



PERFORM PRET

GAN



NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EMPRUNTEURS N° 6092 / 200164 ASSUREA PERFORMANCE

→ Préambule

Le présent contrat d'assurance de groupe emprunteurs à adhésion facultative a été conclu entre l'**Association pour l'Union et le Recours en Assurances** – Association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – Technopole du Moulin – Rond-point du Canet – CS 10019 – 13590 Meyreuil ci-après dénommée « l'Association » et **Groupama Gan Vie** ci-après dénommée « l'Assureur » par l'intermédiaire de **Assurée** – Société par actions simplifiée au capital de 17 125 euros – RCS Aix en Provence 447 731 787 – APE : 6612Z – Et société de courtage d'assurance immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 11 063 471 (www.orias.fr) - Technopole du Moulin – Rond-point du Canet – CS 10019 – 13590 Meyreuil.

La gestion du contrat est assurée par **Multi-Impact** – Société par actions simplifiée au capital de 54 852 euros – RCS Reims 402 502 108 – APE : 6622Z - Et société de courtage d'assurance immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 004 884 (www.orias.fr) – 41/43 avenue Hoche – CS 110002 - 51687 Reims Cedex.

Ce contrat est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants. Il est en outre régi par le Code de la consommation et ses articles L.312-1 et L.313-1 et suivants.

Les déclarations de l'assuré servent de base à l'acceptation de son adhésion et à l'application de ses garanties.

OBJET DU CONTRAT ET NATURE DES GARANTIES

Le contrat a pour objet le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre du prêt concerné, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), d'incapacité temporaire totale (ITT), d'invalidité permanente totale (IPT) et d'invalidité permanente partielle (IPP) de l'assuré.

Trois options de garanties sont proposées :

- **Option 1 - Assuré de moins de 70 ans au jour de sa demande d'adhésion** : Garanties Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie
- **Option 2 - Assuré de moins de 60 ans et exerçant une activité professionnelle au jour de sa demande d'adhésion** : Garanties Décès – Perte totale et irréversible d'autonomie – Incapacité temporaire totale - Invalidité permanente totale
- **Option 3 - Assuré de moins de 60 ans et exerçant une activité professionnelle au jour de sa demande d'adhésion** : Garanties Décès – Perte totale et irréversible d'autonomie – Incapacité temporaire totale - Invalidité permanente totale – Invalidité permanente partielle

Le choix de l'option de garanties est effectué lors de la demande d'adhésion. Il est ferme et définitif. L'option de garanties choisie est indiquée dans le certificat d'adhésion.

L'option Rachat total des exclusions des affections dorsales et des affections psychiatriques prévues à l'article 13 est également choisie lors de la demande d'adhésion dans le cadre des options 2 et 3.

L'option Cessation des garanties et des prestations au 31 décembre qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle est pareillement souscrite lors de la demande d'adhésion dans le cadre des options 2 et 3.

→ Titre I - Définitions

Pour l'application des garanties, les définitions suivantes sont retenues :

- **ACCIDENT** : Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provoquée par l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure à la victime. Il appartient aux ayants droit de l'assuré ou à l'assuré lui-même, en application de l'article 1353 du Code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie et l'arrêt de travail.

- **ACTIVITE PROFESSIONNELLE** : Activité normalement rémunérée, non occasionnelle au titre de laquelle l'assuré ou son employeur est obligatoirement assujéti au versement des cotisations à un régime social de base.

Le conjoint collaborateur (non salarié) ou le conjoint associé mentionné comme tel au Registre du Commerce et des Sociétés ou au Répertoire des Métiers **est considéré comme exerçant une activité professionnelle sous réserve des dispositions prévues au titre des garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle.**

- **ASSURE** : Toute personne physique âgée de moins de 70 ans au jour de sa demande d'adhésion, identifiée dans le certificat d'adhésion :

- emprunteur et/ou co-emprunteur d'un prêt tel que défini au § PRETS ASSURES ci-après, représentant légal d'une personne morale emprunteur ou caution d'une personne physique ou d'une personne morale emprunteur d'un prêt tel que défini au § PRETS ASSURES ci-après,
- ayant la nationalité française ou la nationalité de l'un des pays de l'Union Européenne, résidant en France métropolitaine, en Corse, dans les DROM-COM ou dans un pays membre de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe en France,
- membre de l'Association,
- ayant adhéré au contrat conclu entre l'Association et Groupama Gan Vie.

- **BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS** : L'organisme prêteur est désigné comme bénéficiaire des prestations. Toutefois, au titre des garanties Décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie, s'il apparaît que les prestations dues par l'Assureur sont supérieures aux sommes dues à l'organisme prêteur, l'excédent sera alors versé :

En cas de décès : au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'assuré et à défaut de stipulation valable au jour du décès au conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou partenaire (personne avec laquelle l'assuré est lié par un pacte civil de solidarité) survivant, à défaut aux enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, et à défaut, aux autres héritiers de l'assuré.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie : à l'assuré lui-même.

- **CERTIFICAT D'ADHESION** : Il s'agit du document contractuel remis à l'assuré indiquant notamment la date d'effet de son adhésion, l'option de garanties choisie, les conditions d'acceptation et le montant des cotisations correspondant.

- **DELAI DE FRANCHISE** : Période pendant laquelle les garanties en cas d'incapacité temporaire totale et d'invalidité permanente totale ou partielle sont acquises à l'assuré mais n'ouvrent pas droit au versement des prestations.

- **ENVOI RECOMMANDEE ELECTRONIQUE** : Equivalent à l'envoi par lettre recommandée dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et communications électroniques.

- **EXONERATION DES COTISATIONS** : En cas de versement des prestations par l'Assureur au titre des garanties Incapacité temporaire totale ou Invalidité permanente totale ou partielle, l'assuré bénéficie du remboursement des cotisations relatives à la seule garantie mise en jeu dès le versement des prestations et ce au plus tôt, à compter du 91^{ème} jour.

- **INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT)** : Est considéré en état d'incapacité temporaire totale :

- l'assuré exerçant une activité professionnelle ou demandeur d'emploi au jour de l'arrêt de travail qui, avant le 31 décembre qui suit son **65^{ème} anniversaire** (ou son **70^{ème} anniversaire** si l'option précitée a été choisie), se trouve de façon temporaire, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer son activité professionnelle ;
- l'assuré n'exerçant pas une activité professionnelle au jour de l'arrêt de travail qui, avant le 31 décembre qui suit son **65^{ème} anniversaire** (ou son **70^{ème} anniversaire** si l'option précitée a été choisie), se trouve de façon temporaire, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur indépendamment des décisions du régime social de base.

- **INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP)** : Est considéré en état d'invalidité permanente partielle, un assuré qui, avant le 31 décembre qui suit son **65^{ème} anniversaire** (ou son **70^{ème} anniversaire** si l'option précitée a été choisie), se trouve de façon permanente, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique partielle, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer son activité professionnelle et dont le taux d'invalidité déterminé par l'Assureur est au moins égal à **33 %** et inférieur à **66 %**. *Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur indépendamment des décisions du régime social de base, par référence au barème contractuel.*

- **INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT)** : Est considéré en état d'invalidité permanente totale, un assuré qui, avant le 31 décembre qui suit son **65^{ème} anniversaire** (ou son **70^{ème} anniversaire** si l'option précitée a été choisie), se trouve de façon permanente, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement d'exercer son activité professionnelle, sous réserve que le taux d'invalidité déterminé par l'Assureur soit au moins égal à **66 %**.

Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur indépendamment des décisions du régime social de base, par référence au barème contractuel.

- **MALADIE** : Toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.

- **ORGANISME PRETEUR** : L'organisme prêteur est celui qui consent le prêt.

- **PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)** : La perte totale et irréversible d'autonomie donnant lieu au versement anticipé du capital prévu en cas de décès est celle qui place l'assuré, avant le 31 décembre qui suit son **70^{ème} anniversaire** dans l'impossibilité définitive, par suite d'accident ou de maladie, d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, qui l'oblige à avoir recours de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer), et ce, toute sa vie. *Cet état est apprécié par le*

médecin-conseil de l'Assureur indépendamment des décisions du régime social de base.

- **PRETS ASSURES** : Les prêts assurés sont consentis par des établissements de crédit français ou par des succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un état membre des Communautés européennes, réalisés en euros et d'un montant minimum de 7 000 euros et maximum de 2 000 000 euros. Les prêts sont les suivants :

➤ **Catégorie 1 : Prêts personnels et à la consommation amortissables**

Ces prêts sont amortissables par échéances constantes et sont d'une durée maximum de 10 ans.

➤ **Catégorie 2 : Prêts immobiliers amortissables**

Ces prêts sont amortissables par échéances constantes, progressives, indexées ou modulables et sont d'une durée maximum de 30 ans (différé d'amortissement total ou partiel éventuel d'une durée maximum de 36 mois compris).

