

Notice d'information

PARÉO EMPRUNTEURS-V6

Le présent document constitue la notice d'information prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe n° 0027860, souscrit par les associations Alptis et Apti, auprès de Quatrem, ci-après dénommé l'Assureur.

Sommaire

LEXIQUE	3-4
PRÉAMBULE	4
1•OBJET DU CONTRAT	4
1•1 PERSONNES ASSURABLES	4
1•2 CRÉDITS ÉLIGIBLES	4-5
2•FORMALITES D'ADHÉSION	5
3•DURÉE ET PRISE D'EFFET	5
4•GARANTIES PROPOSÉES	5-8
4•1 GARANTIE DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	5-6
4•2 GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)	6
4•3 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)	6-7
4•4 GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)	7
4•5 CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS DES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE	7
4•6 OPTION INVALIDITÉ PROFESSION MÉDICALE	7
4•7 OPTIONS PRIVILÈGE ET PRIVILÈGE PLUS	7-8
5•CESSATIONS DES GARANTIES	8
6•ÉTENDUE TERRITORIALE	9
7•LIMITATIONS ET EXCLUSIONS	9-10
7•1 LIMITATIONS	9
7•2 EXCLUSIONS	9
7•3 PROFESSIONS ET SPORTS	9-10
8•CONVENTION AERAS	
(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)	10
OBJET DE LA CONVENTION	10
PROCESSUS D'EXAMEN DES DEMANDES D'ADHÉSION	10
GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE	10
9•BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	10
10•RÈGLEMENTS DES PRESTATIONS	11
10•1 CONTRÔLE MÉDICAL	11
10•2 TIERCE EXPERTISE AMIABLE	11
11•MONTANT DES COTISATIONS	11
12•OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ	11-12
12•1 MODIFICATIONS DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ	11
12•2 MODIFICATIONS RELATIVES AUX PRÊTS GARANTIS	12
12•3 MODIFICATIONS RELATIVES AUX GARANTIES	12
13•DISPOSITIONS DIVERSES	12-13
13•1 FAUSSE DÉCLARATION	12
13•2 PRESCRIPTION	12
13•3 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	13
13•4 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	13
13•5 ORGANISME DE CONTRÔLE	13
13•6 FONDS DE GARANTIE	13

LEXIQUE

ACCIDENT

On entend par "accident", toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle et non prévisible de la part de l'Assuré, suite à des événements soudains et imprévus, dus à des causes extérieures. **Ne sont pas considérées comme des accidents mais comme des maladies les affections organiques, connues ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ainsi ne sont pas considérés comme des accidents, les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombosciatalgies, les attaques et les hémorragies cérébrales.**

ADHÉRENT

Personne morale ou physique ayant souscrit un contrat de prêt et qui adhère au présent contrat groupe. L'Adhérent, pour autant qu'il soit une personne physique, peut aussi être l'Assuré. L'Adhérent paie les cotisations. Il doit être membre de l'Association.

ÂGE DE L'ASSURÉ

Pour l'âge limite de l'adhésion, les formalités d'adhésion et pour la cessation des garanties, l'âge de chaque Assuré est l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire). Pour le calcul des cotisations, l'âge de chaque Assuré est calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance (différence de millésimes).

ALPTIS ASSURANCES

Organisme gestionnaire des garanties.

ASSOCIATION

Association qui souscrit le contrat groupe et à laquelle adhère l'Adhérent.

ASSURÉ

Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose le risque. Si l'Assuré est caution c'est-à-dire une 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, le droit aux prestations est subordonné à la mise en œuvre préalable du cautionnement suite à la défaillance de l'Emprunteur.

ATTESTATION D'ASSURANCE DE PRÊT

Document contractuel matérialisant l'adhésion et reprenant, pour chaque Assuré, la date d'effet, les différentes garanties et les éventuelles limitations et/ou exclusions.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéfice de l'assurance est attribué à l'Organisme prêteur qui est réputé bénéficiaire acceptant. Si le risque se réalise, toutes les prestations sont réglées au Bénéficiaire.

CONSOLIDATION

État de santé non susceptible d'amélioration.

DÉPENDANCE TOTALE

Est reconnu en état de dépendance totale l'Assuré dont l'état de santé est consolidé et qui se trouve dans l'impossibilité permanente et définitive d'exercer totalement, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 3 des 4 actes ordinaires de la vie quotidienne tels que définis ci-dessous.

ACTES ORDINAIRES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Il s'agit de :

- **Faire sa toilette** : capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
Précision : une personne qui a besoin d'aide uniquement pour se laver les cheveux ne sera pas reconnue dans l'incapacité de faire sa toilette.
- **S'alimenter** : capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.
Précision : la capacité de s'alimenter implique de pouvoir couper ses aliments, se servir à boire, porter les aliments à sa bouche et avaler.
- **S'habiller** : capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.
Précision : si un Assuré ne peut pas mettre en place sa prothèse seul, il sera considéré qu'il ne peut pas s'habiller seul.
- **Se déplacer** : capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés.
Précision : si un Assuré peut se déplacer seul à l'aide d'une canne, d'une béquille, d'un fauteuil roulant ou de tout autre équipement adapté, il sera considéré comme capable de se déplacer seul.

FRANCHISE

Période durant laquelle les prestations ne sont pas dues.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

État entraînant par suite d'une maladie ou d'un accident, une impossibilité physique totale et continue d'exercer son travail même de surveillance ou de direction, constaté par une autorité médicale compétente, pour l'Assuré en activité professionnelle.

