

## NOTICE D'INFORMATION ALLIANZ (valant dispositions générales)

Notice relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative établi sous le n°5369, régi par le Code des assurances, souscrit auprès d'Allianz Vie (branche 20 « vie-décès », branche 1 « accident » et branche 2 « maladie ») – dénommée « l'assureur », par l'ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'EPARGNE (ANCRE) association à but non lucratif régie par la loi du 1er Juillet 1901, 27 boulevard des Italiens, 75002 PARIS, dénommée « l'association contractante », au profit de ses adhérents. L'ANCRE est contrôlée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09. Ses statuts sont disponibles sur simple demande auprès de l'ANCRE ou sur le site [www.ancre-vie.com](http://www.ancre-vie.com). L'ANCRE défend les intérêts de ses membres et a pour objet :

- de susciter et de développer, parmi ses adhérents, le sens de l'épargne et de la prévoyance, et plus généralement de toutes les formes de garanties des risques de la vie,
- d'étudier les diverses possibilités de constitution volontaire de régimes de complément de retraite, d'épargne ou de prévoyance,
- de permettre la mise en œuvre de ces régimes notamment en souscrivant à l'intention de ses adhérents les contrats de capitalisation ou les contrats d'assurance de groupe correspondants,
- d'informer ses adhérents de l'évolution de ces divers régimes,
- de représenter ses adhérents dans le cadre des contrats d'assurance de groupe qu'elle a souscrits et de défendre leurs intérêts auprès de tout organisme intervenant et des pouvoirs publics,
- de mettre à la disposition de ses adhérents des services en rapport avec l'objet social,
- de participer à toute action, association, fondation ayant un objet en rapport avec celui de l'association,
- de proposer des offres privilégiées que l'association a pu obtenir auprès de partenaires,
- d'exercer toute action de solidarité envers des personnes physiques en situation d'invalidité, de maladie ou de grande détresse.

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° 5369 est régi par le droit français. Les documents précontractuels et contractuels sont établis en langue française. L'ensemble des documents qui seront échangés en cours d'exécution de l'adhésion seront exprimés en langue française. Si les documents d'origine sont rédigés dans une langue étrangère, ils devront être traduits par un traducteur assermenté pour être communiqués à l'assureur. Le contrat est réservé aux seuls membres de l'association ANCRE à jour de leur cotisation annuelle à l'association. Le montant annuel de cette cotisation par adhérent est de 6 € au 1er janvier 2022 et est susceptible d'évoluer.

Le contrat collectif d'assurance prend effet le 1er janvier 2016 et dure jusqu'au 31 décembre 2016. Il se renouvelle ensuite annuellement, chaque 1er janvier, par tacite reconduction. Le contrat peut chaque année être résilié au 31 décembre par l'assureur ou l'association contractante moyennant un préavis de 6 mois.

• En cas de modification du contrat collectif portant sur les droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit en application de l'article L141-4 du Code des assurances, par l'Association Contractante dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Suite à ces modifications, les adhérents qui le souhaitent peuvent résilier leur adhésion.

• En cas de résiliation du contrat collectif par la contractante ou l'assureur, les adhérents en seront informés moyennant un préavis de 3 mois et continueront à bénéficier des garanties et options souscrites jusqu'à la date de cessation de leur adhésion. La gestion des adhésions en cours se poursuivra chez l'assureur.

• Conformément à l'article L. 141-6 du code des assurances, en cas de dissolution ou de liquidation de l'association ANCRE, le contrat se poursuit de plein droit entre l'assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat d'assurance de groupe.

Les caractéristiques et le fonctionnement du contrat n°5369 sont définis dans la présente Notice d'information.

### Article 1 : Objet du Contrat

Le présent contrat, souscrit par la Contractante, a pour objet de garantir :

- ♦ Option 1 (DC-PTIA-ITT-IPT) - le remboursement d'un prêt en cas de décès (DC) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ainsi que le versement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) ou d'Invalidité Permanente Totale (IPT), par suite de maladie ou d'accident (1).
  - ♦ Option 2 (DC-PTIA-ITT-IPT-IPP) - le remboursement d'un prêt en cas de décès (DC) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ainsi que le versement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) ou d'Invalidité Permanente Totale (IPT), ou d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) par suite de maladie ou d'accident (1).
  - ♦ Option 3 (DC-PTIA) - le remboursement d'un prêt en cas de décès (DC) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).
- (1) Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré, atteignant ce dernier dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

### Article 2 : L'assuré

Est admissible à l'assurance, toute personne physique, adhérente à l'ANCRE, ayant obtenu ou cautionné un prêt en tant qu'emprunteur, co-emprunteur, ou caution pour le compte d'une personne morale.