• **Prêts classiques** (y compris prêts locatifs, prêts à déblocages de fonds successifs et programmés notamment pour la vente en l'état futur d'achèvement (VEFA) ou pour la réalisation de travaux de réhabilitation)

• Prêts à taux fixe

• Prêts à taux révisable

• Prêts lissés ou à paliers

• Prêts modulables

• **Prêts d'aide à l'accession**

• Prêts PAS

• Prêts conventionnés

• Prêts à taux zéro (différé d'amortissement d'une durée maximum de 180 mois)

• Prêts Action Logement

• Prêts Epargne Logement

• Prêts Regroupement de crédits immobiliers

➤ **Catégorie 3 : Prêts immobiliers non amortissables**

• Prêts in fine d'une durée maximale de 20 ans.

• Prêts relais d'une durée maximale de 3 ans.

Ces prêts sont remboursables soit en une seule fois au terme en totalité (capital et intérêts ou agios) soit en une seule fois au terme uniquement pour le capital, les intérêts ou agios étant versés périodiquement pendant la durée du prêt.

➤ **Catégorie 4 : Prêts professionnels amortissables**

Ces prêts sont amortissables par échéances constantes et sont d'une durée maximum de 20 ans.

➤ **Catégorie 5 : Prêts professionnels non amortissables**

Ces prêts sont d'une durée maximum de 20 ans et sont remboursables soit en une seule fois au terme en totalité (capital et intérêts ou agios) soit en une seule fois au terme uniquement pour le capital, les intérêts ou agios étant versés périodiquement pendant la durée du prêt.

- **REGIME SOCIAL DE BASE** : Sécurité sociale, Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime de protection sociale de base à adhésion légalement obligatoire. **L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base et celles de l'Assureur.**

→ Titre II - Exécution du contrat

ARTICLE 1 – DATE D'EFFET - DUREE – RECONDUCTION DU CONTRAT

Le contrat conclu entre l'Association et Groupama Gan Vie est reconduit tacitement le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, **sauf dénonciation par l'une des parties, notifiée 2 mois au moins avant chaque date de reconduction. La demande de résiliation émanant de l'Association doit être adressée à l'Assureur par lettre, courrier électronique ou, à défaut par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances. Dans ce cas, aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée. La résiliation à l'initiative de l'Assureur devra être formulée par lettre recommandée.**

Le contrat d'assurance de groupe emprunteurs à adhésion facultative peut être modifié par avenant conclu entre l'Association et l'Assureur. Il incombe à l'Association d'informer les assurés des modalités d'adoption des avenants et des éventuelles modifications qui seraient apportés à leurs droits et obligations, 3 mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur.

L'Association donne mandat à l'Assureur d'en informer les assurés pour son compte.

ARTICLE 2 – ADHESION – CONDITIONS D'ADHESION – RENONCIATION - PRESCRIPTION – ETENDUE TERRITORIALE

A) ADHESION

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'Association tels que définis au Titre I demandant à adhérer audit contrat.

L'adhésion est réservée à toute personne physique âgée de moins de **70 ans** au jour de sa demande d'adhésion au titre de l'option 1 et de moins de **60 ans** et exerçant une activité professionnelle au jour de sa demande d'adhésion au titre des options 2 et 3 :

- emprunteur et/ou co-emprunteur d'un prêt tel que défini au § PRETS ASSURES ci-avant, représentant légal d'une personne morale emprunteur ou caution d'une personne physique ou d'une personne morale emprunteur d'un prêt tel que défini au § PRETS ASSURES ci-avant,
- ayant la nationalité française ou la nationalité l'un des pays de l'Union Européenne, résidant en France métropolitaine, en Corse, dans les DROM-COM ou dans un pays membre de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe en France.

A.1 Limites et répartition des garanties

- En ce qui concerne les prêts amortissables :

- **comportant un différé d'amortissement total** (capital et intérêts ou agios), seules les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie sont accordées pendant la période de différé,
- **comportant un différé d'amortissement partiel** (capital), l'ensemble des garanties des options 2 et 3 sont accordées pendant la période de différé étant précisé que les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle seront toutefois limitées à la prise en charge des mensualités d'intérêts venant à échéance pendant la période de différé,
- **comportant une période de déblocages successifs**, seules les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie sont accordées tant que l'intégralité des fonds n'est pas débloquée.

- En ce qui concerne les prêts non amortissables :

- dont le capital et les intérêts ou agios sont remboursables en une seule fois au terme, seules les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie peuvent être accordées dans le cadre de l'option 1,
- dont le capital est remboursable en une seule fois au terme et les intérêts ou agios versés périodiquement, **l'échéance de remboursement du capital ne sera en aucun cas prise en charge par l'Assureur au titre des garanties Incapacité temporaire totale ou Invalidité permanente totale ou partielle et ce, même si elle intervient au cours d'une période d'arrêt de travail ou d'invalidité.**

- Les garanties peuvent être :

- . limitées à une fraction des engagements de l'emprunteur tels que définis dans le contrat de crédit, les prestations et les cotisations étant dans ce cas réduites et ajustées dans la même proportion, en fonction du pourcentage garanti (quotité garantie) reposant sur la tête de l'assuré,
- . réparties sur plusieurs têtes (assurances multiples). Dans ce cas, chacune des têtes peut être assurée pour une fraction ou pour la totalité du prêt, chaque personne étant considérée comme assurée personnellement à concurrence du pourcentage garanti (quotité garantie) sur sa tête, tant pour le calcul des cotisations dues que pour la détermination des prestations en cas de sinistre, les prestations et cotisations étant dans ce cas réduites et ajustées dans la même proportion, en fonction de la quotité garantie reposant sur la tête de l'intéressé.

Il est toutefois précisé que les prestations de l'Assureur restent limitées pour un même prêt au montant des engagements financiers de l'emprunteur tels qu'ils résultent du contrat de crédit, tant en ce qui concerne le montant du capital dû en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie qu'en ce qui concerne le remboursement des échéances en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale ou partielle.

Dans tous les cas, les garanties seront accordées pour chaque assuré, pour les montants et/ou proportions déclarés à l'Assureur, sans que les limites prévues au paragraphe A.2 ci-après puissent être dépassées.

A.2 Engagement maximum de l'Assureur

L'engagement maximum de l'Assureur est limité sur la tête d'un même assuré, en une ou plusieurs adhésions au contrat de la façon suivante :

- ⇒ **En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, le capital garanti sur la tête d'un même assuré est en tout état de cause limité à 2 000 000 euros ;**
- ⇒ **En cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale, le montant maximum de la mensualité prise en charge par l'Assureur est fixé à 5 000 euros sur la tête d'un même assuré ;**
- ⇒ **En cas d'invalidité permanente partielle, le montant maximum de la mensualité prise en charge par l'Assureur est fixé à 2 500 euros sur la tête d'un même assuré.**

B) CONDITIONS D'ADHESION

Lors de sa demande d'adhésion au contrat, toute personne physique doit :

- remplir et signer le bulletin d'adhésion dans lequel elle indique son identité, la nature de son activité professionnelle exercée, les caractéristiques du prêt à assurer ;
- fournir les renseignements concernant l'option de garanties choisie ;
- satisfaire aux formalités médicales déterminées compte tenu de son âge et du montant total des encours assurés sur sa tête. En effet, il est précisé que dans le cas où une même personne physique est assurée au titre de plusieurs prêts garantis au titre du contrat, il est tenu compte de l'ensemble des capitaux garantis sur sa tête pour la détermination des encours assurés.