Les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, doivent être dans l'impossibilité physique réelle et totale, constatée par une autorité médicale compétente, de pourvoir à toutes les occupations de la vie courante.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

État résultant d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé) et entraînant, pour l'Assuré, une perte de capacité définitive, comprise entre 33 % et 66 % calculée conformément au tableau de l'article 4•2.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

État résultant d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé) et entraînant, pour l'Assuré, une perte de capacité définitive d'au moins 66 % calculée conformément au tableau figurant dans la notice d'information.

MALADIE

Toute altération de l'état de santé, constatée par une autorité médicale compétente.

OCCUPATIONS DE LA VIE COURANTE

Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle, il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

ORGANISME ASSUREUR

C'est la compagnie d'assurance auprès de laquelle l'association souscriptrice a souscrit un contrat cadre d'assurance de groupe ouvert à toute personne membre de l'association.

ORGANISME PRÊTEUR

Désigne la banque ou l'organisme financier ayant consenti l'opération ou les opérations de crédit qui fait (font) l'objet des garanties accordées par l'Organisme Assureur.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Il s'agit, pour l'Assuré, de l'impossibilité absolue et définitive, suite à une maladie ou un accident garanti, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie quotidienne tels que définis ci-dessus.

QUOTITÉ

Pourcentage du capital emprunté (correspondant au capital assuré) ou pourcentage de l'échéance (correspondant à l'échéance assurée). Pour chaque prêt, la quotité assurée ne peut dépasser 100 %.

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association Alptis dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 et l'association Apti dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP 4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations régies par la loi de 1901,
- et d'autre part Quatrem, Société anonyme au capital de 510 426 261 €, dont le siège social est situé 21, rue Laffitte - 75009 PARIS, ci-après dénommé l'Organisme Assureur, entreprise régie par le Code des assurances, un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° 0027860.

Ce contrat est ouvert aux membres des associations Alptis et Apti.

La gestion de ce contrat est déléguée à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est effectuée est précisé sur votre attestation d'assurance de prêt. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

La résiliation du contrat d'assurance de groupe souscrit par les associations Alptis et Apti auprès de Quatrem n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours qui continuent à produire leurs effets dans les conditions prévues au présent contrat.

1•OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de mettre à la disposition des titulaires de prêts consentis par des Organismes prêteurs, une assurance garantissant à titre principal le paiement d'un capital en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et, à titre facultatif, le versement d'une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), d'une rente en cas d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou le versement d'un capital en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT).

1•1 PERSONNES ASSURABLES

Pour être admissible à l'assurance, l'Assuré doit être âgé de plus de 18 ans et :

- résider en France ;
- résider dans l'Union Européenne, en Suisse, au Royaume-Uni, et pour ces trois cas posséder une résidence en France ou être en cours d'acquisition d'une résidence en France ;
- ou être expatrié/détaché dans un autre pays pour le compte d'une entreprise française.

L'Adhérent, lorsqu'il est une personne physique, doit être âgé de plus de 18 ans au moment de la demande d'adhésion.

Les dates limites d'adhésion sont fixées comme suit :

Garanties	Âge limite d'adhésion
Décès	85 ^e anniversaire (65 ^e anniversaire pour les prêts in fine)
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	69 ^e anniversaire
Incapacité Temporaire Totale de Travail	65 ^e anniversaire
Invalidité Permanente Totale	65 ^e anniversaire
Invalidité Permanente Partielle	65 ^e anniversaire
Option Invalidité profession médicale	65 ^e anniversaire
Allègement des limitations des Options Privilège et Privilège Plus	65 ^e anniversaire
Dépendance des Options Privilège et Privilège Plus	75 ^e anniversaire

1•2 CRÉDITS ÉLIGIBLES

Capitaux empruntés

Les prêts à garantir doivent être :

- consentis par des établissements de crédit français situés en France ou succursales d'établissement de crédit français situées dans un état membre de l'Union Européenne ou succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un état membre de l'Union Européenne ou à Monaco ;
- libellés exclusivement en euros ou en francs suisses (et converti obligatoirement en euros dans ce cas) ;
- rédigés en français ;
- pour les demandes d'adhésions signées jusqu'au 31 mai 2022 :
 - d'un montant supérieur ou égal à 25 000 € pour les prêts à la consommation,
 - d'un montant supérieur ou égal à 21 500 € pour les autres prêts ;
- pour les demandes d'adhésions signées à compter du 1^{er} juin 2022 : d'un montant supérieur à 200 000 € pour tous les prêts.

Capitaux assurés

Pour les demandes d'adhésion signées jusqu'au 31 mai 2022, les garanties sont ouvertes pour les prêts d'un montant assuré compris entre 15 000 € et 10 000 000 €.

Pour les demandes d'adhésions signées à compter du 1^{er} juin 2022, les garanties sont ouvertes pour les prêts d'un montant assuré compris entre 200 001 € et 10 000 000 €.

Type de prêt :

- Prêt amortissable avec ou sans différé d'amortissement ;
- Prêt à amortissement constant ;
- Prêt in fine ;
- Prêt "achat revente" ;
- Prêt relais jumelé au prêt principal assuré auprès d'Alptis Assurances.

Ces prêts peuvent être à paliers ou modulables, à taux fixe ou variable.

Les opérations de crédit-bail et de leasing ne sont pas éligibles aux garanties du présent contrat.

2• FORMALITÉS D'ADHÉSION

Toute personne souhaitant bénéficier des garanties détaillées dans la présente notice, doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales et financières fixées par l'Organisme Assureur. Il doit, en outre, fournir le(s) tableau(x) d'amortissement exprimé(s) en euros correspondant au(x) prêt(s) assuré(s).

