



ACCESS PRET

Capital Initial

GENERALI

NOTICE D'INFORMATION DESTINEE A L'ASSURE

Relative au contrat d'assurance collectif **ASSURANCE DE PRÊT n° 8001** souscrit par l'Association pour l'Union et le Recours En Assurances. « la Contractante » (Technopole du Moulin, Rond-point du Canet CS10019 - 13590 MEYREUIL), auprès de **GENERALI VIE** (Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 336 872 976 euros - RCS Paris n° 602 062 481 - 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS) et de **GENERALI IARD** (Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 94 630 300 euros - RCS Paris n° 552 062 663 - 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS) - Sociétés appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n° 026).

OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre de l'opération de prêt couverte, en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) et Perte d'Emploi (P.E.), selon les garanties mises en place sur la tête de l'Assuré.

PERSONNES ASSURABLES

Toutes les personnes physiques sont assurables dans le cadre du présent contrat, dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance du prêt, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes à la date de leur demande d'adhésion :

- être résidentes de l'Union Européenne, le Royaume-Uni, la Suisse, Monaco, l'Amérique du Nord, le Japon, la République de Singapour, Hong Kong, l'Inde, la Chine, l'Australie, les Emirats Arabes, le Qatar, le Bahreïn ou la Russie (pour les personnes résidentes du Japon, de la République de Singapour, d'Hong Kong, de l'Inde, de la Chine, de l'Australie, des Emirats Arabes, du Qatar, du Bahreïn ou de la Russie seules les garanties Décès et P.T.I.A. pourront être mises en place),
- être bénéficiaires ou cautions d'un prêt consenti par un organisme financier (établissements de crédits français ou monégasques ou luxembourgeois ou succursales françaises d'établissements de crédits étrangers) pour le compte d'une personne morale ou d'une personne physique,
- être âgées (âge exact), à la date de signature de la demande d'adhésion et selon les garanties/options souscrites (cf. Titre « OPERATIONS DE PRETS COUVERTES - GARANTIES PROPOSEES » ci-après), de :

Options 1, 2 et 3	:	18 à 66 ans inclus
Options 2bis et 3bis	:	18 à 55 ans inclus
Option 4 (Senior)	:	67 à 80 ans inclus

MODALITES D'ADHESION

La personne à assurer devra :

- reconnaître adhérer à l'association contractante,
- reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- compléter la demande d'adhésion et le(s) questionnaire(s) de santé, si applicable conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances,
- se soumettre aux formalités d'adhésion et médicales complémentaires éventuellement demandées par l'Assureur, si applicables conformément à l'article L113-2-1 du Code des

Assurances, en raison notamment de son âge, du montant déjà assuré et à assurer ou encore de son état de santé,

- exercer, lors de son adhésion, une activité professionnelle rémunérée, être en congés parental ou être bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent, pour souscrire les garanties I.T.T., I.P.T., I.T.P. et I.P.P.,
- exercer, lors de son adhésion, une activité professionnelle rémunérée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois pour souscrire la garantie P.E.

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur à la souscription, y compris les capitaux déjà assurés auprès de toutes autres compagnies, entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances. Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'Assureur.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

DECISION DE L'ASSUREUR :

L'Assureur, à réception de la demande d'adhésion et, le cas échéant, du(des) questionnaire(s) de santé, des examens médicaux et pièces complémentaires demandés, fait connaître sa décision dans les plus brefs délais.

Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ou encore ajourner sa décision ou refuser l'adhésion. Dans ce cas, l'Assureur fait connaître sa décision par lettre à la personne à assurer.

La décision ne sera définitive pour les acceptations avec surprimes et/ou exclusions, qu'à réception par l'Assureur de l'accord de la personne à assurer sur ses conditions d'acceptation particulières d'acceptation.

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

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2^{ème} niveau » et le cas échéant de « 3^{ème} niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être couverte pour raison de santé par le présent contrat.

SANCTIONS INTERNATIONALES :

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de

l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, le Royaume-Uni et les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable prévoyant de telles mesures.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à compter de la date de signature de l'offre de prêt, sous réserve :

- de la signature de la demande d'adhésion, de la fourniture du(des) questionnaire(s) de santé et des formalités médicales complémentaires le cas échéant,
- de l'acceptation de l'Assureur,
- de l'accord de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières.