Ces formalités médicales sont établies comme suit :

Age	Montant des encours assurés						
	≤ 150 000 euros	de 150 001 à 250 000 euros	de 250 001 à 300 000 euros	de 300 001 à 500 000 euros	de 500 001 à 750 000 euros	de 750 001 à 1000 000 euros	de 1000 001 à 2000 000 euros
≤ 45 ans			QS	QS	QS	Bilan 5	Bilan 6
de 46 à 55 ans		QS	QS	QS	QS	Bilan 5	Bilan 6
de 56 à 65 ans	QS		Bilan 2	Bilan 3	Bilan 4	Bilan 5	Bilan 6
de 66 à 69 ans		Bilan 2	Bilan 3	Bilan 4	Bilan 5	Bilan 5	Bilan 6

QS : Questionnaire de santé

Bilan 1 : QS + Rapport médical

Bilan 2 : QS + Rapport médical + Examen de sang : cholestérol total, triglycérides, transaminases SGO et SGP, test de dépistage des anticorps du virus du Sida (VIH1 – VIH2), marqueur de l'hépatite C (anti HCV)

Bilan 3 : QS + Rapport médical + Examen de sang : cholestérol total, triglycérides, transaminases SGO et SGP, test de dépistage des anticorps du virus du Sida (VIH1 – VIH2), marqueur de l'hépatite C (anti HCV) + Test de cotinine urinaire

Bilan 4 : QS + Rapport médical + Examen de sang : hémogramme, VS, glycémie, plaquettes, cholestérol total et HDL, triglycérides, créatinine, transaminases SGO et SGP, gamma GT, test de dépistage des anticorps du virus du Sida (VIH1 – VIH2), marqueur de l'hépatite B et de l'hépatite C (anti HCV) + Test de cotinine urinaire

Bilan 5: QS + Rapport médical + Examen de sang: hémogramme, VS, glycémie, plaquettes, cholestérol total et HDL, triglycérides, créatinine, transaminases SGO et SGP, gamma GT, test de dépistage des anticorps du virus du Sida (VIH1 – VIH2), marqueur de l'hépatite B (anti HBs) et de l'hépatite C (anti HCV) + Test de cotinine urinaire + Examen cardiologique par un cardiologue comprenant un ECG avec compte rendu et rapport détaillé du cardiologue rendant compte de son interrogatoire et de son examen clinique

Bilan 6: QS + Rapport médical + Examen de sang: hémogramme, VS, glycémie, plaquettes, cholestérol total et HDL, triglycérides, créatinine, transaminases SGO et SGP, gamma GT, test de dépistage des anticorps du virus du Sida (VIH1 – VIH2), marqueur de l'hépatite B (anti HBs) et de l'hépatite C (anti HCV) + Test de cotinine urinaire + Examen cardiologique par un cardiologue comprenant un ECG avec compte rendu et rapport détaillé du cardiologue rendant compte de son interrogatoire et de son examen clinique + dosage du PSA pour les hommes âgés de plus de 55 ans

En présence d'une part assurée sur un encours cumulé de contrats de crédit mentionnés au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation inférieur à 200 000 euros et dès lors que l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure à son 60^{ème} anniversaire, la personne physique assurée n'est soumise à aucune formalité médicale.

On entend par la part assurée sur l'encours cumulé de contrats de crédit, la part assurée sur les nouveaux contrats de crédit mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du Code de la consommation augmentée de la part déjà assurée sur l'encours cumulé de contrats de crédit relevant de ce même article.

Dans le cadre de la pratique de certains sports, de certaines pratiques professionnelles et de certains séjours à l'étranger ou en cas de rachat de certaines exclusions, elle complète des questionnaires spécifiques sur demande de l'Assureur.

Les formalités médicales sont valables pendant une période de 180 jours à compter de leur accomplissement.

Les honoraires médicaux relatifs à ces formalités médicales et notamment aux examens médicaux sont à la charge de l'Assureur dans la limite des plafonds communiqués et selon les conditions mentionnées dans l'étude personnalisée. En cas de renseignements complémentaires demandés par l'Assureur, les éventuels honoraires médicaux sont à la charge de l'Assureur dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale relatif à une consultation.

L'acceptation de l'adhésion est immédiate pour les personnes assurables qui ont répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé simplifié ou du questionnaire de santé.

Dans les autres cas, l'acceptation est subordonnée aux conclusions favorables du médecin-conseil de l'Assureur.

Après étude des formalités médicales, l'Assureur peut prendre l'une des décisions suivantes :

- acceptation sans réserve aux conditions tarifaires normales,
- acceptation avec réserve (limitée à certaines garanties ou exclusion de certaines causes) aux conditions tarifaires normales,
- acceptation avec surprime et avec ou sans réserve,
- ajournement,
- refus.

Il est précisé que **toute condition particulière d'acceptation sera notifiée par lettre recommandée.**

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est de 180 jours.

Les bases de l'acceptation de l'Assureur reposant sur les déclarations faites lors de la demande d'adhésion, toute réticence ou toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.

Par ailleurs, en application de l'article L.113-9 du Code des assurances :

- si l'omission ou la déclaration inexacte est non intentionnelle et est constatée avant tout sinistre, l'Assureur peut soit augmenter les cotisations soit résilier l'adhésion.

- si l'omission ou la déclaration inexacte est non intentionnelle et est constatée après sinistre, l'Assureur réduit les prestations en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues.

L'adhésion au contrat est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion. Chaque certificat d'adhésion indique notamment la date d'effet de l'adhésion, l'option de garanties choisie, les conditions d'acceptation et le montant des cotisations correspondant.

C) RENONCIATION

L'assuré a la possibilité de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de son certificat d'adhésion au contrat.

Cette lettre recommandée adressée à **Multi-Impact** doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) (nom / prénom) ... déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat n° 6092 / 200164 et demande le remboursement des cotisations versées dans les conditions définies par l'article L.132-5-1 du Code des assurances. »

La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes versées, dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception par **Multi-Impact** de la lettre recommandée.

Multi-Impact informe l'organisme prêteur de cette renonciation.

D) PRESCRIPTION

Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par 2 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.

La prescription est portée à 10 ans au titre de la garantie Décès.

Aux termes de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice (même en référé) jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice 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 (articles 2241 et 2242 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 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution ou une mesure conservatoire pris en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la 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 ses héritiers (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception (adressés par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement des cotisations et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations).

E) ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois, si l'assuré se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente totale ou partielle suite à un accident ou une maladie survenus hors de France, la constatation médicale de cet état et la détermination du taux d'invalidité sont effectuées en France métropolitaine par le médecin-conseil de l'Assureur.

Les frais de retour en France métropolitaine ou de rapatriement restent en tout état de cause à la charge de l'assuré.

ARTICLE 3 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES – DUREE DE L'ADHESION – MODIFICATION EN COURS D'ADHESION

Sous réserve de l'acceptation des risques par l'Assureur et du paiement de la première cotisation, l'adhésion et les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion correspondant soit à la date de signature de l'offre de contrat de crédit ou de reprise du prêt soit à la date de déblocage des fonds, à condition que l'assuré ait signé et retourné le certificat d'adhésion dans les délais prévus par celui-ci.

Tant que l'acceptation du risque n'a pas été prononcée par l'Assureur et sous réserve des exclusions contractuelles et de l'acceptation de l'offre de contrat de crédit, la couverture du risque de décès accidentel est acquise à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion et pour une durée maximum de **90 jours** et ce dans la limite de **200 000 euros**.

La couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit le jour où, après étude des formalités médicales, l'Assureur prononce un refus dûment notifié par lettre recommandée. Elle cesse en tout état de cause dans un délai de **90 jours** à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Sous réserve des dispositions prévues au Titre V Cotisations et aux articles 4 Cessation de l'adhésion et des garanties et 5 Résiliation de l'adhésion par l'assuré, l'adhésion est souscrite pour toute la durée du prêt.

En cas de remboursement par anticipation partiel : l'assuré est tenu d'en informer **Multi-Impact** dans un délai de **60 jours** par lettre recommandée. Cette information est accompagnée d'une attestation de l'organisme prêteur et du nouveau tableau d'amortissement. Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que celles initialement accordées.

En cas de changement de la quotité garantie : S'il s'agit d'une augmentation, de nouvelles formalités médicales seront le cas échéant demandées. S'il s'agit d'une réduction, il conviendra d'obtenir l'accord exprès de l'organisme prêteur.

ARTICLE 4 – CESSATION DE L'ADHESION, DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS – DECHEANCE DES GARANTIES – FAUSSE DECLARATION

A) CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat cesse :

- **180 jours** à compter de la date de signature de l'offre de contrat de crédit si aucun déblocage de fonds total ou partiel n'a été réalisé,
- à la date du terme initialement fixé du prêt,
- à la date de remboursement total par anticipation du prêt garanti pour quelque cause que ce soit,
- à la date d'exigibilité anticipée du solde restant dû, en cas de non remboursement des échéances contractuelles du prêt (déchéance du terme du prêt prononcée par l'organisme prêteur),
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'assuré conformément aux dispositions de l'article 5 ci-dessous,

- à la date de résiliation de l'adhésion à l'Association par l'assuré,
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

B) CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations cessent :

- à la date de résiliation de l'adhésion conformément aux dispositions ci-avant,
- pour la garantie Décès : au 31 décembre qui suit le **80^{ème}** anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie : au 31 décembre qui suit le **70^{ème}** anniversaire de l'assuré,
- pour les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle : au 31 décembre qui suit le **65^{ème}** anniversaire de l'assuré (ou le **70^{ème}** anniversaire de l'assuré si l'option précitée a été choisie) et en tout état de cause à la date de liquidation de sa pension de retraite y compris pour inaptitude au travail ou en cas de cumul emploi-retraite ou de mise en situation de préretraite.