Le candidat à l'assurance est informé de son droit à s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, conformément à l'article L. 223-2 du Code de la consommation.

3• DURÉE ET PRISE D'EFFET

L'adhésion s'entend pour la durée du prêt, sans préjudice de la faculté annuelle de résilier telle que prévue à l'article 5•2.

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur l'attestation d'assurance de prêt et au plus tôt à la date de l'acceptation de l'offre de prêt par l'Assuré, sous réserve de l'application d'éventuels délais d'attente, de l'acceptation par l'Organisme Assureur et du paiement de la première cotisation.

Couverture provisoire du Décès accidentel

Le risque Décès par accident est couvert à compter de la réception de la demande d'adhésion au siège d'Alptis Assurances et pour une durée maximale de 2 mois, à hauteur du montant assuré dans la limite de 500 000 euros, sous réserve de l'existence d'une offre de prêt en faveur de l'Adhérent. Cette garantie provisoire cesse en cas d'acceptation de l'Adhérent au bénéfice des garanties complètes ou à la date de confirmation par l'Organisme Assureur de son refus d'accepter à l'assurance la personne intéressée.

Droit de renonciation

L'adhérent dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date à laquelle il est informé de la conclusion de celle-ci (qui correspond à la date de réception de l'attestation d'assurance de prêt).

En cas d'exercice du droit de renonciation, la part des cotisations versées 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. Dans tous les cas, l'Adhérent doit signifier la renonciation à Alptis Assurances par lettre recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception. Cette faculté ne s'applique pas aux prêts professionnels.

Modèle de lettre de renonciation à envoyer en recommandé ou recommandé électronique avec avis de réception à :

Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

"Je soussigné(e) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat Paréo-V6.4 n° 00 27860 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte.

Le Signature"

4• GARANTIES PROPOSÉES

Sous réserve de l'acceptation de l'Organisme Assureur, le présent contrat comprend les garanties suivantes :

Garanties obligatoires		Garanties facultatives			Options possibles pour chaque combinaison	
Décès	PTIA				Privilège (dépendance)	
Décès	PTIA	IPT			Privilège ou Privilège Plus	Invalidité profession médicale
Décès	PTIA	IPT	ITT		Privilège ou Privilège Plus	Invalidité profession médicale
Décès	PTIA	IPT	ITT	IPP	Privilège ou Privilège Plus	Invalidité profession médicale

Dans tous les cas, seules seront accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur son attestation d'assurance de prêt.

Pour être assuré en IPT, IPP ou ITT, l'assuré doit résider en France, en Union Européenne, en Suisse ou au Royaume-Uni.

4•1 GARANTIE DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de Décès ou de PTIA de l'Assuré, l'Organisme Assureur intervient pour le remboursement du montant du capital restant dû au jour du Décès ou à la date de reconnaissance de la PTIA à l'occasion d'une expertise médicale, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre et à la dernière attestation d'assurance de prêt.

L'état de PTIA sera déterminé par les médecins de l'Organisme Assureur, par expertise médicale réalisée :

- en France, pour les personnes résidant en France,
- en France continentale pour les personnes résidant hors de France.

Dans tous les cas, les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à l'Organisme Assureur.

La quotité ne peut pas dépasser 100 % par Assuré. Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le capital restant dû à l'Organisme prêteur au moment du sinistre.

Les versements périodiques restés impayés au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA, ne seront en aucun cas pris en charge par l'Organisme Assureur. Il en est de même pour les intérêts de retard.

En cas de Décès ou de PTIA avant le déblocage total des fonds et s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle celui-ci est consenti demeure, il est versé à l'Organisme prêteur, et selon la quotité assurée, la part des fonds éventuellement débloqués au jour du sinistre (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du sinistre), le surplus éventuel étant versé **aux héritiers de l'Assuré selon l'ordre de la dévolution successorale**, sous réserve de la continuité de l'objet du prêt par ces derniers.

Le paiement par l'Organisme Assureur des sommes dues au titre de cette garantie met fin à l'adhésion.

4•2 GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

A la date de reconnaissance par l'Organisme Assureur de l'IPT de l'Assuré, le capital restant dû assuré sera versé conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre et à la dernière attestation d'assurance de prêt.

L'IPT doit être constatée médicalement :

- en France, pour les personnes résidant en France,
- en France continentale pour les personnes résidant hors de France.

Dans tous les cas, les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le capital restant dû assuré au moment du sinistre.

Le degré de cette invalidité appelé "n" est déterminé par voie d'expertise médicale :

- Pour les personnes exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre, le degré "n" est déterminé en fonction du taux d'invalidité professionnelle et du taux d'invalidité fonctionnelle et par l'application du tableau croisé ci-après.

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

L'invalidité fonctionnelle sera appréciée et chiffrée par référence à une grille d'incapacité fonctionnelle, basée sur le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur au jour de la consolidation de l'état d'invalidité). L'invalidité professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

- Pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, le degré "n" est déterminé en référence à une grille d'incapacité fonctionnelle basée sur le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur au jour de la consolidation de l'état d'invalidité).

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à l'Organisme Assureur.

Les versements restés impayés au jour de la reconnaissance de l'IPT ne seront en aucun cas pris en charge par l'Organisme Assureur, de même pour les intérêts de retard. Le paiement du capital en cas d'IPT met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que ce capital versé ne soit pas inférieur au capital restant dû assuré du prêt, compte tenu de la quotité assurée en Décès et PTIA.

