



# MAESTRO

## EMPRUNTEUR

CONTRAT D'ASSURANCE  
COLLECTIVE EMPRUNTEURS  
À ADHÉSION INDIVIDUELLE  
FACULTATIVE

# NOTICE D'INFORMATION

## ASSURANCE DE PRÊT



### 1. OBJET DU CONTRAT

**Le contrat a pour objet le paiement, en cas de Sinistre sur la personne assurée, de tout ou partie des sommes dues par l'Emprunteur, le Co-Emprunteur ou la Caution à l'Organisme Prêteur au titre de l'opération de crédit concernée par l'assurance. Il permet aux Emprunteurs, aux Co-Emprunteurs et à leurs Cautions de s'assurer en fonction de leurs choix, contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) et d'Invalidité Permanente Totale (IPT), Partielle (IPP) ou Professionnelle Médicale (IPM).**

**La présente notice d'information a pour objet de décrire le fonctionnement général du contrat, notamment toutes les garanties proposées et les prestations correspondantes.**

Notice d'information MHC-15487\_2104 au contrat d'assurance collectif N° 33157 (ci-après désigné "Contrat") souscrit par Le Collège des Assurés au profit de ses membres, auprès de Quatrem (ci-après dénommé "Assureur") Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 510 426 261 €, 21 rue Laffitte - 75 009 Paris, RCS Paris 412.367.724 Société du groupe Malakoff Humanis et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Les termes ou expressions avec la première lettre en majuscule sont définis dans le lexique à la fin de cette notice d'information.

## 2. PERSONNES ADMISSIBLES

En qualité d'Assuré ou d'Adhérent, sont admissibles, les personnes physiques qui sont à la date de la Demande Individuelle d'Adhésion âgées de plus de 18 ans et de :

MOINS DE  
**91 ans**  
pour la garantie  
décès

MOINS DE  
**71 ans**  
pour les garanties  
PTIA, ITT, IPT, IPP

Les conditions de résidence sont mentionnées dans le tableau ci-après :

Lieu de résidence de l'assuré		France, département d'outre-mer et collectivités d'outre-mer, Monaco		*Expatrié ou non résident ou salarié détaché
		Prêt destiné à l'acquisition d'une résidence principale, secondaire ou destiné à la location en France ou à l'étranger	Tout autre type de prêt domicilié en France	Prêt destiné à l'acquisition d'une résidence principale ou secondaire en France
Garanties	Décès	●	●	●
	PTIA	●	●	●
	IPT	●	●	●
	IPP	●	●	●
	ITT	●	●	●
	IPM	●	●	●

\* Les couvertures des prêts destinés à un investissement locatif ne sont pas éligibles pour les expatriés, non-résidents ou salariés détachés.

En qualité d'Adhérent seul, la personne morale, est admissible si son siège social se situe : en France, à Monaco, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte), en Polynésie Française, en Nouvelle Calédonie, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy, à Wallis-et-Futuna.

Lorsque l'Adhérent est une personne morale, l'Assuré doit avoir la qualité d'associé ou de dirigeant de droit de la société adhérente.

De plus, lorsque l'Adhérent est une société civile immobilière, l'assuré doit avoir la qualité d'associé, de dirigeant de droit ou de Caution solidaire de la personne morale.

### 3. NATURE DES OPÉRATIONS DE CRÉDIT CONCERNÉES

Les opérations de crédit doivent être :

- réalisées en euros ou francs suisses et rédigées en français,
- pour un prêt immobilier, consenties par un organisme prêteur situé au sein de l'Union Européenne, en Suisse, au Royaume-Uni ou d'une succursale d'un établissement français à l'étranger. Pour tout autre type de prêt (accessible uniquement aux personnes domiciliées en France), les opérations de crédit doivent être consenties par un organisme prêteur situé en France métropolitaine, Monaco, DOM COM.
- **d'un montant minimal assuré de 22 000€**
- **d'un montant maximum assuré de 20 000 000€** par assuré, **limité à 180 000 €** pour les prêts à la consommation
- d'une durée minimale d'un an.

Le montant initial du prêt libellé en francs suisses converti en euros peut être majoré par l'Adhérent au moment de l'adhésion, par l'application d'un coefficient multiplicateur de 120%.

Sont éligibles, les opérations de crédit suivantes ayant pour objet un prêt personnel, un prêt immobilier à caractère professionnel ou non ou un prêt professionnel mobilier :

#### LES PRÊTS AMORTISSABLES :

- À taux fixe ou variable capé,
- Avec ou sans différé d'amortissement total ou partiel,
  - À capital constant,
  - D'une durée maximale de **420 mois (144 mois pour un prêt à la consommation)**, différé d'amortissement inclus, **le différé d'amortissement maximum étant de 36 mois.**

#### LES PRÊTS A TAUX ZERO

D'une durée maximale de 360 mois, le différé maximal étant de 180 mois.

#### LES PRÊTS RELAIS :

D'une durée maximale de 36 mois.

#### LES PRÊTS REMBOURSABLES IN FINE :

D'une durée maximale de 180 mois.

#### LES CRÉDITS BAIL :

D'une durée maximale de 120 mois, le différé maximal étant de 36 mois.

**Les prêts de restructuration (crédits renouvelables, découverts bancaires) ne sont pas éligibles au présent contrat.**



### 4. GARANTIES PROPOSÉES

Les FORMULES de garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

	DC/PTIA	IPT	ITT	IPP	IPM
Formule 1	●				
Formule 2	●	●			
Formule 3	●	●	●		
Formule 4	●	●	●	●	
Formule 5	●	●	●		●
Formule 6	●	●	●	●	●

DC/PTIA : DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE,  
ITT : INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE  
IPT : INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE  
IPP : INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE  
IPM : INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE MÉDICALE

**Pour les prêts relais l'IPT en capital ne peut pas être souscrite.**

## 5. FORMALITÉS D'ADHÉSION

### 5.1 Formalités médicales et administratives

Chaque Proposant doit remplir et signer une Demande Individuelle d'Adhésion et satisfaire aux formalités médicales et financières demandées en fonction du capital à garantir, de son âge et de son état de santé.

L'Assureur rembourse, selon le barème prévu au tableau des formalités en vigueur et sur présentation des factures originales, les frais et honoraires résultant des formalités médicales qu'il a demandées dans les cas suivants :

- si l'Adhésion est effective,
- si l'Adhésion est refusée par l'Assureur,
- si l'Adhésion est proposée sous conditions particulières (surprime, exclusion, restriction sur les garanties).

#### ● Déclaration non-Fumeur

Des tarifs différents sont appliqués pour les Fumeurs et les non-Fumeurs. Dans l'hypothèse où l'Assuré admissible souhaite bénéficier des tarifs non-Fumeurs, il est tenu de satisfaire aux formalités de souscription. Conformément à la grille des formalités médicales, un test de cotinine peut également être demandé.

#### CONVENTION AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

L'objectif de la Convention est de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème de santé. Elle prévoit notamment un « Droit à l'oubli » dont les conditions d'application sont rappelées à l'occasion des formalités médicales prévues par le contrat.

#### ● Dispositions d'admission à l'assurance

Pour les prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et de matériels et les prêts immobiliers, la Convention prévoit, dans le respect des règles de confidentialité édictées, un dispositif d'examen approfondi de la demande d'assurance comportant trois niveaux. Si la demande d'assurance est refusée dans le cadre des formalités médicales prévues par le contrat, elle donne automatiquement lieu à un réexamen individualisé qualifié de deuxième niveau. Si aucune proposition d'assurance ne peut être établie à l'issue de ce deuxième niveau, le dossier est d'office étudié à un troisième niveau sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- Pour les prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et de matériels et les prêts immobiliers (lorsqu'il ne s'agit pas de l'acquisition de la résidence principale) : encours cumulé de prêts d'au plus 320 000 euros et durée telle que l'âge de la personne à assurer n'excède pas 70 ans au terme du prêt,
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale, prêt d'au plus 320 000 euros (hors prêt relais) et durée telle que l'âge de la personne à assurer n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

Toutefois, ce dispositif, bien que très complet, n'aboutit pas nécessairement à une proposition d'assurance.

#### ● Garantie Invalidité Spécifique

Une Garantie Invalidité Spécifique est prévue par la Convention AERAS pour les prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et de matériels et les prêts immobiliers. La possibilité d'accorder cette garantie doit être systématiquement étudiée par l'Assureur si la garantie Invalidité Permanente Totale du contrat a été refusée pour raison médicale. Il ne s'agit pas d'une option. Les Proposants ne peuvent solliciter directement cette garantie. De même, une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

Si la Garantie Invalidité Spécifique ne peut être proposée, l'Assureur doit étudier la possibilité de proposer la couverture du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

#### ● Décision de l'assureur

Au terme de l'examen des pièces médicales et financières, l'Assureur peut :

- Accorder l'assurance aux conditions standards ;
- Accorder l'assurance moyennant une cotisation majorée et/ou des restrictions de garanties ;
- Refuser ou ajourner l'admission de la personne à assurer.