CAS PARTICULIER DES PRETS DEJA EN COURS :

L'assurance peut être mise en place dans le cadre de prêts déjà en cours au moment de l'adhésion au contrat, sous réserve :

- que le prêt concerné ne soit pas déjà assuré par GENERALI,
- que les caractéristiques de ce prêt répondent aux dispositions du présent contrat,
- que la personne à assurer remplisse l'ensemble des formalités d'adhésion (questionnaire(s) de santé, formalités médicales complémentaires le cas échéant ...).

Dans ce cas, les garanties prennent effet à la date mentionnée par la personne à assurer sur la demande d'adhésion, sous réserve :

- de l'acceptation de l'Assureur,
- de l'accord écrit de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières.

COUVERTURE PROVISOIRE EN CAS DE DECES PAR ACCIDENT :

Une garantie provisoire en cas de **décès par accident (*)** est acquise dès la date de signature de la demande d'adhésion, **pendant une durée maximale de 90 jours et pour un montant maximal de 200 000 euros**, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés ou à assurer sur sa tête.

Cette garantie cesse automatiquement :

- à la date d'acceptation du risque par l'Assureur,
- à la date à laquelle l'Assureur notifie à la personne à assurer son refus ou son ajournement,
- si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours, aux demandes de renseignements complémentaires de l'Assureur.

(*) Par accident il faut entendre : tout dommage corporel provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure.

IRREVOCABILITE DES GARANTIES :

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui

sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues au Titre « FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS », selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement.

DUREE DE L'ADHESION - RESILIATION

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

L'Assuré peut résilier le contrat à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt. Il notifie à **MULTI-IMPACT** sa demande de résiliation par courrier ou tout autre mode prévu à l'article L. 113-14 du code des assurances.

Si l'Assuré fait usage du droit de résiliation mentionné au présent alinéa, il notifie à **MULTI-IMPACT** par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique la décision du prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur. En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par l'assureur de la décision du prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié. Ce droit de résiliation appartient exclusivement à l'assuré.

Dans tous les cas, l'organisme prêteur sera tenu informé de la résiliation.

OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN COURS D'ASSURANCE

En cours d'assurance, l'Assuré devra obligatoirement informer l'Assureur par écrit, dans les meilleurs délais, **de toute modification des caractéristiques de l'opération de prêt couverte** (avec les justificatifs correspondants).

DEFINITION DES GARANTIES

Les risques susceptibles d'être garantis sont :

- **Le Décès.**
- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :** invalidité physique ou intellectuelle rendant l'Assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.
- **L'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :** état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice, par l'Assuré, de son activité professionnelle lui procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre).
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) :** persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.

L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.

- **L'Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) :** état médicalement constaté d'incapacité partielle et temporaire à l'exercice de l'activité procurant gain ou profit à l'Assuré, lui permettant une reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique. Cet état doit intervenir dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur.
- **L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) :** persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.P. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 %, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.
- **La Perte d'emploi (P.E.) :** licenciement de l'Assuré, salarié dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI).

OPERATIONS DE PRÊT COUVERTES - GARANTIES PROPOSEES

OPERATIONS DE PRET COUVERTES :

L'assurance concerne les opérations de prêts suivantes, réalisées en euros (ou en devises, sous réserve des précisions mentionnées au paragraphe « REMARQUES » ci-après) et consenties par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers :

1/ Les prêts AMORTISSABLES immobiliers ou mobiliers (y compris les prêts : personnels, consommation, à paliers et à taux zéro et hors regroupement de crédits pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances), destinés aux particuliers ou aux professionnels, d'une durée maximale de 420 mois (y compris éventuelle période de différé total ou partiel) d'un montant maximal de 10 000 000 euros, amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec déblocages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.

2/ Les prêts REMBOURSABLES IN FINE immobiliers ou mobiliers (hors regroupement de crédits pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances), destinés aux particuliers ou aux professionnels, d'une durée maximale de 240 mois et d'un montant maximal de 2 000 000 euros.