La personne à assurer doit être âgée de moins de 75 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

Lorsque la personne à assurer est âgée de 59 ans ou plus, l'adhésion n'est possible que pour l'option 3.

Dans tous les cas, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

**Si vous êtes reconnu en invalidité 1ère catégorie (selon la définition de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé)**

à la date d'effet de l'adhésion, l'adhésion n'est possible que pour les options 1 ou 3.

**Si vous êtes reconnu en invalidité 2e ou 3e catégorie (selon la définition de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé) à la date d'effet de l'adhésion, l'adhésion n'est possible que pour l'option 3.**

Une réduction tarifaire est effectuée pour les prêts assurés dans le présent contrat sur plus d'une tête. Si la réduction a été accordée à tort, les cotisations peuvent faire l'objet d'un ajustement tarifaire.

### Article 3 : Caractéristiques des prêts assurables

Sont assurables les prêts libellés en euros, amortissables ou non amortissables, destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel, d'un montant minimum de 17 000 euros. Cependant, un prêt d'un montant inférieur est assurable sous réserve qu'il soit adossé à un prêt d'au moins 17 000 euros lors de la même opération d'assurance.

Les prêts doivent être rédigés en français et souscrits auprès d'un établissement de crédit dûment habilité à exercer son activité en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco.

La durée des prêts, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 30 ans.

Ne sont pas couverts par ce contrat les prêts en devises, le crédit-bail mobilier ou immobilier, la Location avec Option d'Achat (LOA), la Location Longue Durée (LLD), les découverts, les crédits permanents ou revolving, les prêts de gré à gré entre particuliers, les prêts effectués auprès de votre employeur, les prêts accordés par un organisme autre qu'un organisme prêteur (par exemple, une association), ainsi que les prêts déjà assurés par Allianz

### Article 4 : Limitation des garanties

**Pluralité d'Assurés pour un même prêt : si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution), l'Assureur limite ses prestations aux sommes qui**

seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100 %.

#### Article 5 : Adhésion à l'assurance

La personne qui demande à adhérer à l'Assurance doit :

- remplir et signer la demande d'admission,
- se soumettre aux formalités médicales qui peuvent être demandées par l'Assureur,
- remplir et signer le questionnaire financier et activités « emprunteur » si le montant assuré pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est supérieur ou égal à 2 100 000 euros,
- transmettre un mandat de prélèvement, et les coordonnées bancaires (RIB ou RICE).

Les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles qui peuvent être demandées par l'Assureur sont pris en charge par l'Assureur.

Ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations complémentaires de l'Assureur sont à la charge de la personne à assurer.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner sa décision à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Il peut accepter l'adhésion d'une personne à des conditions spéciales de garantie ou de tarif ou la refuser.

Une fois admis à l'Assurance, l'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification relative à l'amortissement du prêt, dans un délai de trois mois. Au-delà, toute modification non signalée ne sera pas opposable et aucun remboursement des cotisations ne sera dû.

#### Convention AERAS

L'Assureur et le Prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la Convention AERAS.

Si la garantie incapacité totale de travail ne peut être accordée à la personne assurée ou si elle est acceptée avec exclusion, l'assureur lui proposera chaque fois que cela sera possible la Garantie Invalidité Spécifique (GIS) définie en fonction du taux d'invalidité fixé par la convention AERAS et apprécié par référence au barème d'évaluation des taux des pensions civiles et militaires.

La Garantie Invalidité Spécifique AERAS (GIS) est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'Assureur.

Un dispositif d'écrêtement des primes d'assurance est prévu par la Convention AERAS. Les conditions d'éligibilité à cet écrêtement seront rappelées, le cas échéant, dans les conditions spécifiques de l'adhésion.

#### Droit à l'oubli et grille de référence

Le « droit à l'oubli » permet aux anciens malades du cancer ou d'autres pathologies, sous certaines conditions médicales, de ne plus avoir à le déclarer lors de l'adhésion au contrat. Si le cancer ou une autre de ces pathologies a été déclaré sur le questionnaire d'état de santé, alors que toutes les conditions sont remplies pour bénéficier du « droit à l'oubli », l'assureur ne tiendra pas compte de ces informations médicales.