En cas d'accord moyennant une cotisation majorée et/ou des restrictions de garanties, l'Assureur adresse au Proposant une lettre de notification qui précise les conditions particulières d'acceptation. Le Proposant, s'il accepte la décision, doit donner son consentement par écrit sur les conditions proposées, en retournant la lettre de notification datée et signée. A défaut, la proposition est considérée comme refusée par le Proposant.

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est fixée à 4 mois à compter de l'envoi à l'Assuré de la lettre de notification, ou à défaut à 6 mois à compter de la date de signature de la Demande Individuelle d'Adhésion. Si, au terme de ce délai, la prise d'effet de l'Adhésion n'est pas intervenue, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

## 5.2 Émission du Certificat Individuel d'Adhésion

Les conditions d'acceptation de l'Assureur sont mentionnées au Certificat Individuel d'Adhésion.

Sous réserve de la réception des pièces nécessaires à son édition, le Certificat Individuel d'Adhésion est émis :

- sans délai, lorsque l'Adhésion est acceptée aux conditions standards,
- à la réception de la lettre de notification datée et signée par l'Assuré, lorsque l'Adhésion fait l'objet de conditions particulières d'acceptation.

La prise d'effet des garanties doit intervenir au plus tard dans les 6 mois suivant l'émission du Certificat Individuel d'Adhésion.

L'Assureur se réserve le droit de renouveler les formalités d'adhésion si la prise d'effet des garanties n'intervient pas dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'Adhésion.

**Tout changement en cours d'Adhésion doit être déclaré auprès de l'Assureur dans les conditions décrites à l'article 10. « Modification en cours d'adhésion ».**

# 6. DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

## 6.1 Prise d'effet et durée de l'Adhésion

L'Adhésion au contrat prend effet à la date indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion.

L'Adhésion est conclue pour toute la durée du prêt couvert par l'assurance, sous réserve des cas de cessation de l'Adhésion prévus **à l'article 9. « FIN DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES ».**

## 6.2 Début des garanties

Dès lors que l'Adhésion a pris effet et sous réserve du paiement par l'Adhérent de la première cotisation, les garanties prennent effet :

- pour une première assurance, à la date de la signature de l'offre de prêt,
- pour une adhésion conclue en substitution d'une précédente assurance conformément à l'article L. 313-30 du Code de la consommation, à la date d'effet retenue par l'Organisme prêteur qui a accepté la substitution d'assurance,
- et, dans tous les cas, **au plus tôt à la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat Individuel d'Adhésion.**

## Particularité de la vente à distance applicable aux prêts à caractère non professionnel

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu à l'article 17.1 « Faculté de Renonciation » qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les garanties peuvent toutefois prendre effet à l'une des dates prévues au paragraphe précédent lorsque celles-ci sont antérieures à l'expiration du délai de renonciation à condition que l'Adhérent le demande expressément à l'adhésion.

En cas de refus d'un prêt par l'Organisme Prêteur, les cotisations d'assurance afférentes à ce prêt et éventuellement perçues lors de l'Adhésion, sont intégralement remboursées. L'adhésion au contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet pour ce prêt.

## 6.3 Maintien des conditions d'acceptation

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'Adhésion dans la situation de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée de l'Adhésion dans les limites prévues à **l'article 9. « FIN DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES »** selon les conditions indiquées dans le Certificat Individuel d'Adhésion ou le dernier avenant en vigueur.

# 7. QUOTITÉ GARANTIE

**La Quotité est choisie au moment de l'Adhésion au contrat. Elle doit être inférieure ou égale à 100 % par personne assurée. Il est possible de choisir une quotité différente pour les garanties Décès/PTIA et les garanties complémentaires.**

**La quotité assurée définie pour les garanties complémentaires doit être inférieure ou égale à la quotité assurée définie pour les garanties Décès/PTIA.**

## 8. GARANTIES ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

**Les garanties définies ci-dessous couvrent les Sinistres survenus après la date d'effet des garanties. La quotité garantie reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée aux indemnités prévues ci-après pour l'ensemble des garanties. Les prestations seront également limitées en fonction des conditions d'admissibilité notifiées au Certificat Individuel d'Adhésion et des limites prévues à l'article 13. «ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR».**

### 8.1 Garantie décès accidentel durant l'accomplissement des formalités d'Adhésion

À réception de sa Demande Individuelle d'Adhésion par l'Assureur, la personne à assurer bénéficiera d'une couverture contre le risque de décès consécutif à un Accident. Cette couverture prendra fin à la date d'envoi par le Gestionnaire du Certificat Individuel d'Adhésion ou de la lettre de notification de refus de l'Adhésion (au titre de toutes les formules de garanties précisées à l'article 4 « GARANTIES PROPOSÉES »); et au plus tard 60 jours après la date de réception de la Demande Individuelle d'Adhésion par l'Assureur.

Cette garantie est accordée pour le montant du capital assuré, dans la limite de 300 000 € et sous réserve des exclusions énoncées à l'article 11 « EXCLUSIONS ».

### 8.2 Garantie décès

L'assurance s'applique en cas de Décès de l'Assuré avant son **91<sup>ème</sup> anniversaire** et sous réserve des exclusions prévues à l'article 11. «EXCLUSIONS».

Les prestations garanties par l'Assureur, s'expriment sous forme d'un capital versé à l'Organisme Prêteur déterminé ci-dessous, multiplié par la Quotité garantie :

Le capital versé est limité au montant garanti conformément au Certificat Individuel d'Adhésion ou le dernier avenant entériné par l'Assureur.

Les éventuelles échéances de prêt impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

La garantie Décès joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins trois échéances par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné. Les Cautions associées de SCI (car caution interne) ne sont pas soumises à cette condition.

#### Remarques

Décès intervenant avant tout déblocage des fonds, mais postérieurement à la signature de l'offre de prêt :

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt et à la prise d'effet des garanties mais avant que les fonds ne soient débloqués (totalement ou partiellement), l'adhésion au contrat produira tous ses effets s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

Le versement du capital met fin à l'Adhésion et ses garanties.

Le versement du capital met fin à l'Adhésion et ses garanties

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRÊT AMORTISSABLE	<b>Pendant le différé d'amortissement :</b> CAPITAL INITIAL* <b>Pendant la phase d'amortissement :</b> Capital Restant Dû, <b>au jour du décès conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date*</b>
PRÊT REMBOURSABLE IN FINE	CAPITAL INITIAL*
CRÉDIT BAIL	La somme des loyers TTC restant dus au jour du décès, augmentée de la valeur résiduelle TTC du bien financé, conformément à l'échéancier de loyers en vigueur au jour du Sinistre

\* majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du Décès.

### 8.3 Garantie perte totale et irréversible d'autonomie

L'assurance s'applique en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance et sous réserve des exclusions prévues à l'article 11. «EXCLUSIONS».

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état de santé, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit. En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

En cas de reconnaissance en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur effectue, par anticipation, le versement de l'indemnité prévue en cas de Décès, ce qui met fin à l'Adhésion et ses garanties.

Son montant est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur.

**L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.**

**La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins trois échéances par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné. Les Cautions associées de SCI ne sont pas soumises à cette condition.**

### 8.4 Garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale, partielle, spécifique ou professionnelle médicale

**Ces garanties peuvent être souscrites exclusivement au moment de l'adhésion au contrat et au plus tard dans les six mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion.**

En outre, ces garanties ne peuvent être souscrites que si le Proposant, lors de son Adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée, est au chômage indemnisé par Pôle Emploi ou un organisme assimilé, ou est Conjoint collaborateur.

L'assurance s'applique en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IPM

sous réserve des exclusions prévues à l'article 11. «EXCLUSIONS», sauf rachat d'une exclusion indiqué au Certificat Individuel d'Adhésion.

#### REMARQUES IMPORTANTES :

**Les garanties ITT, IPT, IPP, IS et IPM s'exercent à condition que l'état de santé de l'Assuré n'ait pas déjà entraîné sa reconnaissance en PTIA.**

**Les pièces émanant de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), de la Sécurité Sociale, ou de tout autre organisme social ou professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'Invalidité Permanente Totale, Partielle ou Professionnelle.**

**L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou le cas échéant du médecin qui a établi le certificat médical.**

#### 8-4-1 Incapacité Temporaire Totale (ITT)

L'ITT doit survenir en cours d'assurance, avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quel qu'en soit le motif, et au plus tard **avant le 71<sup>ème</sup> anniversaire** de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

avant le 71<sup>ème</sup>  
anniversaire

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue, médicalement justifiée, d'exercer **son activité professionnelle.**

Est également considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, s'il est temporairement contraint, sur prescription médicale, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la Vie Quotidienne en raison d'un Accident ou d'une Maladie. L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'Assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

#### 8-4-2 Invalidité Permanente Totale (IPT)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard avant le

71<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant atteint d'un **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITÉ** au moins égal à **66 %**, calculé conformément au paragraphe «Appréciation du taux contractuel d'incapacité» et qui se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer, même à temps partiel, la profession pratiquée de façon effective et habituelle au jour du Sinistre.