3/ Les CREDITS BAIL / LOCATIONS AVEC OPTION D'ACHAT (LOA) mobiliers, destinés aux particuliers ou aux professionnels, d'une durée maximale de 60 mois et d'un montant maximal de 1 000 000 euros

4/ Les prêts RELAIS, d'une durée maximale de 36 mois et d'un montant maximal de 2 000 000 euros.

GARANTIES PROPOSEES :

- Option 1 : Décès/P.T.I.A.
- Option 2 : Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P.
- Option 2bis : Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P./P.E.

- Option 3 : Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P./I.P.P.
- Option 3bis : Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P./I.P.P./P.E.
- Option 4 (Senior) : Décès

Pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances, les options 2bis et 3bis ne peuvent être souscrites.

REMARQUES :

- **Montant maximal des capitaux assurables :** Le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour une même personne, ne pourra en aucun cas excéder 10 000 000 d'euros et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.

- **Augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance :** il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- . la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
- . la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 420 mois,
- . le prêt est amortissable.

Prêts libellés en devises :

Lors de l'adhésion au contrat le capital assuré ainsi que le tableau d'amortissement seront convertis en euros en fonction du barème contre-valeur en vigueur à cette date, intégrant un coefficient de majoration de 1,2 sur le taux de change. Il en sera de même pour les cotisations et les prestations.

Ce barème restera valable pendant toute la durée de l'adhésion et ce, même en cas de modification en cours d'assurance impliquant une actualisation du tableau d'amortissement (tel que le remboursement anticipé partiel du prêt).

L'attention de l'assuré et de l'emprunteur est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, ce solde sera versé conformément aux dispositions du paragraphe BENEFICIAIRES ci-après, à savoir : au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf autre désignation communiquée par écrit par l'Assuré lors de son adhésion ou ultérieurement.

COTISATIONS, SURPRIMES ET EXONERATION

Les garanties définies sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation unique ou annuelle exprimée en pourcentage du capital initial (du montant financé TTC, hors option d'achat / valeur résiduelle, pour les crédits bail/LOA) :

- dès lors que la cotisation est unique, elle est payée à l'adhésion en une seule fois et est calculée en fonction de la durée totale du prêt assuré. En cas de remboursement anticipé total dudit prêt avant son terme, l'Assureur remboursera 60% du trop-perçu qu'il aura encaissé,
- dès lors que les cotisations sont exprimées en annuel, elles peuvent être prélevées par l'Assureur ou son délégataire mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance sur le compte de l'Assuré (ce compte devant obligatoirement être domicilié en France ou à Monaco ou au Luxembourg).

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties. Un complément de cotisation sur la totalité du capital assuré sera dû entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de première échéance.

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

Cotisation association contractante : l'Adhérent devra payer sa cotisation à l'association contractante chaque année civile.

IRREVOCABILITE DES COTISATIONS :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, les taux de cotisation TTC communiqués lors de l'adhésion au contrat sont irrévocables pendant toute la durée de ladite adhésion (sauf en cas de mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement du taux de taxe applicable au présent contrat).

EXONERATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS :

En cas d'I.T.T. (sous réserve que ces garanties aient été accordées par l'Assureur), l'Assuré sera exonéré du paiement de la cotisation relative à l'ensemble des garanties souscrites.

Cette exonération sera effective pendant toute la durée du paiement des prestations prévues en cas d'I.T.T. et débutera au plus tôt à compter du 91^{ème} ou 31^{ème} jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat). Pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances, ce remboursement débutera au plus tôt à compter du 91^{ème} jour.

En cas de paiement d'une cotisation unique à l'adhésion, aucune exonération ou remboursement ne sera effectué en cas d'I.T.T. de l'Assuré.

ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement.

Cependant :

- l'Assureur pourra convoquer l'Assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DROM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'Assuré si celui-ci est à l'étranger au moment du sinistre.
- En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DROM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

BENEFICIAIRES - PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

BENEFICIAIRES :

- **EN CAS DE DECES :** l'organisme prêteur est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues, étant précisé qu'en cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf autre désignation communiquée par écrit par l'Assuré lors de son adhésion ou ultérieurement.

