient le taux de la taxe incluse dans les cotisations.

PAIEMENT DES COTISATIONS

221 Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet des garanties. Elles sont payables d'avance, le 5 (cinq) du mois, mensuellement par prélèvements bancaires. Cependant, l'adhérent* peut choisir une autre périodicité de prélèvement lors de la demande d'adhésion.

223 En cas de résiliation de l'adhésion par l'adhérent*, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation.

222 L'adhérent* s'engage à indiquer auprès de Kereis France*, sans délai, toute modification des coordonnées bancaires figurant sur le mandat de prélèvement signé. Le règlement de ces cotisations cesse aux dates contractuelles de cessation des garanties.

224 L'adhérent* est informé que Kereis France* est mandaté par MMA Vie et MMA Vie Assurances Mutuelles pour recouvrer en son nom et pour son compte, l'ensemble des sommes dues au titre de l'adhésion.

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

231 A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 (dix) jours de son échéance, Kereis France* adressera à l'adhérent*, au dernier domicile connu, une lettre recommandée demandant le règlement du montant dû et qui, à défaut de paiement, entraînera la résiliation* de l'adhésion à l'expiration d'un délai de 40 (quarante) jours à compter de l'envoi de cette lettre conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances.

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, le délai de résiliation des garanties après mise en demeure est porté à 120 (cent vingt) jours à compter de la décision de recevabilité de la demande conformément à l'article L. 331-3-1 du Code de la consommation.

232 Le(s) bénéficiaire(s) de la garantie Décès sera (seront) informé(s) du non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation et, le cas échéant, de la résiliation* de l'adhésion.

BENEFICIAIRE(S)

301 En cas de sinistre*, le(s) bénéficiaire(s) des prestations* est (sont) l' (les) organisme(s) prêteur(s) du (des) prêt(s) garanti(s) par l'adhésion sauf clause séquestre, acceptée par l' (les) organisme(s) prêteur(s), désigné(s) lors de la demande d'adhésion et mentionné(s) dans l'attestation d'assurance.

302 Il(s) est (sont) le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s). Aucune modification du (des) bénéficiaire(s) ne pourra être effectuée sans leur(s) consentement(s) écrit(s).

GARANTIES DE BASE

401 Le versement des prestations dépend de la fourniture des justificatifs demandés aux articles 711 à 713 et 715 de la Notice d'information.

GARANTIE TEMPORAIRE DECES ACCIDENTEL

La garantie

411 L'Assureur* verse au(x) bénéficiaire(s) le montant du capital assuré affecté de la quote-part assurée* si l'assuré* décède par suite d'accident corporel* entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet des garanties ou la date de notification du refus de la demande d'adhésion par l'Assureur*.

Limites

412 La prestation est limitée à un **plafond maximum de 300 000 (trois cent mille) euros** pour l'ensemble du (des) prêt(s) faisant l'objet de la demande d'adhésion.

Cette garantie offerte par l'Assureur* s'applique à compter de la date de signature de la demande d'adhésion et pour un **délai maximum de 90 quatre-vingt-dix) jours**.

GARANTIE DECES

La garantie

- 421 Si l'assuré* décède, postérieurement à la date d'effet des garanties, l'Assureur* verse le capital garanti au(x) bénéficiaire(s), pour chaque prêt garanti, que les fonds aient été débloqués ou non. **Ce versement met fin à l'adhésion.**

Capital garanti

- 422 Pour chaque prêt garanti, l'Assureur* verse le capital restant dû au jour du décès majoré des intérêts courus entre la date de la dernière échéance précédant le décès et la date du décès, affecté de la quote-part assurée*. Si pour le(s) prêt(s) consenti(s), la totalité des capitaux n'a pas été totalement débloquée, l'Assureur* verse également le montant des fonds non encore débloqués à la date du décès, sous réserve que les cotisations d'assurance correspondantes aient été réglées. Pour les crédits-bails, le capital garanti est égal à la somme des loyers

restant due au jour du décès augmentée de la valeur résiduelle du bien.

- 423 Le règlement de la prestation est effectué sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre*.
- 424 Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

Limites

- 425 **La prestation* est limitée, par assuré*, à l'ensemble du (des) prêt(s) garanti(s) par l'Assureur*.**
Les éventuelles échéances de prêt ou loyers de crédit-bail impayés, les intérêts de retard et les pénalités ne sont pas pris en compte. La garantie Décès prend fin le jour du 85^{ème} anniversaire de l'assuré*.

GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

La garantie

- 431 Si, postérieurement à la date d'effet des garanties, l'assuré* est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, tel que défini ci-après (article 432 de la Notice d'information), l'Assureur* verse le capital garanti au(x) bénéficiaire(s), pour chaque prêt garanti, que les fonds aient été entièrement débloqués ou non. **Ce versement met fin à l'adhésion.**

Reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- 432 L'assuré* est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie si, après consolidation* de son état de santé, il ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité susceptible de procurer un salaire, gain ou profit et qu'il doit, cumulativement, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie : se laver, se vêtir, se nourrir ou se déplacer. L'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doit être médicalement constaté et reconnu par le médecin conseil de l'Assureur*. Afin de reconnaître cet état et de déterminer la date de consolidation*, l'Assureur* désigne un médecin expert pour procéder à un examen médical (articles 721 et 722 de la Notice d'information).

Capital garanti

- 433 Pour chaque prêt garanti, l'Assureur* verse le capital restant dû à la date de consolidation* de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré* majoré des intérêts courus entre la date de la dernière échéance précédant la date de consolidation* de son état de santé et la date de consolidation*, affecté de la quote-part assurée*, que les fonds aient été entièrement débloqués ou non.