#### 8-4-3 Invalidité Permanente partielle (IPP)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPP doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard avant le 71<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant atteint d'un **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITÉ** supérieur ou égal à **33%** et inférieur à **66%**, calculé conformément au paragraphe «Appréciation du taux contractuel d'incapacité» et qui se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer la profession pratiquée de façon effective et habituelle au jour du Sinistre.

#### 8-4-4 Garantie invalidité spécifique (GIS)

Est considéré en état d'Invalidité Spécifique, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur comme définitivement en invalidité professionnelle totale et si son taux d'incapacité fonctionnelle est au moins égal à 70 %, suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires en vigueur au jour du sinistre.

#### 8-4-5 Appréciation du taux contractuel d'incapacité

**Le TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITÉ** est apprécié en fonction de l'incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et de l'incapacité professionnelle.

**L'incapacité fonctionnelle** est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, d'après le guide barème dit « du Concours Médical », en vigueur au jour du Sinistre.

**L'incapacité professionnelle** est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à l'activité professionnelle de l'Assuré exercée au jour du Sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Pour l'Assuré Inactif au jour du sinistre, le **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITÉ** est apprécié en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette incapacité telle que définie à cet article sur l'exercice des Occupations de la Vie Quotidienne de l'Assuré.

Le tableau figurant ci-après est un extrait indiquant les divers degrés d'incapacité (en pourcentage) tant fonctionnelle que professionnelle, fixé par le bureau commun des assurances collectives (B.C.A.C.).

Taux d'incapacité : (1) fonctionnelle, (2) professionnelle									
(1)	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(2)									
10				29,2	33	36,6	40	43,3	46,4
20			31,8	36,9	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30		30	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40	25,2	33	40	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50	27,1	35,6	43,1	50	56,5	62,6	68,4	74	79,4
60	28,9	37,8	45,8	53,1	60	66,5	72,7	78,6	84,3
70	30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70	76,5	82,8	88,8
80	31,8	41,6	50,4	58,5	66	73,2	80	86,5	92,8
90	33	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90	96,6
100	34,2	44,8	54,3	63	71,1	78,8	86,2	92,2	100

Par exemple, pour un taux d'incapacité fonctionnelle de 70% et un taux d'incapacité professionnelle de 80%, d'après le tableau, le taux d'invalidité permanente qui détermine le droit aux prestations et leur montant, est de 73%, supérieur au taux de reconnaissance contractuel d'une IPT, il sera donc bien déclaré en IPT.

**Les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis plus de 3 mois par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné, et tant que la Caution reste appelée en garantie. Les Cautions associées de SCI ne sont pas soumises à cette condition.**

#### 8-4-6 Invalidité Professionnelle Médicale (IPM)

Est considéré en état d'Invalidité Professionnelle Médicale l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après consolidation de son état, se trouve dans l'incapacité totale ou partielle et définitive d'exercer la profession médicale déclarée à la souscription et faisant partie des professions couverte par le contrat. Le paiement des prestations est soumis, à la date du Sinistre, à l'exercice, à

temps plein, d'une profession médicale (médecins, dentistes), paramédicale (sages-femmes, kinésithérapeutes et infirmières uniquement) ou vétérinaire. Le degré d'invalidité est évalué par voie d'expertise en fonction de la profession exercée au jour du sinistre. Le taux d'incapacité doit être supérieur ou égal à 33%.

#### 8-4-7 Franchise

L'Adhérent qui souscrit les garanties ITT, IPT, IPP ou IPM a le choix au moment de sa Demande Individuelle d'Adhésion entre une Franchise de :



#### 8-4-8 Prestations

Si l'Assuré est atteint d'une ITT, IPT, IS, IPP ou IPM, l'Assureur verse au Bénéficiaire, à compter de l'expiration du délai de Franchise mentionné au Certificat Individuel d'Adhésion, et dans les limites prévues au paragraphe « Durée de service des prestations » du présent chapitre, des prestations égales aux montants définis ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie, conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre.

Les prestations versées au titre des garanties ITT, IPT, IS, IPP ou IPM sont calculées à compter de l'expiration du délai de Franchise, au prorata du nombre de jours à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours) et sont réglées au plus tôt à l'échéance de l'opération de crédit concernée suivant la Franchise.

#### 8-4-9 Règlements

##### ● En cas d'Incapacité Temporaire Totale

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRÊT AMORTISSABLE	Pendant le différé d'amortissement : <b>100 % des échéances d'intérêts dus</b> Pendant la phase d'amortissement : <b>100 % des échéances dues</b>
PRÊT REMBOURSABLE IN FINE	<b>100 % des échéances d'intérêts dus</b>
CRÉDIT-BAIL	<b>100% des loyers TTC dus hors valeur résiduelle</b>

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé tels que prévus au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué au Certificat Individuel d'Adhésion en vigueur à cette date.

En cas d'IPT, l'Assuré a le choix, au moment de sa demande Individuelle d'Adhésion, du mode de versement de la prestation entre un versement sous forme de capital ou sous forme de rente.

#### Cas particuliers :

- **La date de début de versement des prestations dans le cas de la Garantie Invalidité Spécifique est la date de la reconnaissance par le médecin désigné par l'Assureur de l'état d'invalidité défini au paragraphe « Définition de la Garantie Invalidité Spécifique ».**
- **Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, Affections psychiatriques et Affections du dos lorsque les options ZEN et ZEN + ne sont pas souscrites : pour les Affections prises en charge au titre d'une hospitalisation, le paiement des prestations débute à l'expiration du délai de Franchise et au plus tôt le premier jour d'hospitalisation.**
- **Sinistre survenu avant le début du Congé légal de maternité sans avoir donné lieu à indemnisation à cette date ou survenu pendant le Congé légal de maternité : le point de départ du délai de Franchise est reporté au premier jour qui suit la fin du Congé légal de maternité si le Sinistre perdure à cette date.**

● En cas d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRÊT AMORTISSABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Versements sous forme de rente (sauf IS)</b> Pendant le différé partiel d'amortissement : <b>100 % des échéances d'intérêts dus</b> Pendant la phase d'amortissement : <b>100 % des échéances dues</b></li> <li>● <b>Versement sous forme de capital</b> Se reporter au paragraphe Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT, d'IS ou d'IPM</li> </ul>
PRÊT REMBOURSABLE IN FINE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Versements sous forme de rente</b> <b>100 % des échéances d'intérêts dus</b></li> <li>● <b>Versement sous forme de capital</b> Se reporter au paragraphe Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT, d'IS ou d'IPM</li> </ul>
CRÉDIT-BAIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Versements sous forme de rente 100 % :</b> <b>des loyers TTC dus hors valeur résiduelle (sauf IS)</b></li> <li>● <b>Versement sous forme de capital</b> Se reporter au paragraphe Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT, d'IS ou d'IPM</li> </ul>

● En cas d'Invalidité Permanente Partielle :

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRÊT AMORTISSABLE	Pendant le différé partiel d'amortissement : <b>(N-33%)/33% des échéances d'intérêts dus</b> Pendant la phase d'amortissement : <b>(N-33%)/33% des échéances dues</b>
PRÊT REMBOURSABLE IN FINE	<b>(N-33%)/33% des échéances d'intérêts dues</b>
CRÉDIT-BAIL	<b>(N-33%)/33% des loyers TTC dus hors valeur résiduelle</b>

● En cas d'Invalidité Professionnelle Médicale :

OPÉRATION DE CRÉDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRÊT AMORTISSABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Versements sous forme de rente (sauf IS)</b> Pendant le différé partiel d'amortissement : <b>(taux IPM-33%)/33% des échéances d'intérêts dus</b> Pendant la phase d'amortissement : <b>(taux IPM-33%)/33% des échéances dues</b></li> <li>● <b>Versement sous forme de capital</b> Se reporter au paragraphe Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT ou d'IPM d'IS ou d'IPM</li> </ul>
PRÊT REMBOURSABLE IN FINE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Versements sous forme de rente</b> <b>taux d'IPM-33%)/33% des échéances d'intérêts dus</b></li> <li>● <b>Versement sous forme de capital</b> Se reporter au paragraphe Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT ou d'IPM</li> </ul>
CRÉDIT-BAIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Versements sous forme de rente (taux IPM-33%)/33% des loyers TTC</b> <b>dus hors valeur résiduelle</b></li> <li>● <b>Versement sous forme de capital</b> Se reporter au paragraphe Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT ou d'IPM</li> </ul>

\* majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du Décès.