4•3 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

En cas d'ITT de l'Assuré, l'Organisme Assureur prend en charge le paiement des échéances assurées du prêt conformément au tableau d'amortissement au jour du sinistre et à l'attestation d'assurance de prêt. L'indemnité journalière est versée tant que l'ITT persiste et au plus tard jusqu'à la date de reconnaissance de l'IPP ou de l'IPT telle que définie au présent contrat.

Pour les prêts in fine et à terme, le capital emprunté compris dans la dernière échéance n'est pas pris en charge.

Le montant des prestations est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail.

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées pour une même période d'incapacité ne pourra excéder le montant de l'échéance de remboursement ou le montant des intérêts courus pendant le différé d'amortissement en cas de prêt remboursable au terme.

Les augmentations d'échéance intervenant après la date du sinistre ou dans les 6 mois précédant le sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées.

Si l'Assuré a la qualité d'assuré social, il doit bénéficier d'une intervention de son régime de base.

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à l'Organisme Assureur.

Dans tous les cas, l'Assuré doit suivre le traitement qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

L'ITT doit être constatée médicalement :

- en France, pour les personnes résidant en France,
- en France continentale pour les personnes résidant hors de France.

Dans tous les cas, les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

4•3•1 Franchise

L'Organisme Assureur intervient après application de la franchise contractuelle mentionnée sur l'attestation d'assurance de prêt.

Pour les cures de toute nature prises en charge par le régime de base, ainsi que les séjours en établissements de repos, une franchise minimum de 90 jours est appliquée.

Le calcul de la franchise débute le 1^{er} jour de l'arrêt de travail constaté médicalement sous réserve du déblocage des fonds par l'Organisme prêteur.

Si un congé maternité débute pendant le délai de franchise, le décompte de la franchise sera suspendu pendant le congé légal de maternité et repris dès le premier jour suivant la fin de ce congé.

L'incapacité sera indemnisée à la fin du délai de franchise ainsi calculé.

4•3•2 Rechute

Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un nouvel arrêt, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve :

- que l'adhésion soit toujours en vigueur ;
- et que la période de reprise de travail ne soit pas supérieure à 2 mois.

Dans les cas contraires, l'indemnisation débutera à la fin d'un nouveau délai de franchise sous réserve que l'adhésion soit toujours en vigueur.

4•3•3 Temps partiel thérapeutique

En cas de reprise à temps partiel thérapeutique après une prise en charge au titre de l'ITT d'au moins 2 mois, l'Organisme Assureur prendra en charge à hauteur de 50 %, le paiement des échéances assurées figurant sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre et conformément à la dernière attestation d'assurance de prêt. La durée d'indemnisation ne pourra pas excéder 6 mois à compter de la reprise partielle du travail pour raison de santé.

4•4 GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Si le taux d'invalidité "n" déterminé selon les mêmes dispositions que pour l'IPT (cf. 4•2) de l'Assuré est compris entre 33 % et 66 %, l'Organisme Assureur prend en charge (si la garantie est souscrite) 50 % des échéances de la garantie ITT. Ces dispositions s'appliquent également pour les personnes sans activité professionnelle au moment du sinistre.

Si le taux d'invalidité "n" devient supérieur à 66 % l'Assuré est pris en charge au titre de l'IPT (cf. 4•2).

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le montant de l'échéance de remboursement au moment du sinistre.

Les décisions prises par le régime de base ou par une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à l'Organisme Assureur.

L'IPP doit être constatée médicalement :

- en France, pour les personnes résidant en France,
- en France continentale pour les personnes résidant hors de France.

Dans tous les cas, les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

4•5 CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Le versement des prestations cesse :

- lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite et au plus tard au jour du 71^e anniversaire de l'Assuré ;
- en cas de versement du capital au titre des garanties Décès, PTIA, IPT, Dépendance Totale (option Privilège ou Privilège Plus) ou de versement de la prestation au titre de l'Option invalidité profession médicale ;
- à la reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle (sauf temps partiel thérapeutique) par l'Assuré, salariée ou non ;
- en cas de reprise totale ou partielle des occupations de la vie courante, pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle ;
- lorsque la date de fin de crédit, telle que prévue au tableau d'amortissement au jour du sinistre, est atteinte ;
- lorsque le crédit est intégralement remboursé, à l'échéance finale ou par anticipation.

Le versement des prestations est systématiquement suspendu pendant le congé légal de maternité (ainsi que les congés assimilés) et repris à son issue, le cas échéant.

4•6 OPTION INVALIDITÉ PROFESSION MÉDICALE

Les Assurés résidant et exerçant en France continentale les professions de médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens ou de vétérinaires ont la possibilité de souscrire l'option invalidité profession médicale.

En cas d'invalidité professionnelle permanente à 100%, l'Assuré qui exerce l'une de ces professions, bénéficie du remboursement du capital restant dû assuré au titre de la garantie Décès/PTIA à la date de la reconnaissance de l'invalidité par l'Organisme Assureur, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre et à la dernière attestation d'assurance de prêt.

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le capital restant dû à l'Organisme prêteur au moment du sinistre.

Cette invalidité est appréciée selon le barème ci-après et doit être constatée médicalement en France continentale, les frais de rapatriement étant à la charge de l'assuré.

L'Assuré doit exercer de manière effective à la date du sinistre la profession médicale indiquée sur la dernière attestation d'assurance de prêt.

Les décisions prises par le régime de base ou par une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à l'Organisme Assureur.