Si pour le(s) prêt(s) consenti(s), la totalité des capitaux n'a pas été totalement débloquée, l'Assureur* verse également le montant des fonds non encore débloqués à la date de consolidation* de l'état de santé de l'assuré*, sous

réserve que les cotisations d'assurance correspondantes aient été réglées.

Pour les crédits-bails, le capital garanti est égal à la somme des loyers restant dus à la date de consolidation* de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré* augmentée de la valeur résiduelle du bien.

- 434 Le règlement de la prestation est effectué sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre*.

- 435 Si la date de consolidation* de l'état de santé de l'assuré* survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure à cette date.

Limites

- 436 **La prestation est limitée, par assuré*, à l'ensemble du (des) prêt(s) garanti(s) mentionnés sur l'attestation d'assurance.**

Les éventuelles échéances de prêt ou loyers de crédit-bail impayés, les intérêts de retard et les pénalités appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie prend fin le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré*.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES

- 501 **Le versement des prestations dépend de la fourniture des justificatifs demandés aux articles 711 et 714 à 715 de la Notice d'information.**
- 502 **Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale doivent être souscrites conjointement et au moment de l'adhésion au contrat. La garantie Invalidité Permanente Partielle ne peut être souscrite qu'en complément des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale.**
Toutefois, elles sont révocables à tout moment si l'organisme prêteur donne son accord.

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

La garantie

- 511 Si, postérieurement à la date d'effet des garanties, l'assuré* est en Incapacité Temporaire totale de Travail, telle que définie ci-après (article 513 et 514 de la Notice d'information), l'Assureur* verse au(x) bénéficiaire(s), 100% du montant des échéances de remboursement du (des) prêt(s) ou des loyers du (des) crédit(s)-bail(s) garanti(s), affecté de la quote-part assurée*.

Reprise à temps partiel thérapeutique

Si l'assuré* est autorisé à reprendre son activité professionnelle à temps partiel pour motif thérapeutique à l'issue d'une Incapacité Temporaire totale de Travail par suite de maladie* ou d'accident corporel*, l'Assureur* verse au(x) bénéficiaire(s), 50% du montant des échéances de remboursement du (des) prêt(s) ou des loyers du (des) crédit(s)-bail(s) garanti(s), affecté de la quote-part assurée*.

Reconnaissance de l'état d'Incapacité Temporaire totale de Travail

- 513 Si l'assuré* exerce une activité professionnelle ou est en recherche d'emploi* au

jour du sinistre*

L'assuré* est considéré en état d'Incapacité Temporaire totale de Travail lorsque, par suite de maladie* ou d'accident corporel*, il est contraint d'interrompre totalement son activité professionnelle ou sa recherche d'emploi, sur prescription médicale.

A la date de survenance de son état d'Incapacité Temporaire totale de Travail, l'assuré* doit exercer une activité professionnelle ou être à la recherche d'un emploi.

514 Si l'assuré* est inactif* au jour du sinistre*

L'assuré* est considéré en état d'Incapacité Temporaire totale de Travail lorsque, par suite de maladie* ou d'accident corporel*, il est temporairement dans l'impossibilité totale et continue, médicalement constatée, de se livrer à ses occupations de la vie quotidienne (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles).

515 L'état d'Incapacité Temporaire totale de Travail doit être médicalement constaté et reconnu par le médecin conseil de l'Assureur*. A la date de consolidation* de son état de santé et au plus tard 3 (trois) ans après le début de l'Incapacité Temporaire totale de Travail de l'assuré*, le médecin conseil de l'Assureur* étudie la poursuite de la prestation au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou de la garantie Invalidité Permanente Partielle.

Versement des prestations

516 La prestation est due au terme de la franchise choisie lors de la demande d'adhésion. Cette période de franchise peut être de :

- 30, 90 ou 180 jours pour les adhésions avec questionnaire de santé

- de 90 jours ou 180 jours pour les adhésions sans questionnaire de santé (en application de l'article L. 113-2-1 du Code des assurances, pour les contrats de crédit visés au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation).

Si, au jour du sinistre*, l'assuré* est inactif*, la prise en charge de la garantie Incapacité Temporaire totale de Travail intervient après un délai minimal de franchise de 90 (quatre-vingt-dix) jours.

Ce délai s'applique à compter du premier jour d'Incapacité Temporaire totale de Travail.

517 La prestation est versée mensuellement au prorata du nombre de jours d'Incapacité Temporaire totale de Travail justifiée. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

La prestation est versée tant que l'assuré* est reconnu en état d'Incapacité Temporaire totale de Travail.

518 Le règlement de la prestation est effectué sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre* sous réserve des dispositions prévues à l'article 812 de la Notice d'information.

Rechute

519 Toute Incapacité Temporaire totale de Travail survenant dans un délai de 90 (quatre-vingt-dix) jours suivant la reprise de l'activité professionnelle de l'assuré* et provenant de la même maladie* ou du même accident corporel*, est considérée comme une rechute.

La prestation est alors versée au(x) bénéficiaire(s) à compter du jour de la rechute.

Limites

520 Le montant du capital dû au terme du prêt n'est pas pris en considération pour les prêts remboursables au terme (prêts «in fine») et les prêts relais. Seules les échéances d'intérêts de ces prêts sont prises en charge par l'Assureur* pendant la période d'Incapacité Temporaire totale de Travail.

Les éventuelles échéances de prêt ou de loyers de crédit-bail impayés, les intérêts de retard et pénalités appliqués par l'(les) organisme(s) prêteur(s) ne sont pas pris en compte.

La prestation est limitée à un **plafond maximum de 350 (trois cents cinquante) euros** par jour et par assuré*, pour l'ensemble du (des) prêt(s) ou crédit(s)-bail(s) garanti(s) par l'Assureur*.