Le paiement des prestations est soumis, à la date du Sinistre, à l'exercice, à temps plein, d'une profession médicale ou vétérinaire citée ci-dessus.

### ● **Souscription simultanée des garanties IPT et IPM :**

Dans le cas particulier, où, lors d'un Sinistre, l'Assuré serait reconnu simultanément par l'Assureur en état d'IPT et d'IPM, le Capital Restant Dû multiplié par la quotité assurée au titre des garanties IPT et IPM ne sera versé qu'une fois, au titre de la garantie IPM.

Ce versement mettra fin aux garanties IPT/ITT, IPP, IS et IPM.

### **L'Assureur ne prend jamais en charge au titre des garanties ITT, IPT, IS, IPP et IPM :**

- **Les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ;**
- **Les augmentations d'échéance intervenant après la date du Sinistre ou dans les 6 mois précédant le Sinistre**
- **Le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.**

### ● **Versement des prestations sous forme de capital en cas d'IPT, d'IS ou d'IPM**

**Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'IPT, si l'Adhérent a choisi ce mode de versement l'Assureur prend en charge :**

#### **Pour les prêts amortissables et les prêts à paliers :**

100% du Capital Restant Dû au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT par l'Assureur, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur. Concernant les prêts à paliers intégrant les prêts achat-revente, si l'Assuré est reconnu en état d'IPT avant le remboursement anticipé partiel et programmé du capital provenant de la vente de l'ancien bien de l'Emprunteur, le versement est effectué sur la base du Capital Restant Dû déduction faite de ce remboursement programmé.

**Pour les contrats de crédit-bail :** la somme des loyers TTC restant dus au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT par l'Assureur, augmentée de la valeur résiduelle TTC du bien financé, conformément à l'échéancier de loyers en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur.

**Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'IPM, si l'Adhérent a choisi ce mode de versement l'Assureur prend en charge :**

#### **Pour les prêts amortissables et les prêts à paliers :**

(taux IPM-33%)/33% du Capital Restant Dû au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT par l'Assureur, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur. Concernant les prêts à paliers intégrant les prêts achat-revente, si l'Assuré est reconnu en état d'IPT avant le remboursement

anticipé partiel et programmé du capital provenant de la vente de l'ancien bien de l'Emprunteur, le versement est effectué sur la base du Capital Restant Dû déduction faite de ce remboursement programmé.

**Pour les contrats de crédit-bail :** (taux IPM-33%)/33% de la somme des loyers TTC restant dus au jour de la reconnaissance de l'état d'IPM par l'Assureur, augmentée de la valeur résiduelle TTC du bien financé, conformément à l'échéancier de loyers en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur.

**Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'IS, l'Assureur prend en charge le Capital Restant Dû au jour de la reconnaissance de l'état d'IS.**

Le versement sous forme de capital en cas d'IPT, met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que le capital versé au titre de l'IPT soit égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/PTIA.

Si le capital versé au titre de l'IPT est inférieur au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/PTIA, l'Assuré reste couvert au titre des garanties décès et PTIA, pour un montant égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée Décès/PTIA, déduction faite du capital déjà versé au titre de l'IPT.

### ● **Temps partiel pour motif thérapeutique**

L'assuré qui, à la suite d'une Incapacité Temporaire Totale indemnisée au titre du présent contrat, est médicalement autorisé à reprendre une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique dans le cadre des articles L.323-3 et L.433-1 du Code de la sécurité Sociale, continuera de bénéficier du versement des prestations à hauteur de 50% du montant garanti en cas d'Incapacité Temporaire Totale.

La durée d'indemnisation pour un même Accident ou Maladie ne pourra excéder 6 mois à compter de la reprise partielle du travail pour motif thérapeutique.

### ● **Rechute**

Lorsque l'Assuré reprend son activité après une Incapacité Temporaire Totale lui ayant ouvert droit à indemnisation et qu'il est à nouveau en Incapacité Temporaire Totale au titre du présent contrat du fait de la même Affection dans les 60 jours suivant la fin de cette indemnisation, la période indemnisée et celle consécutive à ladite rechute sont considérées comme une seule et même période. Aucun délai de Franchise n'est de nouveau appliqué. Si la rechute intervient au-delà de 60 jours suivant sa reprise d'activité par l'Assuré, elle est considérée comme une nouvelle Incapacité Temporaire Totale. Dans ce cas, et sous réserve que le contrat et l'Adhésion soient toujours en cours, un nouveau délai de Franchise s'applique.

### ● Délai de déclaration

Pour la Formule 2 il faut que l'arrêt de travail soit déclaré dans les 60 jours suivant sa survenance. L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de **90 jours au-delà de la Franchise indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur.**

Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'Incapacité Temporaire Totale, dans un délai de 30 jours. Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L.113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

### ● Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'ITT, l'IPT, l'IPP ou l'IPM de l'Assuré, sans pouvoir excéder les dates limites fixées à l'article 9. « **FIN DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES** ».

Il cesse également d'être dû pour l'ensemble des garanties ITT, IPT, IPP ou IPM en cas :

- **de non-renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail (les prestations sont considérées comme prenant fin à la date figurant sur le dernier justificatif ou avis de prolongation),**
- **pendant le Congé légal de maternité. Le service des prestations reprend à l'issue du Congé légal de maternité si l'Incapacité Temporaire Totale ou l'Invalidité perdue à cette date,**
- **de situation rendant impossible l'exercice du contrôle médical (par exemple, en cas de changement d'adresse non notifié à l'Assureur et à l'Organisme Prêteur),**
- **de refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'Assureur conformément à l'article 14. « CONTRÔLE MÉDICAL-ARBITRAGE », (sauf cas fortuit ou de force majeure)**
- **de reconnaissance d'un état de PTIA ouvrant droit, par anticipation, au versement unique prévu pour la garantie Décès.**

En outre, s'agissant de :

La garantie ITT, le service des prestations cesse également :

- **en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique indemnisée au titre du présent contrat, dans la limite de 6 mois),**
- **pour l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, en cas de reprise totale ou partielle de ses Occupations de la Vie Quotidienne,**
- **en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré**

**n'est plus considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale par le médecin-expert de l'Assureur,**

- **à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré.**
- **au plus tard au 1 095<sup>e</sup> jour d'indemnisation.**

La garantie IPT (option en rente), le service des prestations cesse également :

- **si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré, son taux contractuel d'incapacité devient inférieur à 66%,**
- **en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle rémunérée ou de ses Occupations de la Vie Quotidienne,**
- **en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Invalidité Permanente Totale par le médecin-expert de l'Assureur.**

La garantie IPP, le service des prestations cesse également :

- **si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré son taux contractuel d'incapacité devient inférieur à 33%,**
- **en cas de reprise totale d'une quelconque activité professionnelle rémunérée ou de ses Occupations de la Vie Quotidienne,**
- **en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle par le médecin-expert de l'Assureur,**
- **en cas de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'IPT ou d'IPM donnant lieu à indemnisation.**

### 8.5 OPTION ZEN Dos/ZEN Psy/ZEN+

Ces options ne peuvent être souscrites qu'au moment de l'Adhésion en complément des garanties Décès/PTIA/IPT (avec ou sans IPP) ou Décès/PTIA/ITT/IPT (avec ou sans IPP et/ou IPM),

L'invalidité ou l'incapacité de l'assuré sont prises en charge en cas de sinistre résultant des deux types d'affections suivantes :

- 1 / les Affections du dos (voir article 11.2) ;
- 2 / les Affections psychiatriques (voir article 11.2).

Avec l'option ZEN Dos, la prise en charge intervient :

- sans condition d'hospitalisation pour les Affections du dos ;
- avec une hospitalisation minimale de 9 jours pour les Affections psychiatriques.

Avec l'option ZEN Psy, la prise en charge intervient :

- sans condition d'hospitalisation pour les Affections psychiatriques ;
- à la suite d'une fracture, d'un processus tumoral, d'une intervention chirurgicale ou d'une Hospitalisation de plus de 8 jours continus pour les Affections du dos.

Avec l'option ZEN+, la prise en charge intervient :

- sans condition d'hospitalisation ni pour les Affections du dos, ni pour les Affections psychiatriques.