C) DECHEANCE DES GARANTIES

L'Assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'assuré dès lors qu'il constate que ce dernier a, intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistre impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une déclaration de sinistre.

D) FAUSSE DECLARATION

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du Code des assurances, toute réticence ou déclaration inexacte non intentionnelle entraîne :

- **si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre, une augmentation des cotisations ou la résiliation de l'adhésion ;**
- **si la réticence ou la fausse déclaration est constatée après un sinistre une réduction des prestations en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.**

ARTICLE 5 – RESILIATION DE L'ADHESION PAR L'ASSURE

A) S'AGISSANT DES PRETS IMMOBILIERS MENTIONNES AU 1° DE L'ARTICLE L.313-1 DU CODE DE LA CONSOMMATION

Conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L.113-12-2 du Code des assurances, l'assuré dispose de la faculté de résilier à tout moment son adhésion au présent contrat en couverture d'un prêt immobilier tel que mentionné au 1° de l'article L.313-1 du Code de la consommation.

L'assuré peut ainsi résilier à tout moment son adhésion, à compter de la signature de l'offre de contrat de crédit définie à l'article L.313-24 du Code de la consommation. L'assuré notifie sa demande de résiliation à **Multi-Impact**, pour le compte de l'Assureur dans les conditions prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances. Si l'assuré choisit de notifier sa demande de résiliation par lettre, il envoie cette lettre à **Multi-Impact** - 41/43 avenue Hoche – CS 110002 - 51687 Reims Cedex.

L'assuré qui fait usage de son droit de résiliation doit notifier à **Multi-Impact** par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique la décision d'acceptation de la substitution par l'organisme prêteur et la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas d'acceptation par l'organisme prêteur, la résiliation prend effet 10 jours après la réception par **Multi-Impact**, pour le compte de l'Assureur, de la notification de l'acceptation de substitution établie par l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du nouveau contrat d'assurance si cette date est postérieure.

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

B) POUR LES PRETS PERSONNELS ET LES PRETS PROFESSIONNELS

L'assuré peut demander la résiliation de son adhésion en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à **Multi-Impact** au moins 2 mois avant la date d'échéance de l'adhésion conformément aux dispositions de l'article L.113-12 du Code des assurances. La date d'échéance est la date anniversaire de la signature de l'offre de contrat de crédit ou du contrat de prêt par l'emprunteur.

ARTICLE 6 – RECLAMATION – MEDIATION – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES A) RECLAMATION – MEDIATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat d'assurance, l'assuré peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service en charge des relations avec la clientèle à l'adresse suivante :

- Groupama Gan Vie – Service des relations avec les consommateurs

West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre

Tél. : 01 70 96 62 68 - src-collectives@ggvie.fr

Si cette première réponse ne le satisfait pas, sa réclamation peut être transmise au Service Réclamations de l'Assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal : Groupama Gan Vie

Service Réclamations

TSA 91414 - 35090 Rennes Cedex 9

- par internet sur le site : <https://reclamations.ggvie.fr>

L'Assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. La réponse définitive à la réclamation sera apportée dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, il peut recourir à la Médiation de l'Assurance sur le site www.mediation-assurance.org ou par courrier (Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09). Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

B) PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies à différentes étapes des activités commerciales ou d'assurance de l'Assureur concernant les assurés ou les personnes parties ou intéressés aux contrats. Ces données personnelles sont traitées par l'Assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les droits de l'assuré sur les données personnelles :

L'assuré dispose de droits sur ses données en justifiant de son identité :

- droit de prendre connaissance des informations dont l'Assureur dispose et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification).
- droit de demander l'effacement de ses données ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation).
- droit de s'opposer à l'utilisation de ses données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition).
- droit de récupérer les données qu'il a personnellement fournies pour l'exécution de son contrat ou pour lesquelles il a donné son accord (droit à la portabilité des données).
- droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication des données après son décès.

L'assuré peut exercer ces droits par courrier postal adressé au Délégué à la Protection des Données de l'Assureur – Groupama Gan Vie - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre ou par mail à contact.dpo@ggvie.fr

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du médecin-conseil de l'Assureur : Groupama Gan Vie - Monsieur le Médecin-conseil - Service Médical Collectives - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.

L'assuré peut également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) s'il estime que l'Assureur a manqué ses obligations concernant ses données.

Dans le cadre de ses obligations, l'Assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'Assureur peut être amené à solliciter l'assuré pour vérifier ou compléter ces informations.

Pourquoi l'Assureur collecte-t-il des données personnelles ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous :

• Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance et gestion commerciale des clients et prospects

Les données recueillies à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurances sont nécessaires aux objectifs suivants :

- L'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation.
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque.
- La gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat) et l'exécution des garanties du contrat.
- La gestion des clients.
- L'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux.
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles.
- La mise en place d'actions de prévention.
- Le respect d'obligations légales ou réglementaires
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées dans la limite de leurs attributions, à l'interlocuteur habituel, aux services de l'Assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats, aux délégués, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions. Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-Assureurs, réassureurs, organismes professionnels ou fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées aux contrats ou à leur exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord des personnes assurées.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseils de l'Assureur, au service médical de l'Assureur ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment les délégués ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées 5 ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées 3 ans maximum.

• **Lutte contre la fraude à l'assurance**

L'assuré est 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 des dossiers, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, les données personnelles de l'assuré peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. 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).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des Assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA - 1 rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées 5 ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données sont conservées jusqu'à la fin de la procédure et expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de 5 ans à compter de l'inscription sur cette liste.

• **Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme**

Pour répondre à ses obligations légales, l'Assureur met en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et, le financement du terrorisme ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et gel des avoirs.

Les données utilisées à cette fin sont conservées 5 ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires.

Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

• **Satisfaction / Qualité de services**

Dans son intérêt et celui des assurés ou des personnes parties ou intéressés aux contrats, l'Assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent être réalisées. Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone peuvent être enregistrés et analysés.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de 6 mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de 3 ans.

• **Études, Statistiques**

L'Assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser ou d'exploiter des données à caractère personnel concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées aux contrats) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer les offres de produits et services, de personnalisation des relations.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées aux contrats), collectées automatiquement ou communiquées par les intéressés eux-mêmes.

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

• **Communication institutionnelle et fonctionnement des instances**

Du fait de la qualité de membre de l'association contractante ou de la souscription de certains contrats, des données peuvent être utilisées pour adresser des communications institutionnelles, des convocations aux Instances légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion de ces instances (ex : convocation aux Assemblées Générales, ...), par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS...).

Ces traitements sont mis en œuvre pour le respect des obligations statutaires ou réglementaires de l'entreprise.

L'assuré peut s'opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles (voir Les droits de l'assuré sur les données personnelles).

L'assuré peut également s'opposer à la réception par voie électronique des documents nécessaires aux Instances (sauf si statutairement prévu). Dans ce cas, ces documents légalement prévus seront adressés soit par courrier postal, soit par tout autre canal.

Ces informations sont conservées le temps de la relation contractuelle ou le temps nécessaire à la gestion des instances, suivi des délais de prescriptions applicables.

• **Transferts d'informations hors de l'Union Européenne**

Les données personnelles concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées aux contrats) sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex. : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'Assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées.

ARTICLE 7 – DEMATERIALISATION DES ECHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE

A) ECHANGES DEMATERIALISES AVEC L'ASSURE

S'agissant des informations et documents relatifs à votre adhésion, l'assuré est informé que l'Assureur peut échanger de façon dématérialisée et notamment fournir à l'assuré ou mettre à sa disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via l'espace client sécurisé.

Par la communication de son adresse électronique lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, l'assuré reconnaît que cette dématérialisation est adaptée à sa situation.

L'assuré peut, à tout moment, s'opposer à la dématérialisation et demander à l'Assureur, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à sa charge.

Pour ce faire, l'assuré peut adresser un courrier ou un courrier électronique à l'Assureur ou l'appeler. L'assuré peut également faire son choix à partir de son espace client sécurisé.

L'assuré s'engage à informer sans délai à l'Assureur de toute modification de son adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de son adhésion.

B) MISE A DISPOSITION D'UN ESPACE CLIENT SECURISE

L'Assureur peut mettre à disposition de l'assuré un espace client sécurisé lui permettant :

- de prendre connaissance d'informations et de documents déposés par l'Assureur : il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) fournis par l'Assureur sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que l'assuré puisse s'y reporter ;
- de bénéficier d'un service de consultation et de gestion de l'adhésion de l'assuré.

1. Code d'accès

L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe est communiqué à l'assuré de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par ses soins.

Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction d'identifier l'assuré, permettant ainsi de garantir l'habilitation de l'assuré à consulter et à gérer son adhésion dans l'espace client.

L'assuré s'engage à assurer la confidentialité de son code d'accès.