Si l'assuré* est en reprise à temps partiel thérapeutique, la prestation se limite à une prise en charge de **180 (cent quatre-vingt) jours maximum**.

Cessation des prestations

521 Le versement de la prestation cesse :

-à la date de reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, sauf en cas de reprise à temps partiel thérapeutique ;

-à la date de consolidation de l'état d'Incapacité Temporaire totale de Travail ;

-à la date de la mise en préretraite ou retraite de l'assuré*, sauf si celle-ci résulte d'une inaptitude au travail prise en charge par les garanties Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité Permanente Totale ;

-à la cessation des garanties (article 134 de la Notice d'information) ;

-lors de l'exécution en capital des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Invalidité Permanente Totale.

522 La garantie Incapacité Temporaire totale de Travail prend fin le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré*.

GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

La garantie

531 Si, postérieurement à la date d'effet des garanties, l'assuré* est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, telle que définie ci-après (articles 532 et 533 de la Notice d'information), l'Assureur* verse au(x) bénéficiaire(s), sur demande expresse, la quote-part assurée* du capital restant dû à la date de consolidation*.

Ce versement de la prestation en capital met fin à l'adhésion.

A défaut de demande expresse de versement en capital, l'Assureur* verse le montant des échéances de remboursement du (des) prêt(s) ou des loyers du (des) crédit(s)-bail(s) garanti(s), affecté à la quote-part assurée*. **Aucune demande de versement en capital ne pourra être effectuée ultérieurement à la mise en place de ces versements.**

Reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Totale

532 L'assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale lorsque son état de santé est consolidé et que son degré d'invalidité est supérieur ou égal à 66%.

L'état d'Invalidité Permanente Totale doit être médicalement constaté et reconnu par le médecin conseil de l'Assureur*.

533 Le degré d'invalidité de l'assuré* est déterminé selon son profil sur la base du tableau ci-après se référant au taux d'incapacité :

-fonctionnelle : apprécié en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie* ou à l'accident corporel*, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours Médical la plus récente au jour de l'expertise) ;

-professionnelle : apprécié en considérant le degré et la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée. Il prend en considération la façon dont la profession est exercée antérieurement à la maladie* ou à l'accident corporel*, des conditions d'exercice normales de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

PROFIL DE L'ASSURÉ* AU JOUR DU SINISTRE*

→ L'assuré* exerce une activité professionnelle ou est en recherche d'emploi*

Le degré d'invalidité est fixé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

→ L'assuré* est inactif*

Le degré d'invalidité est fixé en fonction du seul taux d'incapacité fonctionnelle.

→ L'assuré* exerce l'une des activités libérales professionnelles suivantes :

- médicales : anesthésiste/ réanimation ; cardiologue ; chirurgien ; chirurgien-dentiste ; dermatologue ; endocrinologue ; gynécologue ; médecin généraliste ; ophtalmologiste ; pharmacien ; radiologue ; sage-femme ; stomatologue ; vétérinaire.
- Paramédicales : acupuncteur (hors médecin) ; audio prothésiste ; biologiste ; orthopédiste ; orthophoniste ; pédicure ; podologue ; prothésiste dentaire ; prothésiste autre que dentaire ; psychomotricien.
- «Spécifiques» : avocat ; huissier de justice ; notaire ; expert-comptable ; architecte ; géomètre expert, administrateur judiciaire, administrateur de bien, expert foncier, commissaire aux comptes, commissaire-priseur judiciaire, conseiller en propriété industrielle, greffier de Tribunal de Commerce, mandataire liquidateur.

Le degré d'invalidité est fixé en fonction du seul taux d'incapacité professionnelle.

En %	Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Taux d'Incapacité Professionnelle	10				29	33	37	40	43	46
	20			32	37	42	46	50	54	58
	30		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

Barème de la garantie Invalidité Permanente Partielle
Barème de la garantie Invalidité Permanente Totale

Versement des prestations

534 La prestation est versée mensuellement au prorata du nombre de jours d'Invalidité Permanente Totale justifiée. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales. La prestation est versée tant que l'assuré* est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale.

535 Le règlement de la prestation est effectué sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre* sous réserve des dispositions prévues à l'article 812 de la Notice d'information.

Limites

536 La prestation est limitée à un **plafond maximum de 350 (trois cent cinquante) euros** par jour et par assuré*, pour l'ensemble du (des) prêt(s) ou crédit(s)-bail(s) garanti(s) par l'Assureur*.

Le montant du capital dû au terme du prêt n'est pas pris en considération pour les prêts remboursables au terme (prêts «in fine») et les prêts relais lorsque le règlement s'effectue en échéances. Dans ce cas, seules les échéances d'intérêts de ces prêts sont prises en charge par l'Assureur* pendant la période d'Invalidité Permanente Totale.

Cessation des prestations

537 Le versement de la prestation cesse :

- à la date de mise en pré-retraite ou retraite de l'assuré*, sauf si celle-ci résulte d'une inaptitude au travail prise en charge par les garanties Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité Permanente Totale ;
- dès que le degré d'invalidité constaté par le médecin conseil de l'Assureur* devient inférieur à 66% ;
- à la cessation des garanties (article 134 de la Notice d'information) ;
- lors de l'exécution en capital des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

538 La garantie Invalidité Permanente Totale prend fin le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré*.

GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

La garantie

541 Si, postérieurement à la date d'effet des garanties, l'assuré* est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, telle que définie ci-après (article 542 de la Notice d'information), l'Assureur* verse au(x) bénéficiaire(s), 50% du montant des échéances de remboursement du (des) prêt(s) ou des loyers du (des) crédit(s)-bail(s) garanti(s), affecté à la quote-part assurée* à la date de consolidation.

Reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Partielle

542 L'assuré* est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle lorsque son état de santé est consolidé et que son degré d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66%.