BARÈME SPÉCIAL D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE À 100 % PROFESSION MÉDICALE

- Aliénation totale incurable
- Cécité complète
- Surdité totale des deux oreilles
- Hémiplégie organique complète
- Désarticulation ou ankylose de l'épaule
- Paralysie complète du plexus brachial, du médian du bras, du radial au-dessus du triceps
- Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet
- Pseudarthrose l che du bras, du coude ou de l'avant-bras dominant
- Amputation de la main
- Amputation du pouce ou de la phalange terminale
- Amputation de l'index
- Amputation du m dus
- Amputation de l'auriculaire
- Amputation des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)
- Amputation de la cuisse au tiers moyen
- Pseudarthrose l che de la cuisse ou des deux os de la jambe

4.7 OPTIONS PRIVILÈGE ET PRIVILÈGE PLUS

Les options Privilège et Privilège Plus ont pour objet de faire bénéficier l'Assuré résident en France, en Union Européenne, en Suisse ou au Royaume-Uni :

- d'allègements des limitations en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP, telles que définies ci-après ;
- d'une garantie dépendance totale.

Les options Privilège et Privilège Plus ne sont pas cumulables.

4.7.1 All gements des limitations

Option Privilège :

En cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP, l'option Privilège permet une prise en charge après application de la franchise :

- des maladies psychiatriques, psychiques, des fibromyalgies et des conséquences de ces affections **lorsqu'elles donnent lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs** ;
- des affections disco-vertébrales et para-vertébrales **sans condition d'hospitalisation**.

Option Privilège Plus :

En cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP, l'option Privilège Plus permet une prise en charge après application de la franchise :

- des maladies psychiatriques, psychiques, des fibromyalgies et des conséquences de ces affections **sans condition d'hospitalisation** ;
- des affections disco-vertébrales et para-vertébrales **sans condition d'hospitalisation**.

4.7.2 Couverture en cas de dépendance totale à partir de 50 ans (incluse dans les options Privilège et Privilège Plus)

En cas de survenance d'un état de dépendance totale (tel que défini au Lexique) entre 50 ans et 90 ans, l'Organisme Assureur intervient pour le remboursement du capital restant dû assuré au titre de la garantie Décès /PTIA à la date de reconnaissance de l'état de dépendance totale, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre et à la dernière attestation d'assurance de prêt, **dans la limite d'un million d'euros**.

La dépendance totale doit être constatée en France continentale, les frais de rapatriement étant à la charge de l'assuré.

Lorsque l'incapacité d'effectuer les actes de la vie quotidienne est d'origine neurologique ou neuropsychiatrique, celle-ci doit être constatée médicale­ment par un psychiatre ou par un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test "Mini Mental State Examination" de Folstein.

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le capital restant dû à l'Organisme prêteur au moment du sinistre.

Les décisions prises par le régime de base ou par une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à l'Organisme Assureur.

Délai d'attente :

Aucun délai d'attente ne s'applique pour un état de dépendance consécutif à un accident dont la survenance est postérieure à la date d'effet de l'adhésion. Un délai d'attente de 3 ans à compter de la date d'effet de l'adhésion s'applique pour un état de dépendance consécutif à une démence sénile invalidante ou à la maladie d'Alzheimer.

Un délai d'attente de 1 an à compter de la date d'effet de l'adhésion s'applique pour les  tats de dépendance autres que ceux précédemment évoqués.

Un  tat de dépendance constaté médicale­ment pendant le délai d'attente n'ouvre pas droit au bénéfice de la garantie dépendance totale du présent contrat.

5. CESSATIONS DES GARANTIES

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration faite de mauvaise foi, l'Assuré, une fois admis, ne peut pas être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie des personnes assurables et à condition que sa cotisation ait été payée.

5.1 A l'égard de chaque Assuré et du bénéficiaire, les garanties cessent :

- au plus tard au jour du 90  anniversaire de l'Assuré pour le risque Décès (sauf pour les prêts in fine et à terme dont ces garanties cessent au 75  anniversaire) et le risque Dépendance Totale des options Privilège et Privilège Plus ;
- lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite ou en cas de mise en retraite pour inaptitude au travail et au plus tard au jour de son 71  anniversaire pour :
 - la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - l'Incapacité Temporaire Totale de Travail,
 - l'Invalidité Permanente Totale,
 - l'Invalidité Permanente Partielle,
 - l'Invalidité profession médicale (option),
 - les conditions d'all gement des limitations des options Privilège et Privilège Plus.

5•2 Par ailleurs, les garanties cessent également :

- le jour du paiement du capital assuré en cas de Décès, de PTIA, d'IPT, d'Invalidité profession médicale ou de survenance d'un état de Dépendance Totale pour les Assurés de plus de 50 ans ayant souscrit l'option Privilège ou Privilège Plus.
Si le capital versé au titre de l'IPT est inférieur au capital assuré pour les garanties Décès et PTIA, ces garanties sont maintenues à hauteur du capital restant dû résiduel assuré, sous réserve du paiement des primes correspondantes ;
- le jour où le crédit a été intégralement remboursé, à l'échéance finale ou par anticipation ;
- Pour les prêts mentionnés au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation* : en cas de résiliation par l'adhérent à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt, en utilisant tout support énuméré à l'article L. 113-14 du Code des assurances et listés ci-après. L'adhérent notifie à l'Organisme Assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique la décision de l'Organisme prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution. En cas d'acceptation par l'organisme prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par Alptis Assurances de la décision du prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus par l'Organisme prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié. La dénonciation du contrat entraîne la cessation des garanties à la date de prise d'effet de la résiliation, les cotisations restent dues jusqu'à cette date ;
- Pour tous les prêts : en cas de résiliation par l'adhérent au 31 décembre, dans le respect d'un préavis de 2 mois (soit au plus tard le 31 octobre). La dénonciation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré, les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice. L'Organisme Assureur en informe par lettre l'Organisme prêteur.
La demande de résiliation peut être adressée en utilisant tout support prévu par l'article L. 113-14 du Code des assurances au choix de l'adhérent :
 - soit par lettre ou tout autre support durable,
 - soit par déclaration faite au siège d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03,
 - soit par acte extrajudiciaire,
 - soit, lorsque Alptis Assurances propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'Organisme prêteur du prêt garanti qui est bénéficiaire des indemnités d'assurance ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations, en application des dispositions de l'article L. 141-3 du Code des assurances et conformément à l'article 12 ;
- en cas de résiliation du contrat de prêt pour quelque motif que ce soit ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois ;