## 9. FIN DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

### L'Adhésion cesse :

- **Lorsque l'offre de prêt n'est pas signée dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'Adhésion ou lorsqu'aucun fonds n'a été débloqué dans les 24 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt. Les cotisations afférentes à la couverture du prêt éventuellement perçues sont intégralement remboursées à l'exception des frais de souscription (dont le montant est indiqué sur la Demande Individuelle d'Adhésion). L'Adhésion au contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet.**
- **À l'échéance finale prévue à l'origine de l'opération de crédit concernée mentionné au Certificat Individuel d'Adhésion, sauf accord de l'Assureur sur la modification de la durée,**
- **À la date à laquelle le paiement du solde du prêt devient exigible au profit de l'Organisme Prêteur en application du contrat de prêt,**
- **En cas de résiliation du prêt pour Déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur,**
- **Si l'Assuré est Caution, à la date de cessation de l'acte de cautionnement,**
- **Lorsque l'Adhérent est une Société Civile Immobilière, le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé, dirigeant de droit ou Caution solidaire,**
- **Lorsque l'Adhérent est une personne morale autre qu'une Société Civile Immobilière, le jour où l'assuré perd sa qualité d'associé ou de dirigeant de droit,**
- **Au décès de l'Assuré,**
- **À la date à laquelle cessent les engagements de l'Emprunteur envers l'Organisme Prêteur c'est-à-dire :**
  - **Au remboursement total et définitif de l'opération de crédit concernée, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale prévue à l'origine ou par anticipation,**
  - **À la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par l'Assureur,**
- **En cas de non-paiement des cotisations,**
- **Au terme prévu de la garantie Décès comme défini au paragraphe « Fin des garanties »,**
- **Lorsque l'Adhérent demande la résiliation de son Adhésion, conformément à l'article L.113-12-2 du Code des assurances, moyennant un préavis de deux mois avant la date anniversaire de l'adhésion et après accord de l'Organisme Prêteur.**

### ● Résiliation

Lorsque le prêt garanti est un prêt immobilier à caractère non professionnel, l'Adhérent peut résilier l'Adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 113-12-2 du code de assurances.

En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'Adhésion est résiliée à la plus tardive des deux (2) dates suivantes :

- Soit dix (10) jours après réception de la décision du prêteur,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

L'Assuré devra notifier également au Gestionnaire par courrier recommandé ou Lettre recommandée électronique, la décision de l'Organisme prêteur (article L. 313-31 du Code de la consommation) ainsi que la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution.

La résiliation de l'Adhésion prendra alors effet 10 jours après la réception par le Gestionnaire de l'acceptation formelle de l'Organisme prêteur ou à la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution par l'Organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

En cas de refus par le Prêteur, la résiliation est caduque et l'Adhésion se poursuit dans toutes ses dispositions.

Le courrier doit être adressé à l'adresse suivante : Digital Insure Services – Adhésion MAESTRO EMPRUNTEUR – 38 rue La Condamine – 75017 PARIS.

### ● Fin des Garanties

D'une façon générale, les garanties prennent fin avec l'Adhésion.

À l'égard de chaque Assuré, les garanties cessent :

- Au plus tard au **91<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré** en ce qui concerne la garantie Décès,
- Au plus tard au **71<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré** en ce qui concerne la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- En ce qui concerne les garanties Incapacité de Travail, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Professionnelle Médicale, Invalidité Spécifique, le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf en cas de mise en retraite anticipée pour inaptitude, et au plus tard au **71<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré**.

Au plus tard  
au 91<sup>e</sup> anniversaire  
de l'Assuré  
**DÉCÈS**

Au plus tard  
au 71<sup>e</sup> anniversaire  
de l'Assuré  
**PTIA**

Au plus tard  
au 71<sup>e</sup> anniversaire  
de l'Assuré  
**IT, IPT, IPM, IS**

## 10. MODIFICATION EN COURS D'ADHÉSION

L'Adhérent peut, sous réserve de l'accord de l'Organisme Prêteur, demander à modifier la Quotité garantie en s'adressant au gestionnaire.

En tout état de cause, le gestionnaire doit être averti par écrit :

- de toute modification des caractéristiques du prêt garanti dans un délai de 60 jours à compter de la prise d'effet de la modification, accompagné des pièces justificatives,
- de la modification du tableau d'amortissement résultant d'une variation du taux d'intérêt pour les prêts à taux variable dans un délai de 60 jours à compter de la prise d'effet de la modification,

Le gestionnaire informe l'Adhérent des conséquences des modifications qui lui ont été communiquées sur le déroulement de l'Adhésion.

**En cas de Sinistre, les modifications qui n'ont pas été déclarées au gestionnaire ne sont pas opposables à l'Assureur lorsque ce dernier établit que le retard lui a causé un préjudice.**

Un avenant qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, les nouveaux montants assurés et les cotisations prévisionnelles correspondantes est émis :

- d'office lorsque la modification demandée est acceptée par l'Assureur sans nouvelles restrictions de garanties et à un tarif équivalent au tarif initial,
- après acceptation par l'Adhérent des restrictions de garanties ou de la hausse du tarif proposées par l'Assureur.

Jusqu'à la date de prise d'effet de la modification et sauf cas de résiliation de l'Adhésion, les garanties continueront de s'appliquer dans les conditions initialement prévues.

**L'Adhérent doit informer le gestionnaire de tout changement de domicile, d'adresse postale et/ou électronique. A défaut, les courriers envoyés à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.**

## 11. EXCLUSIONS

### 11.1 Exclusions applicables à toutes les garanties

Sont exclues les suites et conséquences des événements ci-après :

- le décès qui résulte du suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la date de l'Adhésion. En cas d'augmentation des garanties en cours de l'Adhésion, le suicide n'est couvert pour les garanties supplémentaires, qu'à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation. Si le prêt garanti par le présent contrat a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la prise d'effet du contrat, dans la limite du plafond fixé par la réglementation en vigueur (article L.132-7 du Code des assurances issu de la loi n°2001-1135 du 3 décembre 2001),
- d'Accidents, de Maladies, d'invalidité, d'infirmités, de tentatives de suicide ou de blessures relevant du fait intentionnel de l'Assuré et Préexistantes ou résultant de l'aggravation d'un état préexistant à l'admission, sauf si ceux-ci ont été déclarés par la personne à assurer et non exclus par l'Assureur lors de l'acceptation de l'Adhésion,
- l'alcoolémie, l'usage de drogues, de produits stupéfiants, de produits toxiques, ou de substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites d'une prescription médicale,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome. Toutefois, ces effets sont pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou d'une fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation, et que l'Assuré est le patient,
- la participation active de l'Assuré (sauf dans le cadre de l'exercice de sa profession déclarée à l'Adhésion) à toute guerre civile ou étrangère, tout duel, rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, attentat, émeute ou mouvement populaire, délit ou acte criminel (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger) quel que soit le lieu où se

déroulent ces événements ou les protagonistes,

- la manipulation par l'Assuré (sauf dans le cadre de l'exercice de sa profession déclarée à l'Adhésion) d'engins de guerre, de produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs ou inflammables hors produits domestiques) et, dès lors que leur détention est interdite, la manipulation d'armes, de feux d'artifice de classe K4, d'explosifs,
- la participation en tant qu'amateur sous contrat rémunéré ou professionnel à des compétitions, démonstrations, matchs ou paris comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur, à des tentatives de records, à des cascades, à des acrobaties, à des essais préparatoires ou de réception d'un engin motorisé ou non, à des vols en prototype, à des vols acrobatiques, à de la voltige aérienne ou à des raids,
- la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive en France,
- les accidents de navigation aérienne lorsque le pilote (pouvant être l'Assuré) ne possède pas de brevet/licence ou possède un brevet/licence périmés ou ne correspondant pas au type d'appareil utilisé, et/ou si le véhicule aérien homologué ou non, motorisé ou non, ne dispose pas de certificat valable de navigabilité ou en est dispensé (exemples : parachute, kitesurf, deltaplane, parapente, ULM, aile volante...).

Sont exclues, avec possibilité de rachat, les suites et conséquences d'accidents résultant de la pratique par l'Assuré des sports ou activités indiqués :

- les sports pratiqués à titre professionnel ou amateur sous contrat rémunéré ou indemnisé (entraînements, épreuves) sauf dans le cadre de la profession de l'Assuré déclarée et acceptée par l'Assureur,
- les paris, défis, raids et tentatives de record,
- Boxe et autres sports de combat (sauf pratique amateur et hors compétition),
- les compétitions et entraînements préparatoires de sports équestres ou de sports avec usage d'engins à moteur,
- les sports mécaniques,
- la spéléologie, l'escalade et la varappe (sauf si pratiquée en salle),

- motonautisme, planche à voile à plus de 1 mille des côtes, la navigation maritime à plus de 60 milles des côtes, plongée sous-marine (sauf plongée sans bouteille jusqu'à 40 mètres), canyoning, rafting et kite-surf,
- l'alpinisme et tous les sports pratiqués en montagne au-delà de 4 000 mètres d'altitude. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas à la pratique de ski alpin, de fond ou de snowboard sur pistes réglementées, ouvertes et accessibles en remontées mécaniques,
- le kitesurf, windboard, funboard, snowboard, saut à l'élastique, parachutisme, parapente, wingsuit, bobsleigh, toboggan, skeleton, saut à ski ou au tremplin, vol d'essai et vol sur engin non muni de certificat de navigabilité, acrobaties aériennes, ULM, deltaplane,
- la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive en France.