L'état d'Invalidité Permanente Partielle doit être médicalement constaté et reconnu par le médecin conseil de l'Assureur*. Afin de reconnaître cet état et de déterminer la date de consolidation* ainsi que son degré d'invalidité, l'Assureur* désigne un médecin expert pour procéder à un examen médical (articles 721 et 722 de la Notice d'information).

Le degré d'invalidité de l'assuré* est déterminé selon les critères indiqués à l'article 533 de la Notice d'information.

Versement des prestations

543 La prestation est versée mensuellement au prorata du nombre de jours d'Invalidité Permanente Partielle justifiée. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

La prestation est versée tant que l'assuré* est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle.

544 Le règlement de la prestation est effectué sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre* sous réserve des dispositions prévues à l'article 812 de la Notice d'information.

Rechute

545 Toute Invalidité Permanente Partielle survenant dans un délai de 90 (quatre-vingt-dix) jours suivant la reprise de l'activité professionnelle de l'assuré* et provenant de la même maladie* ou du même accident corporel*, est considérée comme une rechute.

La prestation est alors versée au(x) bénéficiaire(s) à compter du jour de la rechute.

Limites

546 La prestation est limitée, à un **plafond maximum de 175 (cent soixante quinze) euros** par jour et par assuré* pour l'ensemble du (des) prêt(s) ou crédit(s)- bail(s) garanti(s) par l'Assureur*.

Le montant du capital dû au terme du prêt n'est pas pris en considération pour les prêts remboursables au terme (prêts «in fine») et les prêts relais. Seules les échéances d'intérêts de ces prêts sont prises en charge par l'Assureur* pendant la période d'Invalidité Permanente Partielle.

Les éventuelles échéances de prêt ou de loyers de crédit-bail impayés, les intérêts de retard ou pénalités appliqués par l'(les) organisme(s) prêteur(s) ne sont pas pris en compte.

547 Cessation des prestations

Le versement de la prestation cesse :

- à la date de reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- à la date de mise en pré-retraite ou retraite de l'assuré*, sauf si celle-ci résulte d'une inaptitude au travail prise en charge par les garanties Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité Permanente Totale ;
- dès que le degré d'invalidité de l'assuré* constaté par le médecin conseil de l'Assureur* devient inférieur à 33% ;
- à la cessation des garanties (article 134 de la Notice d'information) ;
- lors de l'exécution en capital des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale.

548 La garantie Invalidité Permanente Partielle prend fin le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré*.

BONUS EXONERATION DES COTISATIONS

Le bonus

551 Si en cours d'adhésion, l'assuré* bénéficie d'une indemnisation d'échéances ou de loyers au titre des garanties Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité Permanente Totale, l'Assureur* rembourse à l'assuré* les cotisations d'assurance relatives au(x) prêt(s) ou crédit(s)-bail(s) mentionné(s) dans l'attestation d'assurance, pendant la période d'indemnisation, sous réserve du paiement effectif des cotisations précédentes.

Exonération de la cotisation

552 La cotisation est remboursée par ajout de celle-ci au montant de la prestation versée au titre des garanties Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité Permanente Totale et **dans les mêmes conditions et limites** que celles prévues aux articles précédents de la Notice d'information pour chacune de ces trois garanties complémentaires.

GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS

561 L'assuré* bénéficie de la garantie Invalidité Spécifique AERAS lorsque les conditions ci-dessous sont cumulativement réunies :

- consolidation* de son état de santé ;
- le taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin expert désigné par l'Assureur*, par référence au **barème annexé au code des pensions civiles et militaires**, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;
- l'assuré* fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

La garantie

562 La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion et de cessation sont identiques à celles définies pour les garanties Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Totale, 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.

563 La garantie Invalidité Spécifique AERAS prend fin le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré*.

EXCLUSIONS DE GARANTIES

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

- 601 Pour les adhésions sans questionnaire de santé (en application de l'article L. 113-2-1 du Code des assurances, pour les contrats de crédit visés au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation) :
- Ne sont pas garanties les suites et conséquences d'une maladie* ou d'un accident corporel* qui ont donné lieu :
- soit à un arrêt de travail toujours en cours à la date de la signature de la demande d'adhésion,
 - soit à la reconnaissance d'une invalidité avec attribution d'une pension, d'une rente ou allocation au titre de l'incapacité au travail toujours en cours à la date de signature de la demande d'adhésion.
- Pour toutes les adhésions sont exclus :
- les conséquences d'un conflit armé, sauf disposition d'ordre public contraire.
 - les conséquences de la désintégration du noyau atomique.
 - les conséquences d'un acte intentionnel ou une mutilation volontaire de l'assuré*, ou de toute personne à qui l'assurance profiterait directement ou non, mettant en danger son intégrité physique.
 - les conséquences de la participation active de l'assuré à un délit intentionnel, crime, délit/crime contre la nation, rixe, acte de sabotage, complots ou mouvement populaire mettant en danger son intégrité physique. Ces exclusions ne s'appliquent toutefois pas en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.
 - les conséquences liées à la consommation illicite ou anormale* par l'assuré* de drogues, de stupéfiants, de médicaments non prescrits médicalement et celles des maladies provoquées par l'alcoolisme chronique de l'assuré*.
 - les accidents corporels* de l'assuré* en tant que conducteur de véhicule à moteur sous l'emprise d'un état d'alcoolémie dépassant le taux légal autorisé. Ces exclusions ne s'appliquent toutefois pas si la preuve est rapportée que le sinistre* est sans relation avec l'état de l'assuré*.
 - les accidents corporels* de navigation aérienne à bord d'engin non muni d'un certificat de navigabilité ou dont le pilote ne possède pas un brevet ou de licence en cours de validité.
- Exclusions liées à la notion d'accident corporel* : Ne sont pas considérés comme accident corporel* : le suicide, toute affection vasculaire et/ou circulatoire (par exemple : accident cérébral, accident cardiaque, accident vasculaire cérébral ...), et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.