En cas de perte ou de vol de son code d'accès confidentiel, l'assuré doit impérativement et sans délai informer l'Assureur, afin qu'un nouveau mot de passe lui soit attribué.

Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de la responsabilité exclusive de l'assuré.

En cas de négligence de la part de l'assuré, l'assuré est seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de son code d'accès confidentiel.

2. Acceptation des Conditions Générales d'Utilisation (CGU)

Lors de sa première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de son code d'accès, l'assuré doit prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de son adhésion et pour prendre connaissance des informations et documents mis à disposition par l'Assureur.

C) CONVENTION DE PREUVE

La présente convention de preuve s'applique :

- à la fourniture par l'Assureur d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à l'attention de l'assuré ;
- à la mise à disposition par l'Assureur d'informations ou de documents sur son espace client sécurisé ;
- aux opérations de consultation et de gestion de l'adhésion que l'assuré a effectuées dans son espace client sécurisé.

L'assuré et l'Assureur acceptent et reconnaissent mutuellement que :

- toute opération de consultation ou de gestion, et plus généralement toute opération effectuée dans l'espace client sécurisé, après authentification au moyen du code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par l'assuré lui-même ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations que l'assuré a réalisées dans son espace client sécurisé et conservées informatiquement par l'Assureur sont opposables à l'assuré et auront valeur de preuve.
- concernant les échanges dématérialisés entre l'assuré et l'Assureur, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans le système d'information de l'Assureur sont opposables à l'assuré et auront valeur de preuve.

ARTICLE 8 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En tant qu'entreprise d'assurance, l'Assureur est assujéti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme des dispositions de l'article L.561-1 du Code monétaire et financier.

L'Assureur est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses assurés.

→ Titre III – Garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

ARTICLE 9 – GARANTIE DECES

A) DEFINITION – MONTANT DES PRESTATIONS

En cas de décès d'un assuré par suite d'accident ou de maladie, cette garantie a pour objet de verser à l'organisme prêteur et le cas échéant aux bénéficiaires désignés ci-avant sous réserve de la prise d'effet de l'adhésion et des garanties, des dispositions du § B) EXCLUSIONS NON RACHETABLES ci-dessous et à hauteur de la quotité garantie :

⇒ **en ce qui concerne les prêts personnels amortissables, les prêts professionnels amortissables et les prêts immobiliers amortissables** : le capital restant dû (principal et intérêts ou agios courus depuis la dernière échéance) au jour du décès, tel qu'il ressort du tableau d'amortissement arrêté à la date du sinistre, sous réserve que ce tableau d'amortissement ait été porté à la connaissance de l'Assureur. Il est précisé que si le sinistre survient au cours d'une période de différé d'amortissement : par capital restant dû, il faut entendre le montant du capital emprunté au titre du prêt garanti, majoré le cas échéant des intérêts courus depuis la dernière mensualité en cas de différé d'amortissement partiel (capital) et depuis la date d'octroi du prêt en cas de différé d'amortissement total (capital et intérêts ou agios).

En cas de décès avant tout déblocage des fonds et sous réserve de la prise d'effet de l'adhésion et des garanties prévue à l'article 3 : l'Assureur verse, dans la limite de la quotité garantie, le capital emprunté au titre du prêt garanti aux bénéficiaires désignés au Titre 1 autres que l'organisme prêteur.

S'agissant des prêts avec déblocages de fonds successifs et programmés, l'Assureur verse, dans la limite de la quotité garantie, le capital emprunté au titre du prêt garanti :

- à l'organisme prêteur à concurrence des fonds déjà mis à disposition de l'emprunteur et restant dus en principal,
- aux bénéficiaires désignés au Titre 1 autres que l'organisme prêteur à concurrence des fonds non débloqués

⇒ **en ce qui concerne les prêts immobiliers non amortissables (in fine et relais) et les prêts professionnels non amortissables** : le capital emprunté augmenté des intérêts échus depuis la dernière mensualité.

Si une mensualité survient le jour du décès, elle est considérée comme postérieure à celui-ci et la part d'amortissement comprise dans la mensualité est incluse dans la garantie.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des mensualités (mensualités impayées, intérêts de retard, ...) ne sont pas prises en charge.

Dans tous les cas, les capitaux prévus ci-dessus seront versés par l'Assureur, sous déduction le cas échéant des sommes versées ou à verser par l'Assureur au titre des garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle pour la période comprise entre la date de la mensualité précédant le sinistre et la date de celui-ci.

B) EXCLUSIONS NON RACHETABLES

Sont exclus de la garantie décès :

- **le suicide de l'assuré survenant au cours de la première année de l'adhésion à compter de sa prise d'effet. Cette disposition n'est pas applicable dans le cadre d'un prêt immobilier exclusivement destiné à financer l'acquisition de la résidence principale et ce dans la limite de 120 000 euros conformément aux dispositions des articles L.132-7 et R.132-5 du Code des assurances ;**
- ainsi que les suites, séquelles et conséquences :**
- **de la guerre civile ou étrangère ne mettant pas en cause l'Etat français, d'une insurrection, d'une émeute, d'un mouvement populaire, d'une rixe, d'un crime ou délit quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes et dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,**
- **de la guerre mettant en cause l'Etat français,**

- d'un accident de navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité et conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée (ce pilote pouvant être l'assuré).

C) FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE DECES

Le décès d'un assuré doit être déclaré à **Multi-Impact**, dans le plus bref délai possible. Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires, lesquelles comprennent notamment :

- l'original du bulletin d'adhésion,
- l'original du certificat d'adhésion,
- un original de l'acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical original obtenu par les ayants-droit auprès du médecin traitant de l'assuré indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu. Ce certificat médical devra être adressé sous pli confidentiel par les ayants droit de l'assuré au médecin-conseil.
- une déclaration de décès dûment complétée par les ayants droit de l'assuré,
- le tableau d'amortissement en cours au jour du décès,
- une attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant du capital restant dû par l'assuré au jour du décès,
- le relevé d'identité bancaire du compte sur lequel seront virées les prestations.

Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de Multi-Impact - 41/43 avenue Hoche – CS 110002 - 51687 Reims Cedex.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

ARTICLE 10 – GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

A) DEFINITION – MONTANT DES PRESTATIONS

L'assuré est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie s'il est, avant le 31 décembre qui suit son **70^{ème} anniversaire** dans l'impossibilité définitive, par suite d'accident ou de maladie, d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer), et ce, toute sa vie. *Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur indépendamment des décisions du régime social de base.*

En cas de PTIA d'un assuré par suite d'accident ou de maladie, cette garantie a pour objet de verser à l'organisme prêteur et le cas échéant à l'assuré, sous réserve de la prise d'effet de l'adhésion et des garanties, des dispositions des § B) EXCLUSIONS NON RACHETABLES et § C) EXCLUSIONS RACHETABLES ci-dessous et à hauteur de la quotité garantie les prestations égales à celles prévues au titre de la garantie Décès au jour de la reconnaissance de la PTIA par l'Assureur.

Ce versement par anticipation met fin à l'ensemble des garanties Décès, Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle pour l'assuré concerné et entraîne la cessation de son adhésion.

Si une mensualité survient le jour de la reconnaissance de la PTIA, elle est considérée comme postérieure à celui-ci et la part d'amortissement comprise dans l'échéance est incluse dans la garantie.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des mensualités (mensualités impayées, intérêts de retard, ...) ne sont pas prises en charge.

Dans tous les cas, les capitaux prévus ci-dessus seront versés par l'Assureur, sous déduction le cas échéant des sommes versées ou à verser par l'Assureur au titre des garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle pour la période comprise entre la date de la mensualité précédant le sinistre et la date de celui-ci.

B) EXCLUSIONS NON RACHETABLES

Outre les exclusions non rachetables prévues au titre de la garantie Décès, sont également exclues de la garantie PTIA les suites, séquelles et conséquences :

- d'un accident ou d'une maladie résultant du fait volontaire de l'assuré, de tentative de suicide, de mutilation volontaire,
- d'un accident ou d'une maladie résultant de l'usage de stupéfiants, de psychotropes ou de de substances médicamenteuses hors prescription médicale,
- des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
- d'un accident survenu en état d'imprégnation alcoolique de l'assuré définie par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le Code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,
- d'un accident résultant de la participation de l'assuré à des compétitions amateurs, des paris ou des tentatives de records nécessitant l'usage d'un engin à moteur,
- d'un accident résultant de la pratique par l'assuré du saut à l'élastique ou de la tauromachie.

C) EXCLUSIONS RACHETABLES

Les exclusions ci-dessous peuvent faire l'objet d'un rachat total au jour de la demande d'adhésion sous réserve du paiement des cotisations complémentaires correspondantes fixées par l'Assureur.