Toutes ces activités sportives sont néanmoins couvertes lorsqu'elles sont pratiquées dans le cadre d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte si l'Assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

## 11.2 Exclusions applicables à l'incapacité de travail et l'invalidité

En plus des exclusions prévues pour toutes les garanties, l'ensemble des Affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et récurrences sont exclus :

- les séjours ou cures de toute nature notamment de repos, de plein air, de santé médicale, climatiques, diététiques, de désintoxication ou de sommeil, effectués en tout type d'établissement, hospitalier ou non, lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une Maladie ou d'un Accident couverts par l'Adhésion,
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti au contrat,
- les accidents ou maladies pour lesquelles l'Assuré a refusé de suivre un traitement médical rationnel et adapté,
- les Accidents dont l'Assuré est reconnu responsable alors qu'il conduit un engin motorisé sans permis valide au jour du Sinistre ou qu'il conduit en état d'ivresse au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la route français ou du pays où a lieu l'Accident,

- le syndrome de fatigue / asthénie chronique, la fibromyalgie, le syndrome polyalgique idiopathique diffus, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation de plus de 9 jours continus (période réduite à 6 jours si l'option ZEN est souscrite, ou sans conditions de prise en charge avec l'option ZEN +).

- Les Affections psychiatriques : les troubles psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, les troubles obsessionnels compulsifs, les psychoses, les états dépressifs et dépressions de toute nature, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les troubles de l'alimentation, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles délirants, les troubles d'aliénation mentale les états de stress aigus et chroniques (syndromes de stress post-traumatique), le surmenage, le burnout, les troubles bipolaires), sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation de plus de 9 jours continus (période réduite à 6 jours si l'option ZEN est souscrite, ou sans conditions de prise en charge avec l'option ZEN +).

- Les Affections dos : les Affections rachidiennes, discales ou vertébrales, des lombalgies, des sciatiques, des hernies discales, des dorsalgies, des cervicalgies, des sacro-coxalgies, cruralgie, les névralgies cervico-brachiales, quelle qu'en soit la cause ou l'origine sauf si elles résultent d'une fracture ou d'un processus tumoral ou qu'elles nécessitent une intervention chirurgicale ou une Hospitalisation de plus de 9 jours continus (sans conditions si les options ZEN ou ZEN + sont souscrites).

## 11.3 Demande de rachat d'exclusions

Au moment de l'adhésion, l'Assuré peut demander à étendre sa couverture :

- aux Affections du dos quelle qu'en soit la cause ou l'origine,
- aux Affections psychiatriques,
- aux risques exclus auxquels l'Assuré est exposé dans le cadre de l'exercice de sa profession,
- aux sports pratiqués à titre professionnel ou amateur sous contrat rémunéré ou indemnisé (entraînements, épreuves).

Après étude de la demande, l'Assureur peut refuser le rachat d'exclusion(s) ou l'accepter moyennant une majoration tarifaire et d'éventuelles conditions spécifiques d'acceptation.

L'extension de garantie accordée et ses conditions d'acceptation sont précisées dans le Certificat Individuel d'Adhésion ou dans un avenant lorsque le rachat d'exclusion(s) est demandé en cours d'Adhésion.

## 12. ÉTENDUE TERRITORIALE

**Les garanties s'exercent dans le monde entier.**

## 13. ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR

**L'engagement de l'Assureur correspond au montant des prestations dues par l'Assureur à un même Assuré en cas de Sinistre. Il dépend notamment de la Quotité garantie.**

**Il ne peut en aucun cas excéder :**

- **Pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, 20 000 000 euros par Assuré (limité à 180 000 euros pour les prêts à la consommation), pour l'ensemble des prêts garantis au titre du présent contrat.**

- **Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité, 30 000 euros par mois et par Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis au titre du présent contrat. Pour les personnes sans activité professionnelle le montant est limité à 10 000 euros.**

**Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même prêt, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une Quotité garantie de 100%.**

## 14. CONTRÔLE MÉDICAL – ARBITRAGE

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé.

L'Assureur se réserve le droit de :

- contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis,
- provoquer une contre-visite à ses frais par l'un de ses médecins pour tout Assuré malade ou accidenté, en présence, le cas échéant, et aux frais de l'Assuré, de son médecin traitant,
- convoquer l'Assuré en France métropolitaine, à Monaco, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte), en Polynésie Française, en Nouvelle Calédonie, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy, à Wallis-et-Futuna, afin de constater médicalement tout Accident ou Maladie survenu hors de France métropolitaine.

Les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de contrôler son état de santé, étant précisé qu'en cas de contrôle, le service des prestations est interrompu jusqu'à réception des conclusions des médecins.

En cas de refus de l'intéressé, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

**Si dans un délai de dix jours ouvrés après réception de la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), celle-ci reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si ce dernier maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré.**

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin expert de l'Assureur, une procédure d'arbitrage médical peut être mise en place afin de trancher de façon définitive le différend et d'éviter le recours à une procédure judiciaire. Les deux médecins en désignent alors un troisième pour les départager dans le cadre d'un compromis d'arbitrage. Faute par l'une des parties de désigner son médecin expert, ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le sinistre s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Si le Sinistre survient à l'étranger ou si l'Assuré réside à l'étranger, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin, les honoraires du Médecin arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, étant supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre. L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans le cadre d'une procédure d'arbitrage, aucune action en justice ne peut être exercée par les parties, tant que l'arbitre n'aura pas tranché le différend, sauf si le rapport de cet expert n'a pas été déposé dans les quarante jours à compter de sa saisine.

Si l'Assuré ne souhaite pas recourir à cette procédure d'arbitrage, il conserve bien entendu la possibilité de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

## 15. DÉMARCHES À SUIVRE EN CAS DE SINISTRE

Le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs visés au présent chapitre. **L'Assureur peut toutefois demander des pièces complémentaires qu'il juge nécessaires à l'appréciation du Sinistre.**

**L'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui établit le certificat médical.** Il reste libre de l'appréciation du Sinistre.

### PIÈCES À FOURNIR

<p><b>DANS TOUS LES CAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la copie de la carte nationale d'identité de l'Assuré en cours de validité ;</li> <li>• le certificat d'assurance en vigueur ;</li> <li>• le tableau d'amortissement, ou l'échéancier du prêt ou du crédit-bail en vigueur au jour du sinistre;</li> <li>• une copie du contrat de prêt ou de crédit-bail ;</li> <li>• le RIB de l'Organisme prêteur</li> <li>• si l'Assuré est caution, les pièces justifiant qu'il se substitue à l'Emprunteur depuis au moins trois mois ;</li> </ul> <p>En cas d'accident, l'Assuré ou ses ayants droit doivent fournir les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;</li> <li>• les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de presse, articles internet,...</li> </ul> <p><b>En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.</b></p>
<p><b>EN CAS DE DÉCÈS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'acte de décès intégral comportant l'indication de la date de naissance de l'Assuré;</li> <li>• l'attestation de décès (imprimé fourni par l'Assureur), à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès.</li> </ul> <p><b>En cas de décès à l'étranger, l'attestation de décès devra être établie par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.</b></p>
<p><b>EN CAS DE PTIA</b></p>	<p>L'Assuré devra transmettre dans un délai de six (6) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie PTIA, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la notification de mise en invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie si l'Assuré est assujéti à la Sécurité sociale ou un certificat médical attestant de l'invalidité si l'Assuré est non-assujéti ;</li> <li>• une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) complétée et signée par l'Assuré et son médecin, - en cas de refus du médecin d'utiliser ce document, un certificat médical attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur,</li> <li>• si l'Assuré est assuré social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre. Si l'Assuré est fonctionnaire ou dépend d'un régime spécial, joindre à l'attestation médicale demandée ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.</li> </ul>

#### EN CAS D'ITT

L'Assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie ITT, accompagnée des pièces suivantes :

- une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin,
- en cas de refus du médecin d'utiliser ce document, un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT, la date de l'accident ou de début de la maladie, la durée probable de l'incapacité,
- l'éventuel certificat médical de reprise d'activité à mi-temps thérapeutique consécutive à un arrêt de travail ;

Joindre également :

Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé :

- les décomptes de règlement des indemnités journalières de son régime obligatoire d'assurance maladie couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. À défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées sous réserve qu'elles précisent la subrogation. Le titre de pension de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie ou de rente au titre de la maladie professionnelle ou accident du travail ne sont pas éligible à l'ITT.

Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé : - Une attestation employeur précisant sa position au regard du régime statutaire des congés maladie, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

Si l'Assuré est travailleur non salarié : - un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite.

- les indemnités journalières si l'Assuré relève de la Sécurité sociale des Indépendants,
- à défaut, un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant les périodes d'arrêt de travail ou le Titre de pension pour incapacité au métier.