Si toutefois le bénéficiaire des prestations en cas de décès n'était pas l'organisme prêteur, l'Assuré devra préciser sur la demande d'adhésion ou sur papier libre, la clause bénéficiaire spécifique à retenir.

- **EN CAS DE P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. ET P.E. :** l'organisme prêteur est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues ou l'Assuré lui-même. En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées à l'Assuré lui-même.

PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE :

DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Décès ou de P.T.I.A., l'Assureur garantit le paiement des prestations telles que définies dans le tableau ci-après :

Type de prêt	Prestation DANS LA LIMITE DE LA QUOTITE ASSURÉE
PRET AMORTISSABLE	Pendant la phase de différé (le cas échéant) : le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A. Pendant la phase d'amortissement : le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date
PRET REMBOURSABLE IN FINE / PRET RELAIS	Le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.
CREDIT BAIL - LOA	La somme des loyers TTC non échus au jour du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A., hors option d'achat/valeur résiduelle

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES DECES/P.T.I.A.

- 1/ **En cas de sinistre avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que l'assurance ait pris effet :** l'Assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme aux bénéficiaires autres que l'organisme prêteur (cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »).
- 2/ **En cas de sinistre sur un prêt avec déblocage échelonné :** l'Assureur prend en charge le montant du capital garanti dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme :
 - à l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'emprunteur et restant dues en principal (ou clause bénéficiaire spécifique, le cas échéant - cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »),
 - et à l'autre (aux autres) bénéficiaire(s) désigné(s) à concurrence des sommes non débloquées (cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »).

3/ L'échéance échue le jour même du Décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A. est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.

4/ En cas de Décès ou P.T.I.A. simultanément(e) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant total réglé par l'Assureur n'excèdera pas, selon les cas, le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes, et n'excèdera en aucun cas le montant total du prêt.

GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) - INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) - INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL (I.T.P.) - INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) - PERTE D'EMPLOI (P.E.)

Il est rappelé que ces garanties sont facultatives et ne peuvent être souscrites :

Pour l'I.T.T., I.P.T., I.T.P. et I.P.P. :

- qu'en complément de l'assurance Décès/P.T.I.A.,
- que si la personne à assurer, lors de son adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée, est en congés parental ou est bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent.

Pour la P.E. :

- qu'en complément de l'assurance Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P. ou Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P./I.P.P.
- que si la personne à assurer exerce une activité professionnelle rémunérée lors de son adhésion dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois.
- que si l'Assuré remplit le questionnaire de santé conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) ET INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL (I.T.P.) :

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :

En cas d'I.T.T., l'Assureur règle à compter du 91^{ème} ou 31^{ème} jour continu d'incapacité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau ci-après. Pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances, la prestation ne pourra être réglée antérieurement au 91^{ème} jour.

Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) :

En cas d'I.T.P. (mi-temps thérapeutique) intervenant dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur, celui-ci verse une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

La durée maximale de prise en charge par l'Assureur, pour une même I.T.P., est limitée à 180 jours continus.

Rechutes : Toute reprise de travail (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du service des prestations, sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de 90 ou 30 jours (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors

de son adhésion au contrat), avant prise en charge des échéances dans la limite de la quotité assurée.

A tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'Assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) ET INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) :

En cas d'I.P.T. ou d'I.P.P., l'Assureur détermine les taux d'incapacité par voie d'expertise à l'aide du tableau ci-après, en fonction :

- du taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise),
- du taux d'Incapacité Permanente Professionnelle : apprécié en fonction de la profession de l'Assuré.

TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE										
TAUX I.P.	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	63,5	68,68	73,68	
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,4	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	

Si le taux est égal ou supérieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.T.

L'Assureur règle une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.P.

L'Assureur règle à compter du 91^{ème} ou 31^{ème} jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau ci-après. Pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances, la prestation ne pourra être réglée antérieurement au 91^{ème} jour.