6•ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

7•LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

7•1 LIMITATIONS

Lors d'un changement de résidence pour un pays autre que la France, la Suisse, le Royaume-Uni ou un pays membre de l'Union Européenne, seules les garanties Décès/PTIA sont maintenues.

Toutefois sur demande auprès d'Alptis Assurances, les autres garanties peuvent être maintenues si l'Organisme Assureur a préalablement donné son accord matérialisé par l'envoi d'une nouvelle attestation d'assurance de prêt.

7•2 EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie prévue en cas de Décès :

- le suicide intervenu au cours de la première année du contrat. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, ce dernier n'est couvert pour les garanties supplémentaires, qu'à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation. Si le prêt garanti a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la prise d'effet de l'adhésion au Contrat, dans la limite du plafond fixé par la réglementation (120 000 € à ce jour) ;
- les sinistres résultant d'un accident de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée ;
- les sinistres résultant directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atomes ;
- les conséquences de la participation à des records, tentatives de records, de paris, ou d'essai sur prototype ;
- les conséquences d'accidents ou de maladies occasionnées par une guerre civile ou étrangère, des émeutes, insurrections, mouvements populaires, rixes, actes terroristes ou de sabotage, dans lesquels l'Assuré a pris une part active.

Toutefois, les cas de légitime défense, d'accomplissement du devoir professionnel et d'assistance à personne en danger sont garantis.

Sont exclus des garanties prévues en cas de PTIA, d'ITT, d'IPT, d'IPP et d'Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % (option Invalidité profession médicale) :

- les exclusions stipulées en cas de Décès ;
- les conséquences d'une tentative de suicide ou d'un fait intentionnel de l'Assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait même indirectement ;
- les conséquences de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ou à doses non prescrites ;
- les affections dues à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte a entraîné une intervention chirurgicale ou une hospitalisation continue de plus de 15 jours consécutifs (les séjours en soins de suite, en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ne sont pas considérés comme des hospitalisations au sens du présent article). Les Assurés ayant souscrit l'Option Privilège ou Privilège Plus sont garantis pour ces affections ainsi que pour leurs suites et conséquences sans condition d'hospitalisation ;
- les affections psychiatriques, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique et d'un burn-out, de troubles du sommeil (hypersomnie ou insomnie), d'épuisement, les TOC (troubles obsessionnels compulsifs), l'anorexie, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sauf si ces cas donnent lieu à une hospitalisation de plus de 30 jours consécutifs. Pour les Assurés ayant souscrit l'option Privilège, ces affections sont garanties lorsqu'elles donnent lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs, et sans condition d'hospitalisation pour les Assurés ayant souscrit l'option Privilège Plus.

*Prêts destinés à financer les immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation ainsi que les prêts destinés à financer l'achat de terrain destiné à la construction des immeubles susvisés.

Sont exclus de la garantie Dépendance Totale des options Privilège et Privilège Plus :

- les conséquences du fait volontaire ou intentionnel de l'Assuré, la tentative de suicide, la mutilation, l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement, l'alcoolisme aigu ou chronique ;
- les conséquences de la guerre civile ou étrangère, les émeutes, les rixes, les actes de terrorisme dans lesquels l'Assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- les sinistres résultant directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atomes.

En tout état de cause, quel que soit la garantie, il appartient à l'Organisme Assureur de prouver que le sinistre résulte de l'un de ces événements.

7•3 SPORTS

Pour l'ensemble des garanties, les sports suivants pratiqués régulièrement et/ou en club et/ou en fédération, ne peuvent être garantis que s'ils ont été déclarés à l'Organisme Assureur et acceptés par ce dernier :

- sports pratiqués à titre professionnel ou sous contrat rémunéré ;
- sports non représentés par une Fédération Française ;
- sports nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre ou d'une embarcation à moteur ou d'un quelconque engin aérien (à moteur, à aile ou voile) ;
- sports relevant de la Fédération Française de Saut à l'Elastique.

Pour ces sports, les baptêmes et initiations sont couverts sans déclaration.

8•CONVENTION AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

OBJET DE LA CONVENTION

Les Assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du présent contrat, peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'Organisme Assureur.

La convention prévoit un droit à l'oubli dont les conditions d'application sont rappelées au moment de la sélection médicale.