Si l'Assuré est sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi : - un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant qu'il est bien en ITT au sens du contrat, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

#### EN CAS D'IPT OU D'IPP

L'Assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre des garanties IPT ou IPP, accompagnée des pièces suivantes :

- une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin - en cas de refus du médecin d'utiliser ce document, un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'IPT ou l'IPP, la date de l'accident ou de début de la maladie,

Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé :

- une copie de la notification par son régime obligatoire d'assurance maladie de sa mise en invalidité de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66% en cas d'IPT ou à un taux supérieur ou égal à 33% en cas d'IPP.

Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :

- une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,
- une copie de l'arrêt de position administrative ou une copie du titre de pension ; Si l'Assuré est travailleur non salarié : - un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite. - une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive ; Si l'Assuré est sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi : - Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant les périodes d'incapacité à ses activités habituelles non professionnelles.

Pour la poursuite de l'indemnisation des garanties IPT (en rente) ou IPP, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

<b>EN CAS D'IS AERAS</b>	<p>L'Assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie IS AERAS, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin,</li> <li>• en cas de refus du médecin de compléter ce document, un certificat médical attestant la date à laquelle l'état de santé de l'Assuré a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité,</li> <li>• un titre de pension d'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale si l'Assuré est salarié, un congé de longue maladie s'il est fonctionnaire,</li> <li>• une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession si l'Assuré est non-salarié.</li> </ul> <p>Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une copie de la notification par son régime obligatoire de protection sociale d'une pension d'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale.</li> </ul> <p>Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,</li> <li>• une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension</li> </ul> <p>Si l'Assuré est travailleur non salarié :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite,</li> <li>• une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive.</li> </ul> <p>Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.</p>
<b>EN CAS D'IPM</b>	<p>L'Assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie IPM, accompagnée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de santé au jour du sinistre,</li> <li>• une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin.</li> </ul>

### 15.1. Délai de déclaration

L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de 90 jours au-delà de la Franchise pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur. Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale, ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'arrêt de travail, dans un délai de 30 jours. Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

**Pour la Formule 2 il faut que l'arrêt de travail soit déclaré dans les 60 jours suivant sa survenance.**

### 15.2. Particularités des Sinistres survenus à l'étranger

Tout Sinistre survenu à l'étranger doit être authentifié par le consulat français du pays dans lequel le Sinistre a eu lieu.

#### • En cas de décès

Les documents apportant la preuve du décès de l'Assuré doivent être libellés en français et certifiés par le consulat français du pays dans lequel le décès est survenu.

#### • En cas d'invalidité ou d'incapacité

**Pour ouvrir droit au paiement des prestations, toute Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti doit être constatée médicalement en France métropolitaine, à Monaco ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer français suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe. Le délai de Franchise court au plus tôt à compter de la date de constatation. Le paiement des prestations est subordonné au respect des dispositions de l'article 15.1 « Délai de déclaration ».**

**Les frais éventuels de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.**

## 16. COTISATIONS

### 16.1 Détermination du montant des cotisations

L'Adhérent a le choix entre des cotisations variables ou constantes.

- Cotisations variables : le montant des primes varie chaque année en fonction de l'âge de l'Assuré et du capital restant dû ;
- Cotisations constantes : le montant des primes reste fixe pendant toute la durée du contrat. Le choix de la prime constante est réservé aux prêts amortissables, à mensualités constantes, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts à paliers.

Ce choix s'effectue au moment de la demande Individuelle d'Adhésion et ne peut être modifié en cours de vie de l'Adhésion.

La cotisation est calculée notamment sur la base du montant initial du prêt garanti, de la durée de l'emprunt ou de l'acte de cautionnement, de l'âge de l'Assuré, de sa situation de santé, des risques déclarés, de la quotité assurée et de la formule d'assurance choisie.

Concernant les contrats de crédit-bail, outre la situation et les garanties choisies, la cotisation est calculée sur le cumul de l'ensemble des loyers restant dus toutes taxes comprises auquel on ajoute la valeur résiduelle du bien toutes taxes comprises.

À l'Adhésion, un échéancier des cotisations annuelles prévisionnelles est adressé à l'Adhérent.

**Sous réserve de l'exactitude des informations fournies par l'Adhérent et l'Assuré, les cotisations indiquées dans le Certificat Individuel d'Adhésion ou le dernier avenant en vigueur sont irrévocables jusqu'au terme de l'Adhésion (sauf en cas de changement du taux des taxes, d'instauration de nouvelles impositions ou de nouvelles décisions législatives ou réglementaires applicables aux contrats d'assurance emprunteurs qui s'imposeraient aux Adhésions en cours).**

### 16.2 Paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de l'Adhésion.

L'Adhérent est informé qu'il peut demander à régler les cotisations par chèque établi à l'ordre du gestionnaire de l'Assureur. La demande doit être adressée par écrit au gestionnaire.

En cours de contrat, dès le premier impayé, la cotisation de l'Assuré sera majorée des frais suivants :

- 10 € par rejet de prélèvement bancaire ou mise en demeure pour non-paiement de la cotisation ;
- 25 € par rejet pour provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition de prélèvement.

### 16.3 Défaut de paiement des cotisations

**L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations du contrat, aux échéances fixées.**

**Conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, le gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée avec accusé de réception de mise en demeure de payer. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'Adhésion au contrat se trouvera de plein droit résiliée.**

**L'Organisme Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure de l'Adhérent pour non-paiement des cotisations.**

### 16.4 Exonération des cotisations

L'Exonération des cotisations est incluse au tarif. Lorsque l'Assureur verse des prestations au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité spécifique, Invalidité Permanente Totale, Partielle ou Professionnelle Médicale, l'Adhérent bénéficie du remboursement des cotisations relatives à la garantie mise en jeu au prorata du nombre de jours indemnisés.

## 17. BASES LÉGALES

**Le contrat est régi par le Code des assurances. La loi française est applicable au présent contrat et la langue française est utilisée dans toutes les relations contractuelles entre Quatrem et l'Assuré. Les risques sont assurés par Quatrem. Quatrem est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) – 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.**

### 17.1 Faculté de renonciation

Cette faculté ne s'applique pas à la couverture des prêts professionnels.

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion sous réserve de l'accord de l'Organisme Prêteur dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'Adhésion.

Quatrem porte ce délai de renonciation de 14 jours calendaires à 30 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'Adhésion.

Dans les autres cas, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à l'Adhésion dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'Adhésion.

La part des cotisations versées, hors frais d'association, correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'Adhésion au contrat et les garanties prennent fin.

La lettre de renonciation pourrait être rédigée en ces termes :  
« Je soussigné(e) ..... déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat n° 33157 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le ..... au prorata de la période non couverte ».

Le ..... Signature »

L'Adhérent doit signifier la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'adresse suivante : Digital Insure Services – Adhésion MAESTRO EMPRUNTEUR - 38, rue La Condamine - 75017 Paris.

Le gestionnaire adressera alors un courrier à l'Organisme prêteur, afin de l'informer que le Proposant a exercé sa faculté de renonciation à son Adhésion.

### 17.2 Incontestabilité

Les déclarations des Assurés servent de base à l'Adhésion au contrat qui est incontestable dès qu'elle a pris effet sauf en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L. 113-8 du Code des assurances), de fausse déclaration non intentionnelle (article L. 113-9 du Code des assurances) ou d'erreur sur l'âge (article L. 132-26 du Code des assurances).

Article L. 113-8 du Code des assurances :

« **Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts** ».

Article L. 113-9 du Code des assurances :

« **L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés** ».

Article L. 132-26 du Code des assurances :

« **L'erreur sur l'âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'Assureur. Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt** ».

### 17.3 Prescription

La prescription désigne la durée au-delà de laquelle les actions dérivant de la présente Adhésion au contrat ne sont plus recevables. Elle est régie par les articles suivants du Code des assurances.

#### Article L. 114-1 du Code des assurances

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

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

**2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

**Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.**

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

**Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »**

#### Article L. 114-2 du Code des assurances

**« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (\*) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »**

(\*) Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code des assurances.

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)),

- 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.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

#### Article L. 192-1 du Code des assurances

Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er, est porté à cinq ans en matière d'assurance sur la vie pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

### 17.4 Protection des données

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Assuré et l'Adhérent sont informés par Quatrem, ci-après Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Quatrem a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier : QUATREM, Pôle informatique et liberté, 21 rue Laffitte, 75317 PARIS cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées **pour les finalités suivantes :**

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
- l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement. Une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'Assuré ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent et l'Assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'Assuré est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'Assuré et de l'Adhérent sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires.

Les données de santé de l'Assuré sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'Assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'Assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'Assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem.