Sont exclues de la garantie PTIA les suites, séquelles et conséquences :

- de la participation à des compétitions hippiques ou à des compétitions d'équitation,
- de la pratique de la spéléologie,
- de la pratique de sports aériens (parachutisme, parapente, deltaplane, U.L.M., vol à voile ...),
- de la pratique de sports de montagne (alpinisme, escalade),
- de la pratique des sports nautiques suivants : plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur, navigation hauturière en solitaire,
- de la pratique des sports de neige suivants : bobsleigh, combiné nordique, saut à ski, skeleton, ski alpin hors piste ou surf hors piste, skiathlon,
- de la pratique régulière d'activités sportives utilisant un engin à moteur (automobile, motocyclisme, motonautisme, jet-ski, scooter des mers, motoneige ...).

Les conséquences de la pratique encadrée lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte de ces sports aériens, de montagne, nautiques, de neige et d'activités sportives utilisant un engin à moteur sont couvertes gratuitement. Il appartient à l'assuré d'apporter la preuve de cette pratique encadrée lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte.

- de la pratique de tout sport à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré ou indemnisé (entraînements, épreuves).

C) FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE PTIA

La preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration à **Multi-Impact**. Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires qui comprennent notamment :

- l'original du bulletin d'adhésion,
- l'original du certificat d'adhésion,
- un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant de l'assuré. Ce certificat médical devra être adressé sous pli confidentiel par l'assuré au médecin-conseil.
- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité délivrée par le régime social de base dont dépend l'assuré mentionnant la nécessité pour l'assuré d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
- le tableau d'amortissement en cours au jour de la reconnaissance de la PTIA,

- une attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant du capital restant dû par l'assuré au jour de la reconnaissance de la PTIA,
- le relevé d'identité bancaire du compte sur lequel seront virées les prestations.

Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de Multi-Impact – 41/43 avenue Hoche – CS 110002 - 51687 Reims Cedex.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

Pour être recevable, cette déclaration doit parvenir à l'Assureur au plus tard deux mois après le 31 décembre qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'assuré sous peine de déchéance.

D) RECONNAISSANCE ET CONTROLE DE LA PTIA

L'Assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale jugée utile pour apprécier, reconnaître ou contrôler son état de perte totale et irréversible d'autonomie indépendamment des décisions du régime social de base. Ainsi, les médecins mandatés par l'Assureur ou ses médecins-conseils doivent avoir un libre accès auprès de l'assuré. Ils peuvent également convoquer l'assuré.

L'assuré peut, s'il le souhaite, se faire assister par un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de refus de l'assuré, l'Assureur est en droit de surseoir de plein droit au paiement de ses prestations. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'Assureur portant sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré et l'Assureur choisissent ensemble un 3^{ème} médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal judiciaire du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés pour moitié entre l'Assureur et l'assuré.

→ Titre IV – Garanties Incapacité temporaire totale (ITT) et Invalidité permanente totale (IPT) ou partielle (IPP)

LE BENEFICE DES GARANTIES N'EST EN AUCUN CAS ACCORDE :

- AUX PERSONNES AYANT SOUSCRIT UN PRET NON AMORTISSABLE (IN FINE OU RELAIS) DONT LE CAPITAL ET LES INTERETS OU AGIOS SONT REMBOURSABLES EN UNE SEULE FOIS AU TERME
- PENDANT LA PERIODE DE DIFFERE TOTAL (CAPITAL ET INTERETS OU AGIOS) DU PRET GARANTI POUR LES PRETS AMORTISSABLES COMPORTANT UN DIFFERE D'AMORTISSEMENT TOTAL
- TANT QUE L'INTEGRALITE DES FONDS N'EST PAS DEBLOQUEE POUR LES PRETS AMORTISSABLES COMPORTANT UNE PERIODE DE DEBLOCAGES SUCCESSIFS

ARTICLE 11 – DEFINITION ET OBJET DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale :

- l'assuré exerçant une activité professionnelle ou demandeur d'emploi au jour de l'arrêt de travail qui, avant le 31 décembre qui suit son **65^{ème} anniversaire** (ou son **70^{ème} anniversaire** si l'option précitée a été choisie), se trouve de façon temporaire, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer son activité professionnelle ;
- l'assuré n'exerçant pas une activité professionnelle au jour de l'arrêt de travail qui, avant le 31 décembre qui suit son **65^{ème} anniversaire** (ou son **70^{ème} anniversaire** si l'option précitée a été choisie), se trouve de façon temporaire, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur indépendamment des décisions du régime social de base.

En cas de d'incapacité temporaire totale d'un assuré par suite d'accident ou de maladie, cette garantie a pour objet de verser à l'organisme prêteur, sous réserve de la prise d'effet de l'adhésion et des garanties, des dispositions des § B) EXCLUSIONS NON RACHETABLES et § C) EXCLUSIONS RACHETABLES de l'article 13 et à hauteur de la quotité garantie, les mensualités du prêt ou une fraction de celles-ci telles que définies au § A) MONTANT DES PRESTATIONS de l'article 13, venant à échéance après expiration d'un délai de franchise fixé à **90 jours d'arrêt total et continu de travail**, et ce, dans la limite de 1095 jours.

RECHUTE : Lorsque le versement des prestations par l'Assureur a commencé, si l'assuré est médicalement apte à reprendre son activité professionnelle ou ses activités habituelles non professionnelles et s'il y a rechute pour le même accident ou la même maladie dans un délai inférieur à 2 mois après cette aptitude, les versements sont repris par l'Assureur comme s'il s'agissait d'un seul et même arrêt de travail sans qu'il soit fait application à nouveau du délai de franchise de 90 jours, la période pendant laquelle l'assuré a repris son activité professionnelle ou ses activités habituelles non professionnelles étant considérée comme une simple suspension du versement des prestations.

Par contre, une rechute survenant plus de 2 mois après l'aptitude à la reprise de son activité professionnelle ou de ses activités habituelles non professionnelles est considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraîne à nouveau l'application du délai de franchise. Il est précisé que la rechute doit entraîner un arrêt de travail total pour qu'il y ait reprise du versement des prestations par l'Assureur.

CAUTION : En cas d'arrêt de travail d'un assuré intervenant en qualité de caution au titre du prêt garanti, les prestations sont versées par l'Assureur tant que l'emprunteur demeure insolvable et à condition que la personne physique caution assurée ait remboursé au 1er jour de son arrêt de travail au moins 6 mensualités du prêt.

ARTICLE 12 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

Est considéré en état d'invalidité permanente totale, l'assuré qui, avant le 31 décembre qui suit son **65^{ème} anniversaire** (ou son **70^{ème} anniversaire** si l'option précitée a été choisie), se trouve de façon permanente, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement d'exercer son activité professionnelle, sous réserve que le taux d'invalidité déterminé par l'Assureur soit au moins égal à **66 %**.

INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

Est considéré en état d'invalidité permanente partielle, un assuré qui, avant le 31 décembre qui suit son **65^{ème} anniversaire** (ou son **70^{ème} anniversaire** si l'option précitée a été choisie), se trouve de façon permanente, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique partielle, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer son activité professionnelle et dont le taux d'invalidité déterminé par l'Assureur est au moins égal à **33 %** et inférieur à **66 %**.

Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur indépendamment des décisions du régime social de base, par référence au barème contractuel.

En cas d'invalidité permanente totale (**taux d'invalidité au moins égal à 66 %**) ou partielle (**taux d'invalidité inférieur à 66 % et au moins égal à 33 %**) d'un assuré par suite d'accident ou de maladie, ces garanties ont pour objet de verser à l'organisme prêteur sous réserve de la prise d'effet de l'adhésion et des garanties, des dispositions des § B) EXCLUSIONS NON RACHETABLES et § C) EXCLUSIONS RACHETABLES de l'article 13 et à hauteur de la quotité garantie, les mensualités du prêt ou une fraction de celles-ci, telles que définies au paragraphe § A) MONTANT DES PRESTATIONS de l'article 13, venant à échéance après expiration d'un délai de franchise de 90 jours **d'arrêt total et continu de travail**. Le délai de franchise ne sera toutefois pas appliqué si l'invalidité permanente totale ou partielle fait suite sans discontinuité à une incapacité temporaire totale déjà indemnisée par l'Assureur.

DETERMINATION DU TAUX D'INVALIDITE

Le taux d'invalidité retenu pour l'application du contrat, tant pour les non assurés sociaux que pour les assurés sociaux, est déterminé par voie de contrôle médical et par référence au barème croisant le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle sera appréciée de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités en droit commun – Barème du Concours Médical. L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100 % d'après le taux et la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à l'accident ou à la maladie, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une autre profession.