PROCESSUS D'EXAMEN DES DEMANDES D'ADHÉSION

Le traitement des demandes d'adhésion aux contrats d'assurance de prêt pour les Assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) s'articule de la manière suivante, autour d'un dispositif à trois niveaux :

- **Niveau 1** : la demande d'adhésion est analysée dans le cadre de la tarification du contrat. Si l'Assuré ne peut être garanti dans ce cadre, la demande d'adhésion est systématiquement examinée individuellement, conformément au niveau 2 de la convention AERAS.
- **Niveau 2** : une proposition tarifaire personnalisée est adressée au demandeur sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ce dossier (questionnaire médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas de refus au niveau 2 d'un dossier éligible au niveau 3, celui-ci est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés (niveau 3).
- **Niveau 3** : le dossier de demande d'assurance de prêt est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés, et dans le respect des dispositions de confidentialités prévues sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :
 - pour les prêts professionnels (uniquement pour l'acquisition de locaux et de matériels) et immobiliers (autres que la résidence principale) : encours cumulés de prêt d'au plus 420 000 € et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt ;
 - pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêt d'au plus 420 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique est étudiée et proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie IPT a été refusée pour des raisons médicales, ou assortie d'une exclusion de la pathologie déclarée.

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

La garantie Invalidité spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard avant ses 71 ans. Cette garantie correspond à une incapacité fonctionnelle permanente couplée à une incapacité professionnelle.

L'incapacité professionnelle correspond à :

- un classement en 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés ;
- une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ;
- une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel la prestation intervient est fixé à 70 % et apprécié par le Médecin Conseil de l'Organisme Assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

En cas d'Invalidité telle que définie ci-dessus, l'Organisme Assureur verse à l'Organisme prêteur le montant du capital restant dû, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre et à la dernière attestation d'assurance de prêt.

Les exclusions applicables à cette garantie sont identiques aux exclusions prévues pour la garantie Invalidité Permanente Totale (se reporter à l'article 7).

Retrouvez toutes les informations sur la convention AERAS sur le site www.aeras-info.fr.

9•BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Le capital assuré est versé à l'Organisme prêteur conformément au tableau d'amortissement au jour du sinistre et à l'attestation d'assurance de prêt. Le surplus éventuel étant versé **aux héritiers de l'Assuré selon l'ordre de la dévolution successorale**, sous réserve de la continuité de l'objet du prêt par ces derniers le cas échéant.

10•RÈGLEMENTS DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées en fonction du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, de la dernière attestation d'assurance de prêt et dans la limite des capitaux restant dû à l'Organisme prêteur.

Afin de constituer le dossier de règlement, Alptis Assurances, pour le compte de l'Organisme Assureur, se réserve le droit de demander tous les justificatifs qu'il jugera nécessaire. Il pourra notamment demander des informations d'ordre médical qui pourront être transmises directement sous pli confidentiel au Médecin conseil - 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Délai de déclaration

En cas de décès, les ayants droit doivent en informer Alptis Assurances dans les plus brefs délais.

En cas d'arrêt de travail, celui-ci doit être déclaré à Alptis Assurances par l'Assuré dès sa survenance et au plus tard **dans un délai de 30 jours suivant la fin de la période de franchise**, accompagné des pièces justificatives qui lui seront demandées. Dans le cas contraire, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de complétude du dossier.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces justificatives demandées doivent être adressées à Alptis Assurances, sous 15 jours maximum à compter de la prolongation.

Toute prolongation parvenant à Alptis Assurances après ce délai sera considérée :

- entre le 16^e et le 60^e jour comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif ;
- après le 61^e jour comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu à application du délai de franchise à compter de la date de réception du justificatif.

10•1 CONTRÔLE MÉDICAL

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'Assuré doit se prêter à toute expertise ou à tout examen que l'Organisme Assureur estime nécessaire et fournir toutes pièces justificatives. A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'Organisme Assureur doivent toujours avoir libre accès auprès de l'Assuré, dans le respect de la législation protégeant les données médicales, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance, l'Assuré en ITT, IPT, IPP ou en Invalidité Permanente Professionnelle 100 % (option Invalidité profession médicale) devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour les contrôles.

L'Organisme Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale, d'un Organisme assimilé ou de tout autre Organisme social.

Le versement des prestations sera suspendu si l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle médical.

10•2 TIERCE EXPERTISE AMIABLE

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin désigné par l'Organisme 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 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 s'il réside en France, dans le cas contraire, 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.

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, sont 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.

11•MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées à l'adhésion et sont garanties sur toute la durée du contrat. Elles pourront évoluer en cas de modification des garanties ou d'évolution législative ou réglementaire en matière sociale ou fiscale.

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

Exonération des cotisations

L'Assuré, qui bénéficie de la prise en charge au titre de l'ITT par l'Organisme Assureur, est exonéré du paiement des cotisations relatives aux garanties souscrites d'ITT, IPT, IPP et celles relatives aux allègements des limitations prévus par les options Privilège et Privilège Plus, dès la fin de la période de franchise et au plus tôt au 91^e jour d'arrêt de travail.

Pour l'Assuré qui bénéficie de la prise en charge au titre de l'IPP par l'Organisme Assureur, l'exonération visée ci-dessus s'effectue à hauteur de 50 % du montant de ces cotisations.

12•OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

L'Assuré est tenu au paiement de ses cotisations.

A défaut de paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, conformément aux dispositions prévues par l'article L. 141-3 du Code des assurances, Alptis Assurances adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure.

Une lettre d'information est également adressée à l'Organisme prêteur indiqué sur l'attestation d'assurance de prêt. Alptis Assurances, pour le compte de l'Organisme Assureur, résiliera l'adhésion de plein droit 40 jours à compter de l'envoi de ladite lettre de mise en demeure.

Néanmoins, la totalité des cotisations de l'année en cours est exigée, majorée des frais de poursuite et de recouvrement.

12•1 MODIFICATIONS DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ

Sous réserve des dispositions des articles 7•1 et 7•3, les changements de situation des Assurés intervenant en cours de contrat ne remettent pas en cause les garanties et cotisations qui sont maintenues aux mêmes conditions.