L'Assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à : [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier : QUATREM, Pôle informatique et liberté, 21 rue Laffitte, 75317 PARIS cedex 9. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ».

L'Assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

En cas de prospection commerciale par téléphone : L'Assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel.

Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

## 17.5 Réclamations – médiation

L'Adhérent et l'Assuré peuvent formuler toute réclamation concernant l'Adhésion au gestionnaire qui les aidera à rechercher une solution. Si la réponse apportée ne convient pas, ils peuvent s'adresser au Pôle Réclamations de l'Assureur.

Le Pôle Réclamations peut être contacté :

- Par courrier à l'adresse suivante : Digital Insure Services – 38 rue La Condamine – 75017 PARIS

Ou

- Sur l'espace personnel de l'Adhérent

Si un accord n'est pas trouvé, l'avis d'un médiateur peut être demandé. Le médiateur, personnalité extérieure à Quatrem, rend son avis en toute indépendance. Pour saisir la Médiation de l'Assurance, l'Adhérent ou l'Assuré doit adresser son dossier à l'adresse suivante : **La Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris cedex 09** ou par voie électronique sur le site internet :

[www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)

En cas de difficultés liées au fonctionnement ou au non-respect des dispositions de la Convention AERAS, l'Assuré pourra s'adresser à la **Commission de Médiation, 4 place de Budapest - CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09**, qui l'aidera à rechercher une solution amiable du dossier.

## 17.6 Législation

**Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le présent contrat est de plein droit applicable au jour de son entrée en vigueur.**

## 17.7 Droit applicable

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. L'Assuré a reconnu avoir pris bonne note que tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des tribunaux de Paris.

## 18. LEXIQUE

Le lexique ci-dessous est à votre disposition pour une compréhension des termes techniques utilisés. La première lettre de chacun de ces termes ou expressions sera toujours écrite avec une majuscule dans le texte de la Notice d'Information.

**Accident :** toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré. Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombo-sciatalgies, les accidents vasculaires et les hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des Accidents.

**Actif :** Toute personne qui exerce une d'activité professionnelle, ou qui est en recherche d'emploi.

**Adhérent :** personne physique ou morale, ayant souscrit le prêt garanti, qui accepte les termes du présent contrat et paye les cotisations. Il doit être membre de Le Collège des Assurés.

L'Adhérent, pour autant qu'il soit une personne physique, peut aussi être l'Assuré.

**Adhésion :** il s'agit de l'Adhésion au contrat d'assurance collective emprunteur à adhésion facultative n° 33157 souscrit par Le Collège des Assurés auprès de Quatrem.

Elle est conclue sur la base des déclarations faites par l'Adhérent et l'Assuré sur la Demande Individuelle d'Adhésion et dans le cadre des formalités médicales. Son fonctionnement est régi par la Notice d'Information et le Certificat Individuel d'Adhésion.

**Âge de l'Assuré :** l'âge de chaque Assuré correspond à l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire de l'assuré).

**Assuré :** personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance.

**Assureur :** désigne Quatrem.

**Affection :** toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).

**Bénéficiaire :** Le bénéfice de l'assurance est attribué à l'Organisme Prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues.

Pour les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale (option en capital), Invalidité Professionnelle Médicale les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur.

Pour les risques Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Spécifique, Invalidité Permanente Totale (option en arrérage)

ou Partielle, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur ou, sous réserve d'une autorisation préalable de l'Organisme Prêteur, à l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique sinon à la personne morale qui a adhéré au contrat.

**Capital Restant Dû :** capital emprunté non amorti à date du Décès ou de la reconnaissance de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des échéances de prêt impayés ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

**Caution :** Personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

Les garanties souscrites ne jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution qu'à la condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins trois Echéances par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné et qu'elle ne soit pas, à cette date, en situation de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Professionnelle. Il est à noter que cette disposition ne s'applique pas dans le cadre des prêts professionnels, lorsque l'Assuré est le dirigeant/associé qui s'est porté caution dudit prêt.

**Certificat Individuel d'Adhésion :** document contractuel confirmant l'adhésion au présent contrat qui précise notamment les caractéristiques des garanties accordées par l'Assureur à l'Assuré, les conditions d'acceptation ainsi que le montant des cotisations prévisionnelles.

**Congé légal de maternité :** période pendant laquelle l'Assurée perçoit des indemnités journalières payées par l'organisme social auquel elle est rattachée ou par son employeur au titre du congé maternité accordé par son régime social obligatoire ou par la convention collective ou l'accord de branche dont elle bénéficie.

**Conjoint :** époux, épouse, personne liée à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin.

Le concubin est la personne vivant avec l'Assuré et remplissant les trois conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré à l'Assureur,
- qu'il soit apporté la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente jusqu'à la date de l'événement mettant en jeu la garantie.

**Conjoint collaborateur :** Conjoint (ou partenaire de PACS) d'un chef d'une entreprise commerciale, artisanale ou libérale, qui :

- exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise,
- ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité,
- n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du code civil,
- et est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

**Consolidation :** lorsque l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme ne pouvant plus évoluer compte tenu des connaissances scientifiques et médicales au moment de la constatation.

**Déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur :** désigne la sanction prononcée par l'Organisme Prêteur, suite à un ou plusieurs incidents de paiement, et qui se traduit par une exigibilité immédiate du capital restant dû majoré des intérêts échus mais non payés.

**Demande Individuelle d'Adhésion :** support électronique permettant à une personne physique ou morale de formaliser sa Demande Individuelle d'Adhésion pour le présent contrat.

**Emprunteur :** désigne la personne physique ou morale souscriptrice de l'opération de crédit auprès de l'Organisme Prêteur.

**Franchise :** nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle au-delà duquel une indemnisation est possible.

Si une Invalidité Permanente Totale ou Partielle succède à une Incapacité Temporaire Totale au titre d'une même Affection, les jours d'Incapacité Temporaire Totale sont pris en compte pour déterminer le point de départ du paiement des prestations dues au titre de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle. Aucune prestation n'est due au cours de la période de Franchise.

**Fumeur :** personne ne pouvant pas déclarer qu'elle n'a pas consommé du tabac ou utilisé des cigarettes électroniques ou tout produit contenant de la nicotine (par exemple patches, gommes), même à titre occasionnel au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la Demande Individuelle d'Adhésion et/ou qu'elle n'a pas été contrainte, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

**Gestionnaire :** Gestionnaire délégué de l'Assureur désigne DIS - 38, rue la Condamine 75017 Paris

**Hospitalisation :** Tout séjour prescrit par une autorité médicale compétente dans un établissement public ou privé agréé (clinique ou hôpital à l'exclusion des maisons de repos et de convalescence, des centres de thermalisme), pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical.

**Inactif :** Toute personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle. Néanmoins, une personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée et qui est soit au chômage indemnisé par Pôle Emploi ou un organisme assimilé, soit Conjoint collaborateur, ne relève pas de cette catégorie.

**Maladie :** toute altération de l'état de santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

**Occupations de la Vie Quotidienne :** pour l'Assuré INACTIF, tous les travaux domestiques et la gestion des affaires personnelles et familiales qu'il effectue de manière habituelle

**Organisme Prêteur :** désigne la banque ou l'organisme financier ayant consenti la ou les opérations de crédit qui font l'objet des garanties accordées par l'Assureur.

**Proposant :** Personne physique qui formule une Demande Individuelle d'Adhésion ou d'admission en tant qu'Assuré au contrat.

**Quotité :** niveau de la garantie couverte pour l'Assuré exprimé en pourcentage du Capital Restant Dû pour les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale (option en capital), Invalidité Professionnelle Médicale, et IS ; en pourcentage de l'échéance du prêt pour les risques Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale (option en arréage) ou Partielle.

**Sinistre :** réalisation de l'événement couvert par l'Adhésion et susceptible d'entraîner la garantie de l'Assureur.

**Le Collège des Assurés :** Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 qui a pour objet :

- de regrouper des personnes qui souhaitent s'assurer à différents titres,
  - de souscrire des contrats d'assurance collectifs en faveur de personnes recherchant des produits d'assurance adaptés à leurs besoins,
  - de développer, rechercher et promouvoir des produits d'assurance adaptés aux besoins et aux situations de ses membres
  - de représenter et défendre les intérêts de ces derniers.
- Ses statuts sont disponibles sur simple demande auprès de l'Association au 38, rue la Condamine, 75017 Paris

**Vente à distance :** système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'Adhésion.



# MAESTRO

EMPRUNTEUR

Notice d'information MHC-15487\_2104 au contrat d'assurance collectif N° 33157 (ci-après désigné "Contrat") souscrit par Le Collège des Assurés au profit de ses membres, auprès de Quatrem (ci-après dénommé "Assureur") Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 510 426 261 €, 21 rue Laffitte – 75 009 Paris, RCS Paris 412.367.724 Société du groupe Malakoff Humanis et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