Si le taux est inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Type de prêt	Prestation DANS LA LIMITE DE LA QUOTITE ASSURÉE
PRET AMORTISSABLE	<u>I.T.T.</u> : les échéances dues <u>I.T.P. / I.P.P.</u> : 50% des échéances dues <u>I.P.T.</u> : Pendant la phase de différé (le cas échéant) : le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date de la reconnaissance de l'I.P.T. Pendant la phase d'amortissement :

	le capital restant dû à la date de la reconnaissance de l'I.P.T., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date
PRET REMBOURSABLE IN FINE / PRET RELAIS (avec différé partiel)	I.T.T. : les échéances d'intérêt dues I.T.P. / I.P.P. : 50% des échéances d'intérêt dues I.P.T. : le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date de la reconnaissance de l'I.P.T.
CREDIT BAIL / LOA	I.T.T. : les loyers TTC dus I.T.P. / I.P.P. : 50% des loyers TTC dus I.P.T. : La somme des loyers non échus au jour du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A., augmenté du montant de la valeur résiduelle (option d'achat)

PERTE D'EMPLOI (P.E.) :

L'assuré bénéficie du droit à indemnisation à la fin d'un délai de carence de 180 jours continus décompté à partir de la date de prise d'effet des garanties.

La durée maximale d'indemnisation est de :

- 12 mois au titre d'une même période de chômage,
- 36 mois pour toute la durée de l'adhésion, quel que soit le nombre de périodes de chômage.

L'Assureur règle à compter du 181^{ème} jour de perte d'emploi continue, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Type de prêt	Prestation DANS LA LIMITE DE LA QUOTITE ASSURÉE
PRET AMORTISSABLE	75% des échéances dues
PRET REMBOURSABLE IN FINE / PRET RELAIS (avec différé partiel)	75% des échéances d'intérêt dues
CREDIT BAIL / LOA	75% des loyers TTC dus

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. ET P.E. :

- 1/ Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

- 2/ Pour le règlement des prestations, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

- 3/ Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte par l'Assureur.

- 4/ En cas d'I.T.T., I.T.P., I.P.P. ou P.E. affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des échéances du remboursement du prêt.
De la même façon, en cas d'I.P.T. simultanément de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant total réglé par l'assureur n'excédera en aucun cas le montant total du prêt.

- 5/ Prêt avec différé :
- s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : aucune prestation n'est due,
 - s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : seules les échéances d'intérêts sont prises en charge dans la limite de la quotité assurée.

- 6/ Prêt remboursable in fine / prêt relais : le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement n'est jamais pris en charge par l'Assureur.

- 7/ Crédit bail - LOA : le montant de la valeur résiduelle / option d'achat éventuellement compris dans la(les) dernière(s) échéance(s) de remboursement, n'est jamais pris en charge par l'Assureur.

- 8/ En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt :
- En cas de variation à la hausse :
- Toute augmentation des échéances (en nombre ou en montant) devra être communiquée à l'Assureur et pourra donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion.
- Il est toutefois précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'Assureur si elle intervient pendant une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.P. ou de P.E. de l'Assuré sauf si elle :
- résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt,
 - est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'Assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur,
 - intervient au plus une fois par an.

En cas de variation à la baisse :

Toute baisse des échéances (en nombre ou en montant) sera prise en compte par l'Assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.P. ou de P.E.

EXCLUSIONS

En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucune conséquence d'un sinistre P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. ou P.E. en cours à la date de conclusion de l'adhésion ne pourra être prise en charge.

1/ Sont exclus de la garantie prévue en cas de DECES

- le suicide, lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Cette franchise s'applique à chaque adhésion nouvelle, suite à l'obtention d'un nouveau prêt ou à l'augmentation d'un prêt existant. Toutefois le suicide est garanti dès la prise d'effet de l'adhésion, dans la limite de

120 000 euros, lorsque l'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré,

- les risques résultant d'un accident de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même,
- (*) les risques se rapportant à des compétitions aériennes, démonstrations, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, records ou tentatives de records, à des sauts effectués avec des parachutes non homologués, à la pratique du saut à l'élastique, du parapente, du deltaplane, de l'ULM, ou de tout autre appareil comparable (sauf en cas de pratique à titre occasionnel, encadrée par un professionnel habilité),

(*) pour les personnes à assurer qui exercent une activité dangereuse ou pratiquant un sport dangereux, les exclusions ci-dessus, marquées d'un astérisque, peuvent être supprimées ou adaptées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire

- pour l'Assuré qui remplit le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances, les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion (sauf si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune exclusion et/ou aucun refus de garantie),
- les risques consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome,
- les risques consécutifs à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un röntgen par heure, de tous autres accidents dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle. Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux, de fausse manœuvre ou d'erreur dans leur utilisation sont garantis, dès lors qu'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de maladie ou d'accident garanti.