EXCLUSIONS DE LA GARANTIE DECES

- le suicide survenu la première année de l'adhésion. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas en cas de prêt immobilier accordé pour l'acquisition de la résidence principale dans les conditions fixées par décret, actuellement dans la limite de 120 000 euros (décret du 28 mars 2002).

602 EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIES INVALIDITE PERMANENTE TOTALE, INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE, INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS, INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

- 603
- la période de congé légal de maternité ou période assimilée pour les non-salariées, hors grossesse pathologique.
 - les conséquences des actes de chirurgie esthétique sauf prescription médicale liée à un accident corporel* ou une maladie*.
 - les accidents corporels* ou les maladies (et leurs suites et conséquences) dont la première constatation* médicale est antérieure à la date de signature de la demande d'adhésion, pour les adhésions avec questionnaire de santé. Toutefois, sont garanties les suites et conséquences de ces accidents corporels ou maladies qui ont été déclarés lors des formalités médicales requises à l'adhésion, et qui n'ont pas fait l'objet de restriction spécifique ou d'exclusion de garantie, ainsi que les suites et conséquences des maladies entrant dans le champ d'application du droit à l'oubli prévu par la convention AERAS à la date de signature de la demande d'adhésion.

Sauf aménagement conventionnel moyennant un rachat d'exclusions accepté par l'Assureur*, sont exclus :

- les sinistres* liés aux affections psychiatriques, affections neuropsychiatriques, dépressions, syndromes anxio-dépressifs, syndromes de fatigue ou de douleurs chroniques ou de fibromyalgie et, leurs manifestations somatiques* sauf en cas d'hospitalisation supérieure à 9 (neuf) jours au sein d'un milieu hospitalier psychiatrique dans les 90 (quatre-vingt-dix) jours suivant le début d'un arrêt de travail.
- les sinistres* liés aux atteintes vertébrales, discales ou radiculaires (lumbago, lombalgie, sciatique, sciatralgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques) sauf en cas d'hospitalisation supérieure à 9 (neuf) jours.

En cas de demande d'aménagement conventionnel, celle-ci devra être effectuée de manière indissociable sur ces deux exclusions et ce lors de la demande d'adhésion. Aucune demande de rachat de ces exclusions ne pourra être effectuée en cours de vie du contrat. Cette option de rachat est réservée aux demandes d'adhésion avec franchise de 90 (quatre-vingt-dix) jours ou 180 (cent quatre-vingt) jours.

EXCLUSIONS SPORTIVES APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES

- 604
- les sports à titre professionnel ou rémunérés (directement ou non), hors éducation nationale.
 - les sports à risque suivants : saut à l'élastique, wingsuit, vol d'essai et vol sur engin non muni de certificat de navigabilité.
 - les paris, défis, raids et tentatives de record.

Dans le cadre d'une pratique ponctuelle*, d'une initiation ou d'un baptême encadrés par un personnel qualifié titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigés, les exclusions sportives ne s'appliquent pas.

Sauf aménagement conventionnel, accepté par l'Assureur*, moyennant un rachat de toute ou partie des exclusions ci-dessous, sont exclus :

- les compétitions et entraînements préparatoires de sports équestres ou de sports avec usage d'engins à moteur.
- la plongée sous-marine pratiquée à plus de 20m de profondeur avec bouteille.
- les activités nautiques pratiquées au-delà de 1 mile et la navigation maritime pratiquée au-delà de 25 miles.
- la pratique de ski alpin, de fond ou de snowboard sur pistes non réglementées, non ouvertes et non accessibles en remontées mécaniques.
- les sports pratiqués en montagne au-delà de 4 000m d'altitude.
- le kitesurf, windboard, funboard, parachutisme, parapente, ULM, deltaplane.

RACHAT D'EXCLUSIONS

- 605 L'Assuré* a la possibilité de procéder au rachat des exclusions des pratiques sportives sous réserve :
- de remplir le(s) questionnaire(s) spécifique(s) demandé(s) par l'Assureur* ;
 - de l'accord de l'Assureur* qui précisera ce rachat d'exclusion dans l'attestation d'assurance moyennant une surprime.
- 606 Toute demande de résiliation du (des) rachat(s) d'exclusion(s) ne pourra être prise en considération par l'Assureur*, qu'après réception de l'accord préalable du bénéficiaire acceptant.

DECLARATION DE SINISTRE*

- 701 Tout sinistre* doit être déclaré par l'assuré*, le(s) bénéficiaire(s) ou toute personne y ayant un intérêt, à l'adresse ou au numéro indiqués, dès la connaissance de ce sinistre* en cas de garantie Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et, au plus tard, dans un délai de 30 (trente) jours à compter :
- du terme de la franchise* pour la garantie Incapacité Temporaire totale de Travail,
 - de la connaissance de ce sinistre en cas d'Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Spécifique AERAS.

PIECES A FOURNIR

- 711 **Dans tous les cas**
L'Assureur* se réserve le droit de demander tout document nécessaire à l'étude de la demande de prestation. De plus, l'assuré* doit fournir :
- le tableau d'amortissement du (des) prêt(s) ou crédit-bail(s) en vigueur à la date du sinistre* et,
 - un relevé de compte faisant ressortir le prélèvement de la dernière échéance du (des) prêt(s) ou loyer en cas de crédit-bail.

712 **En cas de décès**

- un certificat médical indiquant notamment la cause du décès,
- un extrait d'acte de décès,
- par accident corporel*, une copie du rapport de police ou de gendarmerie.