12•2 MODIFICATIONS RELATIVES AUX PRÊTS GARANTIS

L'Adhérent s'engage à aviser Alptis Assurances par écrit de toute modification relative au prêt, même prévue dans le contrat de prêt d'origine. Si elle n'est pas prévue dans le contrat de prêt d'origine, la modification sera soumise à l'acceptation de l'Organisme Assureur si elle remet en cause la nature de l'adhésion.

L'Assuré devra communiquer à Alptis Assurances le tableau d'amortissement correspondant à la modification.

Cette modification sera prise en compte à la date d'information d'Alptis Assurances et validée par l'émission d'une nouvelle attestation d'assurance de prêt.

En cas de remboursement anticipé partiel, l'Adhérent s'engage à en aviser Alptis Assurances par écrit dans les 3 mois. Au-delà, la modification demandée pourra être prise en compte à la date de la déclaration.

En cas de rachat d'un ou plusieurs prêts assurés par un contrat Alptis, la garantie éventuelle du nouveau prêt se substituant au(x) prêt(s) racheté(s) (sous réserve d'éventuelles formalités médicales) ne prendra effet qu'au jour de la mise à disposition des fonds auprès de l'Organisme prêteur auprès duquel le(s) prêt(s) est (sont) racheté(s). L'adhérent devra présenter à Alptis Assurances l'accord de l'Organisme prêteur concernant la résiliation de l'assurance se référant au(x) prêt(s) racheté(s).

Modification de la quotité

Toute augmentation de la quotité assurée donne lieu à l'application de formalités médicales et est soumise à l'accord de l'Organisme Assureur.

Le supplément de garanties ne sera acquis qu'à l'issue d'un délai d'attente de 6 mois décompté à partir de la date d'effet de l'augmentation de la quotité.

Tout arrêt de travail, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant cette période ne donnera pas lieu à indemnisation sur le supplément de garantie. Toute rechute consécutive à cet arrêt de travail sera également exclue du supplément de garanties. Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables lorsque l'arrêt de travail résulte d'un accident postérieur à la date d'effet d'ajout de ce supplément de garantie.

12•3 MODIFICATIONS RELATIVES AUX GARANTIES

Aucune réduction de garantie demandée par l'Adhérent ne pourra être effectuée sans l'accord écrit de l'Organisme prêteur ayant consenti le prêt.

L'adhésion aux garanties ITT, IPT et IPP postérieurement aux garanties Décès et PTIA s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle adhésion aux garanties.

Les garanties ne seront acquises qu'à l'issue d'un délai d'attente de 6 mois décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion à ces garanties. **Tout arrêt de travail, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant cette période ne donnera pas lieu à indemnisation. Toute rechute consécutive à cet arrêt de travail sera également exclue des garanties.** Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables lorsque l'arrêt de travail résulte d'un accident postérieur à la date de souscription de ces nouvelles garanties.

13•DISPOSITIONS DIVERSES

13•1 FAUSSE DÉCLARATION

L'Assuré est garanti sur la base des déclarations faites lors de l'adhésion ou lors de toute modification ultérieure ayant générée une nouvelle attestation d'assurance de prêt.

L'Assuré est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, suivant le cas, des articles L. 113-8 (nullité de l'adhésion) ou L. 113-9 (réduction des indemnités) ou L. 132-26 (nullité en cas d'erreur sur l'âge) du Code des assurances.

13•2 PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Organisme 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'Organisme 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressé 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.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Organisme 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. 114-3 du Code des assurances : par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article L. 192-1 du Code des assurances : le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1^{er}, 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.

13•3 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances et Quatrem sont nécessaires à la conclusion, la gestion et l'exécution des garanties collectives Emprunteur. Afin de garantir le respect de la Réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, Alptis Assurances et Quatrem se sont attribués respectivement les rôles et les obligations résultant du traitement des données personnelles des personnes concernées. Les caractéristiques du traitement des données personnelles qu'ils réalisent sont décrites dans le présent article, indiquant notamment le point de contact pour permettre aux personnes concernées d'exercer les droits qui leur sont reconnus par la Réglementation susvisée à l'égard de leurs données.

Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre par Alptis Assurances des garanties souscrites. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances (y compris le Médecin-Conseil), l'association souscriptrice, l'organisme assureur et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, votre intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion.

Alptis Assurances, l'association souscriptrice et l'organisme assureur prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer pour un motif légitime, dans les limites fixées par la loi. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnll@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de traiter les demandes en se rapprochant, le cas échéant, des destinataires concernés. En cas de désaccord persistant concernant le traitement de ses données, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la Charte de protection des données à caractère personnel d'Alptis Assurances sur <http://www.alptis.org>, ainsi que la politique de protection des données personnelles de Quatrem accessible sur son site internet.

13•4 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivante : <https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/> ;
- courrier adressé au Service Client d'Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'adhérent au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 (deux) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées. En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'adhérent pourra saisir le Médiateur dans le délai d'un an à compter de sa réclamation. Les coordonnées du Médiateur lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances. Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur peut intervenir pour les litiges opposant un particulier à l'Organisme Assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois. Cet avis ne lie pas les parties. Il est rappelé que l'adhérent a la possibilité de soumettre tout litige auprès du Tribunal compétent.

Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

13•5 ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Quatrem et d'Alptis Assurances.

13•6 FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L. 423-1 du Code des assurances).

Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Quatrem

SA au capital de 510 426 261 € - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris- Société du groupe Malakoff Humanis