2/ Sont exclus de la garantie prévue en cas de P.T.I.A.

- les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès,
- les conséquences d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire,
- les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de drogue, l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement et leurs suites et conséquences avérées.

3/ Sont exclus de la garantie prévue en cas d'I.T.T., I.P.T., I.T.P. et I.P.P.

- les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès ou de P.T.I.A.,
- (*) les conséquences de la participation à des compétitions, courses, matches ou paris (sauf compétitions auxquelles l'Assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas d'utilisation d'un engin à moteur ou une arme) ou de toute pratique sportive professionnelle ou sous contrat avec rémunération (sauf si l'activité sportive est liée à l'enseignement),
- (*) les conséquences de la pratique des sports et activités suivantes (sauf en cas de pratique à titre amateur) : sports

aériens, plongée sous-marine avec appareil autonome, alpinisme de haute montagne au-delà de 3000 mètres d'altitude, hockey sur glace, bobsleigh, sport de combat, spéléologie, kitesurf, skysurf,

(*) pour les personnes à assurer qui exercent une activité dangereuse ou pratiquant un sport dangereux, les exclusions ci-dessus, marquées d'un astérisque, peuvent être supprimées ou adaptées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.

- les conséquences de rixes sauf cas de légitime défense, devoir professionnel ou assistance à personne en danger,
- les conséquences de guerre civile ou étrangère,
- (**) les conséquences des dépressions nerveuses, qu'elles soient réactionnelles ou endogènes, sauf si l'assuré a été hospitalisé pendant une période continue d'au moins 5 jours dans un établissement spécialisé (la prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 91^{ème} ou 31^{ème} jour d'incapacité ou d'invalidité - selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat - ayant entraîné l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette hospitalisation). Pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances, la prise en charge interviendra au plus tôt à compter du 91^{ème} jour,
- (**) les conséquences des affections du rachis dorsolombaire (lombalgies, sciatiques, lumbago, hernie discale) sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation d'au moins 4 jours (la prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 91^{ème} ou 31^{ème} jour d'incapacité ou d'invalidité - selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat - ayant entraîné l'intervention chirurgicale ou l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette intervention chirurgicale ou hospitalisation). Pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des Assurances, la prise en charge interviendra au plus tôt à compter du 91^{ème} jour.

(**) pour les personnes à assurer qui en font la demande lors de leur adhésion au contrat, les exclusions ci-dessus, marquées de deux astérisques, peuvent être supprimées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.

MATERNITE : la période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du Travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées. Toutefois :

- si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé,
- si avant le début de ce congé l'Assurée était indemnisée par l'Assureur dans le cadre du présent contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'Assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites fixées pour les garanties I.T.T., I.P.T., I.T.P. et I.P.P.

4/ Sont exclus de la garantie prévue en cas de P.E.

- la retraite ou la préretraite, quelle qu'en soit la cause y compris pour inaptitude au travail,
- la démission même prise en charge par Pôle Emploi ou par un organisme équivalent,
- toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi,
- le licenciement pour faute grave ou lourde,
- la rupture du contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci,

- la rupture conventionnelle du contrat de travail,
- le licenciement si l'Assuré est salarié :
 - de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale emprunteur contrôlée ou dirigée par son conjoint, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants (sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise).

FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations cessent pour tous les risques :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'Assuré,
- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- en cas de non-paiement des cotisations (sauf application des dispositions du paragraphe « Exonération du paiement des cotisations »),
- en cas d'exigibilité anticipée du prêt par suite de non-paiement d'une ou plusieurs échéances et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- au jour du règlement par l'Assureur du capital en cas de Décès, de P.T.I.A. ou d'I.P.T.,
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation est atteinte pour la P.E. (12 mois par période de chômage ou 36 mois pour toute la durée de l'adhésion, quel que soit le nombre de périodes de chômage),
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 180 jours par sinistre est atteinte pour la garantie I.T.P.,
- au 85^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès,
- au 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.T.P. et I.P.P.,
- au 62^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie P.E.,
- dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal de la profession ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'incapacité au travail en ce qui concerne les garanties I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. et P.E.

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :
MULTI IMPACT - 41/43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS cedex

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur devront avoir lieu en France, DROM/COM ou Monaco.

FORMALITES ET JUSTIFICATIFS A FOURNIR :

Il conviendra de fournir à l'Assureur le certificat d'adhésion, les pièces listées ci-après, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire par l'assureur au règlement des prestations.

1/ En cas de Décès

- un acte de décès et si le décès est accidentel, l'extrait du procès verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, le numéro de ce procès verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, une coupure de presse,
- un certificat médical post-mortem (sur l'imprimé établi par l'assureur), précisant le genre de maladie ou d'accident auquel a succombé l'Assuré,

- le tableau d'amortissement arrêté à la date du décès.

CAS PARTICULIER : Si le décès survient hors de la France Métropolitaine, d'un DROM COM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

2/ En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)

- une déclaration de l'Assuré (sur l'imprimé établi par l'Assureur)
- un certificat médical du médecin de l'Assuré (sur l'imprimé établi par l'Assureur),
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'Assuré en bénéficie,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de la P.T.I.A.

3/ En cas d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical du médecin de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de deuxième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'Assuré en bénéficie,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de l'I.P.T.

4/ En cas d'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)

Au début de l'Incapacité ou de l'Invalidité :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, avant l'expiration du délai de franchise choisi par l'Assuré lors de son adhésion au contrat, sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé en cas d'accident, au jour de sa survenance, ou en cas de maladie, au jour de la première visite du médecin traitant. En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée. Les incapacités de travail d'une durée inférieure à la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat ne donneront lieu à aucun paiement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical sur imprimé établi par l'Assureur,
- les volets ou l'attestation de prestations de la Sécurité Sociale si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle de travail du contrat)
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de l'arrêt de travail.

Au cours de l'incapacité ou de l'invalidité :

Devront être adressés :

- les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'invalidité ou de l'incapacité,

- les volets de la Sécurité Sociale attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle de travail du contrat)
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

A la fin de l'Incapacité :

Il est indispensable de remettre à l'Assureur un certificat de fin d'incapacité rempli par l'Assuré à l'aide d'un formulaire établi et fourni par l'Assureur lors de la première demande d'indemnisation. Cette remise permettra de déterminer les prestations en cas de rechute.

5/ En cas de Perte d'Emploi

Au début de la Perte d'Emploi :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, avant l'expiration du délai de franchise, sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé à la date du licenciement. En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée. Les Pertes d'Emploi d'une durée inférieure à la durée de franchise ne donneront lieu à aucun paiement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une copie de la lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivré par Pôle Emploi ou un organisme assimilé de l'Etat,
- l'attestation de l'employeur (ou des employeurs) précédent(s) précisant :
 - . la nature du contrat de travail au moment du licenciement,
 - . les natures, dates de début et de fin des contrats de travail depuis l'adhésion au contrat,
- les bordereaux de paiement des prestations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme assimilé, depuis l'origine,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date du licenciement.

Au cours de la période de Perte d'Emploi :

Devront être adressés :

- les bordereaux de paiement des prestations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme assimilé, depuis l'origine,
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

PRESCRIPTION

Pour l'application du présent paragraphe, il faut entendre par le terme « souscripteur », le terme « adhérent ».

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
 - 2)- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interromp le délai de prescription ; La demande en justice, même en référé, interromp 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 ; L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. 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. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interromp le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

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

Elle est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. 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.