713 **En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
- par accident corporel*, une copie du rapport de police ou de gendarmerie,
- la notification de la pension d'invalidité troisième catégorie pour les assurés assujettis à la Sécurité sociale ou la notification de la rente accident du travail à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

714 **En cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Spécifique AERAS**

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant,
- le décompte d'allocation chômage de Pôle Emploi ou organismes assimilés précédant l'arrêt de travail pour les personnes en recherche d'emploi*.

Si l'assuré* exerce une activité professionnelle ou est en recherche d'emploi* :

- les bordereaux de paiement des prestations* versées par l'organisme du régime social de l'assuré,

CONTROLE MEDICAL / ARBITRAGE

- 721 **L'attention est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé, relative à l'Incapacité Temporaire totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Spécifique AERAS et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et celles de l'Assureur* s'y rapportant.**

L'Assureur* se réserve le droit de faire examiner l'assuré* par un médecin expert qu'il aura désigné afin de contrôler son état de santé. L'assuré* s'engage à se soumettre à tout examen ou expertise médicale nécessaire à l'application de ses garanties. **À défaut, l'assuré* perd ses droits aux prestations.** L'assuré* doit transmettre au médecin expert toutes pièces qui pourraient être nécessaires à la gestion ou à l'exécution du contrat. Lors de l'expertise médicale, l'assuré* peut se faire assister à ses frais du médecin de son choix.

Par courrier à Kereis France* – CS 20008 - 44 967 Nantes Cedex 9
(Numéro: 0 970 820 628 - numéro non surtaxé) ou sur le site internet
<https://assure.kereisfrance.com>

Les pièces médicales sont à adresser à l'attention du médecin-conseil de l'Assureur* à l'adresse indiquée ci-dessus.

A défaut de déclaration dans les délais impartis, les prestations seront dues à compter de jour de la réception des pièces justificatives par Kereis France.

- les documents qui justifient de son état d'Incapacité Temporaire totale de Travail, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité Spécifique AERAS,
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou rente d'accident du travail par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de la pension d'invalidité ou rente accident du travail,

Si l'assuré* est inactif* : un certificat médical de son médecin traitant confirmant son état d'Incapacité Temporaire totale de Travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle.

715 **Voyages et séjours à l'étranger**

- En cas de décès de l'assuré* sur un territoire étranger à la France métropolitaine ou à Monaco, la preuve du décès se rapporte au moyen d'un certificat établi par la représentation française du lieu sur lequel le décès est survenu (Consulat ou Ambassade).

- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Spécifique AERAS, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle et d'Incapacité Temporaire totale de Travail sur un territoire étranger à la France métropolitaine ou à Monaco, le constat de l'état de l'assuré* doit être rapporté sur le territoire français métropolitain ou monégasque. **Les frais de rapatriement ne sont pas pris en charge par l'Assureur*.**

À défaut, les garanties demeurent acquises et les prestations dues seront versées lors du retour en France métropolitaine ou à Monaco et à compter de la date de constatation de l'état de santé sur le territoire français métropolitain ou monégasque.

L'examen ou expertise médicale suspend le versement des prestations.

- 722 En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise, l'assuré* et l'Assureur* peuvent décider de s'en remettre à un médecin agissant en qualité de tiers expert qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré*.

Les conclusions de cette expertise s'imposeront aux parties et chacune paiera la moitié des frais et honoraires de ce médecin.

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

AUTRES DISPOSITIONS

CHANGEMENT DE SITUATION

- 801 En cours d'adhésion, l'assuré* doit déclarer les changements suivants par écrit à Kereis France* :
- changement de statut de non-fumeur à fumeur ;
 - modification(s) ou renégociation des conditions du (des) prêt(s).

A défaut de déclaration du changement de statut non-fumeur à fumeur l'Assureur* se réserve le droit d'appliquer les sanctions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances (article 124 de la Notice d'information).

MODIFICATION DES GARANTIES

- 811 En cours d'adhésion et à tout moment, l'assuré* peut demander, sous réserve d'accord écrit du (des) bénéficiaire(s), une modification de ses garanties (y compris la quote-part assurée*) auprès de Kereis France* :
- **En cas de diminution de garantie** : la modification prend effet à la date de réception de l'accord écrit du (des) bénéficiaire(s).
 - **En cas d'augmentation de garantie** : l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats de nouvelles formalités d'adhésion. Les nouvelles

En cas de changement administratif (nom, adresse postale, coordonnées bancaires, ...) l'assuré* doit également en informer Kereis France* dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue, produiront leurs effets.

caractéristiques de l'adhésion seront reportées dans une attestation d'assurance et prendront effet à la date d'acceptation de l'Assureur*.

Toute demande d'augmentation des garanties faisant suite à des modifications du (des) prêt(s) garanti(s) qui interviennent lors d'un arrêt de travail ou d'un état d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité Spécifique AERAS ne sera pas prise en compte.

812 Aucune modification du plan de financement, engendrant une augmentation du montant des échéances de prêt ou des loyers de crédit-bail, du fait de l'assuré* dans les 6 (six) mois qui précèdent un sinistre* ou pendant le sinistre* ne sera prise en compte.

813 En cas de prêt(s) à échéances modulables, l'allongement de la durée du prêt qui découle du fonctionnement normal du (des) contrat(s) de prêt est automatiquement accepté par l'Assureur*.

814 En cas de procédure de surendettement, les modifications liées au nouveau plan de financement sont automatiquement acceptées par l'Assureur* sous réserve de l'ajustement du montant des cotisations selon les critères indiqués à l'article 201 de la Notice d'information.

RESILIATION OU MODIFICATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

821 En cas de résiliation* du contrat d'assurance de groupe par l'association* ou par l'Assureur*, chaque adhésion en vigueur à cette date continuera de produire ses effets. Le contrat d'assurance de groupe peut faire l'objet de modifications des garanties qui s'appliqueront aux adhésions en cours.