Le tableau suivant indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

Le taux d'invalidité est déterminé par le médecin-conseil de l'Assureur indépendamment des décisions du régime social de base.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'Assureur portant sur le taux d'invalidité, l'assuré et l'Assureur choisissent ensemble un 3^{ème} médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal judiciaire du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés pour moitié entre l'Assureur et l'assuré.

TIP	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10	-	-	-	-	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42	
20	-	-	-	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48	
30	-	-	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94	
40	-	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68	
50	-	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37	
60	-	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34	
70	-	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79	
80	-	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	

TIP = TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE

Le taux ouvrant droit aux prestations en cas d'invalidité permanente totale ou partielle doit être au moins égal à 33 %. Lorsque le taux d'invalidité est ou devient inférieur à 33 %, les prestations ne sont pas dues.

ARTICLE 13 – DISPOSITIONS COMMUNES

A) MONTANT DES PRESTATIONS

Il est précisé que pour le versement des prestations garanties, quelles que soient les modalités de remboursement du prêt garanti, les trimestrialités, semestrialités ou annuités de remboursement du prêt seront reconstruites sur une base mensuelle.

La mensualité prise en compte par l'Assureur est celle figurant sur le tableau d'amortissement en cours lors du sinistre sous réserve qu'il ait été porté à la connaissance de l'Assureur.

Toutefois, en ce qui concerne les prêts modulables, en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale ou partielle par suite de maladie, la mensualité prise en compte par l'Assureur sera limitée à celle prévue par le tableau d'amortissement en vigueur **6 mois** avant la date de l'arrêt de travail. Cette limite ne sera pas appliquée lorsque l'état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale ou partielle est consécutif à un accident.

Les montants de prise en charge de la première et de la dernière mensualité sont calculés au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail pris en considération par l'Assureur au cours du mois considéré.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des mensualités (mensualités impayées, intérêts de retard, ...) ne sont pas prises en charge.

Après expiration du délai de franchise, l'Assureur règle sous réserve des dispositions des § B) EXCLUSIONS NON RACHETABLES et § C) EXCLUSIONS RACHETABLES ci-dessous, dans les conditions prévues ci-avant et à hauteur de la quotité garantie :

① INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

➤ S'agissant de l'assuré exerçant une activité professionnelle ou demandeur d'emploi au jour de l'arrêt de travail :

⇒ **En ce qui concerne les prêts personnels amortissables, les prêts immobiliers amortissables et les prêts professionnels amortissables**

- les mensualités (en capital et intérêts ou agios) du prêt venant à échéance pendant l'arrêt de travail.

Pour les prêts avec différé d'amortissement partiel (capital) :

- pendant le différé, les mensualités d'intérêts dus au titre du prêt et venant à échéance pendant l'arrêt de travail,
- si l'incapacité temporaire totale se poursuit au-delà de la période de différé d'amortissement, les mensualités (en capital et intérêts ou agios) du prêt venant à échéance pendant l'arrêt de travail.

⇒ **En ce qui concerne les prêts immobiliers non amortissables (in fine et relais) et les prêts professionnels non amortissables** dont les intérêts ou agios sont remboursables périodiquement :

- les mensualités d'intérêts dus au titre du prêt et venant à échéance pendant l'arrêt de travail, **l'échéance de remboursement du capital n'étant jamais prise en compte par l'Assureur, même si elle intervient pendant une période d'incapacité temporaire totale.**

➤ S'agissant de l'assuré n'exerçant pas une activité professionnelle au jour de l'arrêt de travail, les mêmes prestations que celles mentionnées ci-dessus sont versées.

② INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

⇒ **En ce qui concerne les prêts personnels amortissables, les prêts immobiliers amortissables et les prêts professionnels amortissables :**

- les mensualités (en capital et intérêts ou agios) du prêt venant à échéance au cours de la période d'invalidité.

Pour les prêts avec différé d'amortissement partiel (capital) :

- pendant le différé, les mensualités d'intérêts dus au titre du prêt et venant à échéance au cours de la période d'invalidité.
- si l'invalidité permanente totale se poursuit au-delà de la période de différé d'amortissement, les mensualités (en capital et intérêts ou agios) du prêt venant à échéance au cours de la période d'invalidité.

⇒ **En ce qui concerne les prêts immobiliers non amortissables (in fine et relais) et les prêts professionnels non amortissables** dont les intérêts ou agios sont remboursables périodiquement :

- les mensualités d'intérêts dus au titre du prêt et venant à échéance au cours de la période d'invalidité, **l'échéance de remboursement du capital n'étant jamais prise en compte par l'Assureur, même si elle intervient pendant une période d'invalidité permanente totale.**

③ INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

Si l'assuré est reconnu par l'Assureur atteint d'une invalidité permanente partielle, l'Assureur verse une prestation égale à 50 % des prestations prévues ci-dessus en cas d'invalidité permanente totale.

B) EXCLUSIONS NON RACHETABLES

Outre les exclusions non rachetables prévues au titre des garanties Décès et PTIA, sont également exclues des garanties ITT, IPT et IPP les suites, séquelles et conséquences :

- de la grossesse et de l'accouchement sauf en cas d'incapacité temporaire totale consécutive à des complications pathologiques se poursuivant plus de 90 jours après la fin du congé légal de maternité,
- de traitements esthétiques et d'opérations de chirurgie esthétique.

Au titre de la garantie Incapacité temporaire totale, sont de même exclus les arrêts de travail en cours à la prise d'effet de l'adhésion résultant d'un accident ou d'une maladie survenue antérieurement à cette prise d'effet.

Au titre des garanties Invalidité permanente totale ou partielle, sont de même exclus les invalidités en cours à la prise d'effet de l'adhésion ainsi que les invalidités survenues postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et faisant suite à des arrêts de travail en cours à la prise d'effet de l'adhésion.

C) EXCLUSIONS RACHETABLES

Les exclusions ci-dessous peuvent faire l'objet d'un rachat total au jour de la demande d'adhésion sous réserve du paiement des cotisations complémentaires correspondantes fixées par l'Assureur.

Outre les exclusions rachetables prévues au titre des garanties Décès et PTIA, sont également exclues des garanties ITT, IPT et IPP les suites, séquelles et conséquences :

- de la pratique des sports nautiques suivants : canyoning, hydrospeed, kayak de mer, rafting, surf en compétitions,
- de la pratique des sports de neige suivants : hockey sur glace, luge en compétitions, ski artistique.

Les conséquences de la pratique encadrée lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte de ces sports nautiques et de neige sont couvertes gratuitement

- des affections dorsales : de toute atteinte discale, vertébrale ou radiculaire du rachis, y compris cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sacralgie, coccyalgie, névralgie, cervicobrachiale, sciatique, cruralgie et hernie discale, sauf si ces affections ont nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation d'au moins 7 jours continus.

En cas d'intervention chirurgicale ou d'hospitalisation de plus 7 jours continus survenant pendant une période d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente, l'Assureur verse les mensualités venant à échéance après expiration d'un délai de franchise de 90 jours décompté à partir de l'intervention chirurgicale ou du point de départ de l'hospitalisation.

- des affections psychiques : de la fibromyalgie, du burn out et des troubles mentaux et du comportement y compris les troubles du comportement, les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur (dépressions, anxiété), les troubles de l'adaptation, les troubles névrotiques, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles schizotypiques, les troubles psychotiques, les troubles délirants, les troubles bipolaires et la schizophrénie sauf si ces affections ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus.

En cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique de plus 15 jours continus survenant pendant une période d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente, l'Assureur verse les mensualités venant à échéance après expiration d'un délai de franchise de 90 jours décompté à partir du point de départ de l'hospitalisation.

Si l'option Rachat total des exclusions a été souscrite, les suites, séquelles et conséquences des affections dorsales et psychiatriques sont prises en charge sans conditions d'intervention chirurgicale ou d'hospitalisation.

D) FORMALITES A ACCOMPLIR

La preuve de l'incapacité temporaire totale ou de l'invalidité permanente incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration à **Multi-Impact**, au plus tard dans les **120 jours** qui suivent le premier jour d'arrêt de travail.

Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires qui comprennent notamment :

- la copie du bulletin d'adhésion,
- la copie du certificat d'adhésion,
- l'attestation médicale confidentielle complétée et signée par le médecin traitant de l'assuré. En cas d'invalidité permanente totale ou partielle, un certificat médical sera établi par le médecin traitant de l'assuré décrivant le degré d'invalidité. Cette attestation et ce certificat devront être adressés sous pli confidentiel par l'assuré au médecin-conseil.
- une déclaration d'arrêt de travail dûment complétée par l'assuré,
- un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de l'assuré au jour du sinistre,
- les avis de prolongation : certificats médicaux et / ou décomptes des indemnités journalières ou attestations d'employeur reprenant les périodes d'arrêt de travail,
- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente accordée par le régime social de base dont dépend l'assuré,
- le tableau d'amortissement du prêt en cours au jour de l'arrêt de travail,
- une attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant des mensualités dues par l'assuré,
- le relevé d'identité bancaire du compte sur lequel seront virées les prestations.

Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de Multi-Impact – 41/43 avenue Hoche – CS 110002 - 51687 Reims Cedex.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

En cas de déclaration tardive (au-delà des 120 jours qui suivent le premier jour d'arrêt de travail), sauf cas de force majeure, tout sinistre sera considéré comme s'étant produit le jour de sa déclaration. Dans ce cas, l'Assureur sert les prestations à partir de la date de réception de la déclaration, sans application du délai de franchise de 90 jours.

Tant que l'assuré n'est pas médicalement apte à la reprise d'une activité professionnelle ou de ses activités habituelles non professionnelles, il est tenu de fournir périodiquement à l'Assureur un certificat médical attestant de la permanence de son état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale ou partielle.

L'Assureur est autorisé à interrompre le paiement des prestations dans le cas où l'assuré n'apporterait pas la preuve du maintien de son état. Il en sera de même si l'assuré s'oppose aux visites ou examens médicaux demandés.

Le contrôle de l'Assureur continuera à s'exercer jusqu'à la date d'expiration du droit aux prestations en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale ou partielle.

Au titre de la garantie Incapacité temporaire totale, le règlement des prestations est effectué tant que dure l'état d'incapacité temporaire totale. Il cesse lors de la reprise ou de l'aptitude à la reprise d'une activité professionnelle de l'assuré, y compris à temps partiel, et ce quelle que soit la nature de cette activité, sauf application des dispositions prévues en cas de reprise sur prescription médicale d'une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique.

En effet, si après avoir bénéficié des prestations de l'Assureur, l'assuré reprend sur prescription médicale, une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, l'Assureur poursuit le versement des prestations prévues au titre de la garantie Incapacité temporaire totale à hauteur de **50 %** de leur montant et ce pendant une durée maximum de **6 mois**.

Au titre de la garantie Invalidité permanente totale, le règlement des prestations est effectué tant que dure l'état d'invalidité permanente totale. Il cesse lors de la reprise ou de l'aptitude à la reprise d'une activité professionnelle de l'assuré, y compris à temps partiel et ce quelle que soit la nature de cette activité.

Au titre de la garantie Invalidité permanente partielle, le règlement des prestations est effectué tant que dure l'état d'invalidité permanente partielle. Il cesse lors de la reprise ou de l'aptitude à la reprise d'une activité professionnelle de l'assuré à temps complet et ce quelle que soit la nature de cette activité.

Le règlement des prestations cesse en outre lorsque l'assuré perd le bénéfice des garanties dans les conditions stipulées à l'article 4.

Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs prévus ci-avant et au résultat du contrôle médical.

E) RECONNAISSANCE ET CONTROLE DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE OU DE L'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

L'Assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale jugée utile pour apprécier, reconnaître ou contrôler son état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale ou partielle indépendamment des décisions du régime social de base. Ainsi, les médecins mandatés par l'Assureur ou ses médecins-conseils doivent avoir un libre accès auprès de l'assuré. Ils peuvent également convoquer l'assuré aux fins de procéder à une expertise médicale étant précisé qu'en cas d'expertise médicale, le règlement des prestations est interrompu ou suspendu à compter de son déclenchement jusqu'à réception des conclusions de l'expertise médicale et de la décision du médecin-conseil de l'Assureur. L'assuré peut, s'il le souhaite, se faire assister par un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de refus de l'assuré, l'Assureur est en droit de surseoir de plein droit au versement de ses prestations ou de suspendre le versement des prestations. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'Assureur portant sur l'état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale ou partielle, l'assuré et l'Assureur choisissent ensemble un 3^{ème} médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal judiciaire du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés pour moitié entre l'Assureur et l'assuré.

ARTICLE 14 – MAINTIEN DES GARANTIES D'UN ASSURE EN ETAT D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE OU D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

L'assuré en état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale ou partielle demeure garanti en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

Ce maintien est accordé sous réserve de la poursuite du paiement des cotisations par l'assuré.

ARTICLE 15 – CONVENTION AERAS

A) OBJET DE LA CONVENTION AERAS

Les assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du présent contrat (niveau 1 de ladite Convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'Assureur.

Ces demandes d'adhésion sont systématiquement examinées individuellement conformément au niveau 2 de la Convention AERAS. Une proposition tarifaire personnalisée est adressée après envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (questionnaire de santé et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas de refus des garanties dans le cadre du contrat d'assurance de niveau 2, et sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- l'échéance des contrats d'assurance doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'assuré ;

- s'agissant des prêts immobiliers concernant la résidence principale, la part assurée sur l'encours de prêts n'excède pas 420 000 euros, sans tenir compte des crédits relais ;
- pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels, la part assurée sur l'encours cumulé de prêts n'excède pas 420 000 euros.

le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de niveau 3, conformément à la convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

B) GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle ont été refusées pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option, une personne à assurer ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande d'adhésion au titre des garanties Décès / PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie Invalidité spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 62 ans, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 % apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

Tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus et que l'assuré n'a pas fait valoir ses droits à pension de retraite, et au plus tard le 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'assuré, l'Assureur verse à l'assuré les prestations dues au titre de la garantie Invalidité permanente totale.

Tous les risques d'accident et de maladie sont garantis, à l'exception des risques exclus au titre des garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle figurant au paragraphe B) de l'article 13.

Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site www.aeras-infos.fr.

C) DROIT A L'OUBLI

Si les personnes à assurer ont été atteintes d'une pathologie cancéreuse ou d'une hépatite C, elles bénéficient, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de demander leur adhésion au contrat d'assurance sans réserve concernant cet antécédent, conformément au document d'information annexé au questionnaire de santé et consultable sur le site internet de la Convention « AERAS » (www.aeras-info.fr).

Il appartient aux personnes à assurer de se référer à ce document d'information pour plus de précisions concernant les conditions d'application de ce « **droit à l'oubli** ».

Pour les personnes à assurer qui ne peuvent pas bénéficier du « **droit à l'oubli** », la Convention AERAS met en place une grille de référence qui a pour but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées, conformément au document d'information sur la grille de référence consultable sur le site internet de la Convention « AERAS » (www.aeras-info.fr).

Si les personnes à assurer ont été atteintes d'une de ces pathologies, elles doivent la déclarer à l'Assureur lors du remplissage du questionnaire de santé. Ce dispositif lui permettra, selon les critères énoncés dans cette note, l'accès à l'assurance

- à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion,
- ou bien à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs).

Il appartient aux personnes à assurer de se référer à ce document d'information pour plus de précision concernant les conditions d'application de cette grille de référence.

→ Titre V – Cotisations

A) DETERMINATION ET PAIEMENT

Les cotisations annuelles sont calculées sur le capital initial affecté de la quotité garantie.

Elles sont déterminées en fonction :

- de la nature du prêt (amortissable ou non amortissable),
- de l'âge de l'assuré à la date de prise d'effet de l'adhésion,
- de l'option de garanties choisie,
- de la quotité garantie,
- de la catégorie socio-professionnelle,
- du rachat ou non des exclusions rachetables,
- de la situation de fumeur ou de non fumeur de l'assuré.

En cas de remboursement anticipé partiel ou total du prêt garanti, l'assuré est tenu d'en informer **Multi-Impact** par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. **Multi-Impact** procédera au remboursement des cotisations prélevées à tort dès lors que cette information aura été portée à sa connaissance dans un délai de 60 jours. Au-delà de ce délai, aucun remboursement ne sera effectué.

Les cotisations sont fixées taxes sur les conventions d'assurance comprises. Elles seront éventuellement majorées en cas de relèvement des taxes en vigueur ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables au contrat.

Les cotisations sont constantes pendant toute la durée de l'adhésion.

En outre, elles ne subissent pas de réduction aux termes des garanties Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle de chaque assuré concerné, la totalité des cotisations afférentes aux garanties Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale ou partielle étant affectées à la couverture du risque de décès.

Les cotisations sont payables d'avance et peuvent être fractionnées, annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

La périodicité (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) et le mode de paiement (prélèvement automatique ou chèque) sont choisis par l'assuré lors de sa demande d'adhésion.

Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour le paiement mensuel ou trimestriel.

B) DEFAUT DE PAIEMENT

En application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, il est adressé à l'assuré au plus tôt 10 jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'assuré est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

Multi-Impact informe l'organisme prêteur du défaut de paiement des cotisations et lui adresse une copie de cette lettre recommandée de mise en demeure.

Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z

Siège social : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

Les produits d'assurance distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers, sont ceux de Groupama Gan Vie

Réf. 6092 / 200164 – NI - 072022