ARBITRAGE MEDICAL

A toute époque, les médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'Assuré en état de P.T.I.A., d'I.T.T., d'I.P.T., d'I.T.P. ou d'I.P.P., afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continuera à s'exercer même après la dénonciation du contrat par l'association contractante.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus

diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

RECLAMATIONS - MEDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'Assuré (ou ses ayants droit) ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à Generali - Réclamations - TSA 70100 - 75309 PARIS Cedex 09 - servicereclamations@generali.fr.

Ce service accusera réception de sa demande sous 10 jours et y répondra dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date de réception de la demande.

Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré (ou ses ayants droit) ou par l'Assureur.

Médiation

En qualité de membre de la France Assureurs, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'Assuré (ou ses ayants droit) et l'Assureur après examen de la demande par le service réclamations, l'Assuré (ou ses ayants droit) peut saisir le Médiateur indépendant en écrivant à M. le Médiateur de l'assurance :

- Soit, en écrivant à : M. le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 ;
- Soit en déposant une demande en ligne à l'adresse : <http://www.mediation-assurance.org>

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de la demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles il définit la finalité.

MULTI IMPACT en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels, nécessaires à la gestion des adhésions au contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- souscription
- émission des avenants en cours d'assurance
- encaissement et recouvrement des cotisations
- instruction et règlement des sinistres
- réclamations
- archivage

Les finalités et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par le courtier. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou du courtier. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires, organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considérée comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe.

Dans le cadre des contrats de prévoyance et de retraite collectifs et individuels, certaines données sont transmises aux administrations fiscale et sociale pour l'accomplissement de leurs missions et servent notamment au recouvrement des cotisations sociales et de l'impôt ainsi qu'à l'ouverture et au calcul de droits en matière de prestations

sociales. Leur utilisation s'effectue dans le respect des dispositions du règlement général sur la protection des données et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes dont nos délégataires de gestion, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, d'envoi ponctuels d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdaces@generali.fr

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- **d'un droit d'accès** : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- **d'un droit de rectification** : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- **d'un droit de suppression** : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- **du droit de définir des directives** relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- **d'un droit à la limitation du traitement** : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- **d'un droit à la portabilité des données** : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- **d'un droit de retrait** : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue

par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- d'un droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande avoir fourni une preuve de votre identité, aux adresses mentionnées au paragraphe « Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles ».

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de Fontenoy-TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessous.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles :

- Pour le délégataire de gestion : MULTI IMPACT - 41/43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS cedex
- Pour l'assureur : Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrions cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

RENONCIATION A L'ASSURANCE

En cas de renonciation de l'adhésion, le Délégué MULTI-IMPACT en informera l'organisme financier prêteur.

1/ DELAI DE RENONCIATION APPLICABLE QUELLES QUE SOIENT LES MODALITES DE DIFFUSION DU CONTRAT (ARTICLE L 132-5-1 DU CODE DES ASSURANCES) :

L'Assuré peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que son adhésion est conclue (selon les conditions d'acceptation, l'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion ou au plus tard à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Modèle de lettre type à adresser à MULTI-IMPACT :

« Nom et prénoms : / Adresse : / N° du contrat :

Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément en vertu de l'article L 132-5-1 du code des assurances à mon adhésion au contrat d'assurance groupe emprunteur n°8001, signée le _____ auprès de M. (Indiquer le nom du conseiller).

Fait à _____, le _____

Signature : » NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références

2/ DELAI DE RENONCIATION APPLICABLE EN CAS DE VENTE A DISTANCE DU CONTRAT (ARTICLE L 112-2-1 DU CODE DES ASSURANCES) :

Les présentes dispositions ne sont applicables que dans l'hypothèse où l'adhésion est conclue sans la présence simultanée des parties, qui utilisent alors exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

L'Assuré peut alors renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus, à compter :

- soit du jour où son adhésion est conclue,
- soit du jour où il reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 112-2-1, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée ci-avant.

Les adhésions pour lesquelles s'applique ce droit à renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution avant la fin des trente jours, sans un accord de l'Assuré.

Modèle de lettre type à adresser à MULTI-IMPACT :

« Je soussigné _____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion en vertu de l'article L112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance groupe emprunteur n°8001, effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Signature : » NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références