Tout projet de modification des droits et obligations des adhérents est soumis à l'accord préalable de l'association* souscriptrice. Les adhérents* seront informés de ces modifications 3 (trois) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

RENONCIATION

Hors vente à distance

831 En application de l'article L. 132-5-1 du Code des Assurances, l'adhérent* a la faculté de renoncer à l'adhésion pendant un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus à compter du moment où l'adhérent* est informé de la conclusion de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 (vingt-quatre) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

L'adhérent* doit pour cela adresser à Kereis France*, CS 20008 – 44 967 Nantes Cedex 9, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par un envoi recommandé à l'adresse électronique suivante : adhésion@kereisfrance.com.

La renonciation peut être rédigée selon le modèle suivant : *"J'ai l'honneur de vous informer de ma décision de renoncer à la demande d'adhésion au contrat d'assurance signée le et demande le remboursement de l'intégralité des sommes versées dans les 30 (trente) jours qui suivent"*.

Dans un délai de 30 (trente) jours à compter de la réception de la lettre de renonciation, l'intégralité des sommes versées au titre de l'adhésion est restituée à l'adhérent*. Les conditions éventuelles de prorogation du délai de renonciation sont prévues par l'article L. 132-5-2 du Code des assurances.

La renonciation entraîne la nullité* de l'adhésion qui n'a donc jamais pris effet. Les garanties sont supprimées à la date d'envoi de la lettre de renonciation.

Kereis France* adressera un courrier à l' (aux) organisme(s) prêteur(s) afin de l' (les) informer que l'adhérent* a exercé son droit de renonciation à l'adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet dix (10) jours après la réception par Kereis France, pour le compte de l'assureur, de la notification

En cas de vente à distance

832 En application de l'article L. 112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent* a la faculté de renoncer à l'adhésion pendant un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus à compter du jour où l'adhérent* est informé de la conclusion de son adhésion ou à compter de la réception des pièces et informations contractuelles de celle-ci.

L'adhérent* doit pour cela adresser à Kereis France*, CS 20008 – 44 967 Nantes Cedex 9, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par envoi recommandé à l'adresse électronique suivante : adhésion@kereisfrance.com.

La renonciation peut être rédigée selon le modèle suivant : *"J'ai l'honneur de vous informer de ma décision de renoncer à la demande d'adhésion au contrat d'assurance signée le et demande le remboursement de l'intégralité des sommes versées dans les 30 (trente) jours qui suivent"*.

Dans un délai de 30 (trente) jours à compter de la réception de la lettre de renonciation, l'intégralité des sommes versées au titre de l'adhésion est restituée à l'adhérent*.

La renonciation entraîne la nullité de l'adhésion qui n'a donc jamais pris effet. Les garanties sont supprimées à la date d'envoi de la lettre de renonciation.

Kereis France* adressera un courrier à l' (aux) organisme(s) prêteur(s) afin de l' (les) informer que l'adhérent* a exercé son droit de renonciation à l'adhésion.

RESILIATION DE L'ADHESION PAR L'ADHERENT*

841 Pour les contrats de crédit visés au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation (notamment contrats de crédit destinés à financer les opérations pour les immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation) :

En application de l'article L.113-12-2 du Code des assurances modifié par la loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur et par dérogation à l'article L. 113-12 de ce code.

Vous pouvez résilier votre adhésion au présent contrat d'assurance à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt dans les conditions ci-dessous :

Vous notifiez à Kereis France – CS – 20008- 44967 Nantes Cedex 9 votre demande de résiliation par courrier postal. Vous recevrez par écrit une confirmation de la part de Kereis France pour le compte de l'assureur, de la réception de votre demande de résiliation. Vous pouvez également effectuer votre demande de résiliation selon l'une des modalités prévues à l'article L 113-14 du Code des assurances (1).

A réception de l'accord du prêteur, vous devez notifier la décision d'acceptation par le prêteur de la substitution de votre contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet du nouveau contrat d'assurance que vous avez souscrit auprès d'un autre assureur, en adressant à Kereis France – CS 20008 – 44967 Nantes Cedex 9 une lettre recommandée ou un envoi recommandé à l'adresse électronique suivante : adhésion@kereisfrance.com.

de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

⁽¹⁾ Selon l'article L 113-14 du Code des assurances lorsque l'assuré a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'assuré : soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication soit par tout autre moyen prévu au contrat.

PRESCRIPTION

851 Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de ce contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Cette durée est portée à dix ans quand le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent.

La prescription est interrompue dans les conditions prévues par l'article L.114-2 du même Code et, notamment, par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressé à l'Assureur par le bénéficiaire ou l'adhérent, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances qui renvoient aux articles 2240 et suivants du code civil reproduits ci-après :

Article L.114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article 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. »

Article L114-3 du Code des assurances :

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Les causes ordinaires de la prescription sont :

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

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

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

PARTICIPATION AUX BENEFICES

861 En application du Code des assurances, ce contrat ne prévoit pas de distribution d'une participation aux bénéfices.

DROIT ET LANGUE APPLICABLE

871 L'adhésion est soumise au droit français en vigueur et à la compétence des juridictions françaises. La langue utilisée est la langue française.

AUTORITE DE CONTROLE

881 L'autorité de contrôle de l'Assureur* est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS cedex 09

RECLAMATION

891 Une réclamation ?

Nos équipes sont en mesure de répondre à toutes vos questions relatives aux clauses ou aux conditions d'application de votre contrat. Elles sont joignables par courrier, téléphone ou messagerie électronique :

Kereis France
Service réclamations
CS 20008 44967 Nantes Cedex 9
09 72 67 00 50
reclamations@kereisfrance.com

Elles analyseront avec vous l'origine du problème et mettront tout en œuvre pour vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si votre réclamation est formulée à l'oral et que vous n'obtenez pas entière satisfaction, vous serez invité à la formaliser sur un support écrit. Il vous suffit d'adresser un courriel à reclamations@kereisfrance.com ou un courrier à Kereis France Service réclamations - CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9.

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de votre réclamation écrite sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai.

En tout état de cause, 2 mois après l'envoi de votre première réclamation écrite, que nous ayons ou non répondu, vous pouvez saisir gratuitement le médiateur de l'assurance :

- Sur le site "<http://www.mediation-assurance.org>" www.mediation-assurance.org. Vous disposez d'un formulaire en ligne « Je saisis le médiateur » ;
- Par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'assurance.

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

901 A qui sont transmises vos données personnelles ?

Vos données personnelles sont traitées par votre assureur ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement. Vous trouverez les coordonnées de votre Assureur sur les documents contractuels et précontractuels qui vous ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à ses partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes professionnels, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance, experts, ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès de votre Délégué à la Protection des Données.

Pourquoi avons-nous besoin de traiter vos données personnelles ?

1- Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur ;

2- Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et votre contrat pour les autres finalités citées, hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir vos données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci.

Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.

3 - Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, votre Assureur peut, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, vous inscrire sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser nos coûts et protéger notre solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable vous sera notifiée.

Quelle protection particulière pour vos données de santé ?

Votre Assureur et le Groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à votre santé aux fins de conclusion et gestion de votre contrat et/ou l'instruction et la gestion de votre sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Vos données de santé sont nécessaires à l'assureur pour évaluer les risques. En aucun cas vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention de votre consentement. Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement au service médical de l'assureur ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

Vous avez la possibilité de ne pas donner votre consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de votre consentement, l'assureur ne pourra pas évaluer le risque. Par conséquent la conclusion de votre contrat ou l'instruction et la gestion de votre sinistre seront impossibles. Vous pouvez exercer votre droit de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- MMA - Protection des données personnelles – 160 rue Henri Champion 72030 Le Mans Cedex 9
- protectiondesdonnees@groupe-mma.fr

Dans le cadre de votre complémentaire de santé, la base légale du traitement de vos données de santé est la protection sociale. Conformément à la législation en vigueur, votre assureur n'exerce pas de sélection de risques à partir de vos données de santé.

Pendant combien de temps vos données personnelles sont-elles conservées ?

Les données personnelles traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, vos données de santé sont conservées pendant 5 ans.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet.

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, vos données personnelles sont conservées 5 ans.

Quels sont les droits dont vous disposez ?

Vous disposez :

- d'un **droit d'accès**, qui vous permet d'obtenir :

- *la confirmation que des données vous concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
- *la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement vous concernant ;

Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part.

- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que vous avez fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de votre utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat.

- d'un **droit d'opposition**, qui vous permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de votre Assureur ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à votre situation particulière, de faire cesser le traitement de vos données à des fins de recherche et développement; de lutte contre la fraude et de prévention.

- d'un **droit de rectification** : il vous permet de faire rectifier une information vous concernant lorsqu'elle est obsolète ou erronée. Il vous permet également de faire compléter des informations incomplètes vous concernant.

- d'un **droit d'effacement** : il vous permet d'obtenir l'effacement de vos données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où vos données ne seraient plus nécessaires au traitement.

- d'un **droit de limitation**, qui vous permet de limiter le traitement de vos données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif)

- *en cas d'usage illicite de vos données
- *si vous contestez l'exactitude de celles-ci
- *s'il vous est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre vos droits.

ADHESION NUMERIQUE / CONVENTION DE PREUVE

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

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

L'Adhérent est informé et accepte expressément que les données et les documents d'adhésion sous forme électronique, conservés par Kereis France* ou chez un hébergeur de données de santé mandaté par cette dernière et agréé au sens de l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique, lui soient opposables et puissent être admis comme preuve de son identité, de ses déclarations et de son consentement relatif à l'adhésion au présent contrat ainsi qu'à son contenu et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

- **d'un droit d'obtenir une intervention humaine** : votre Assureur peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion de votre contrat pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, vous pouvez demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre Délégué à la protection des données.

Vous pouvez exercer vos droits par courrier à l'adresse postale - MMA - Protection des données personnelles - 160 rue Henri Champion 72030 Le Mans Cedex 9 ou par email à l'adresse protectiondesdonnees@groupe-mma.fr.

A l'appui de votre demande d'exercice des droits, il vous sera demandé de justifier de votre identité.

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, vous ne serez pas démarché par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

Vous pouvez définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de vos données personnelles, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

Comment contacter le Délégué à la Protection des Données ?

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données en écrivant à l'adresse électronique suivante : delegualaprotectiondesdonnees@covea.fr ou à par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

Ces données et documents font l'objet d'une signature électronique conforme aux dispositions du décret n°2001-272 du 30 mars 2001.

Lors de son adhésion numérique, le candidat à l'assurance est informé des conditions générales d'utilisation et de la politique de confidentialité

LOI ECKERT

921 En application de l'article L.132-5 du Code des assurances, modifié par la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014, les capitaux décès dus à des bénéficiaires personnes physiques donnent lieu à une revalorisation annuelle, calculée prorata temporis, à compter du décès, jusqu'au jour du règlement du capital.

Le règlement du capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) est effectué dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception de l'ensemble des pièces nécessaires au paiement.

Conformément à l'article L132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de

versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'Assuré par l'Assureur.

L'Assureur informera le(s) Bénéficiaire(s) par tout moyen, 6 mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, le(s) Bénéficiaire(s) peut (vent) se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'État.