Les conditions permettant de bénéficier du droit à l'oubli sont susceptibles d'évoluer en fonction des progrès médicaux et définies dans le "Document d'information AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance relatif au remboursement d'un emprunt" remis préalablement à la demande d'adhésion.

Une grille de référence diffusée sur le site officiel de la convention AERAS permet d'assurer aux conditions standard ou de rapprocher du tarif normal les personnes souffrant ou ayant souffert de certaines pathologies cancéreuses et autres pathologies notamment chroniques, sous certaines conditions relatives à la demande d'assurance et définies dans le "Document d'information AERAS". Cette grille sera actualisée au rythme des progrès thérapeutiques et de la disponibilité des données de santé.

Le mécanisme complet du droit à l'oubli ainsi que la grille de référence sont consultables sur le site officiel de la Convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

#### Article 6 : Bénéficiaire de l'assurance

##### 6.1. Bénéficiaire de l'assurance à concurrence des sommes dues au Prêteur

Le bénéfice de l'assurance est attribué au Prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues.

Le Prêteur est réputé être bénéficiaire acceptant. Toute demande de modification de garantie et / ou de bénéficiaire de la part de l'Assuré doit faire l'objet d'un accord préalable dudit bénéficiaire.

##### 6.2. Bénéfice de l'assurance pour le montant excédentaire en cas de décès de l'Assuré avant le déblocage total des fonds ou si le capital restant dû indiqué sur le dernier tableau d'amortissement transmis à l'assureur est supérieur au capital restant dû réel à la date du sinistre.

Dans ce cas, le montant excédentaire sera réglé, sauf désignation particulière, par ordre de préférence selon la clause type ci-après ;

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps ou lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

La désignation particulière peut être effectuée par acte sous seing privé (lettre recommandée adressée à l'assureur) ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut mentionner les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès. À tout moment, l'Assuré peut modifier la désignation contractuelle, ci-dessus, et désigner toute personne physique ou morale de son choix. Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation tacite ou expresse de ce dernier.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause type est applicable.

##### 6.3. Bénéfice de l'assurance pour le montant excédentaire en cas de PTIA

Dans ce cas, le montant excédentaire sera directement versé à l'Assuré.

##### 6.4 Revalorisation des capitaux et dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations

En application de l'article L.132-5 du Code des assurances modifié par la loi Eckert, les capitaux décès dus à des bénéficiaires personnes physiques donnent lieu à une revalorisation annuelle, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente.
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est calculée prorata temporis, à compter du décès, jusqu'au jour du règlement du capital.

Cette disposition est applicable aux décès survenus à compter du 1er janvier 2016.

Le règlement du capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) est réalisé dans les meilleurs délais, en tout état de cause sous un mois maximum à compter de la réception de l'ensemble des pièces.

Conformément à l'article L132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'assureur informe le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

### Article 7 : Prise d'effet des garanties

Une garantie en cas de décès par accident est acquise gratuitement pendant au maximum soixante jours à compter de la signature de la demande d'adhésion. Le risque n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme des accidents au sens de cette garantie.

Cette garantie est limitée à 150 000 euros, et dans la limite du capital assuré affecté de la quotité assurée, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance. Si, après examen des éventuelles pièces médicales fournies, l'Assureur se prononce pour le refus de l'adhésion du postulant, la couverture des risques accidentels cesse de plein droit au jour de la signification du refus au postulant. Cette garantie cesse en cas de refus par le postulant d'accepter les conditions d'adhésion.

En l'absence de choix de date d'effet par la personne à assurer, les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date d'acceptation du risque par l'Assureur indiquée sur l'attestation d'assurance.

La personne à assurer peut cependant choisir comme date de prise d'effet des garanties :

- ♦ soit la date d'acceptation de l'offre ou de la signature du contrat de prêt,
- ♦ soit la date d'accord du prêt,
- ♦ soit la date de premier déblocage des fonds.

Dans ce cas, la date choisie doit être précisée par la personne à assurer sur la demande d'adhésion.

La date d'effet ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'assureur, ni lui être postérieure de plus de 180 jours. Si 180 jours se sont écoulés depuis la date d'acceptation du risque sans que les garanties aient pris effet, les formalités d'adhésion doivent être renouvelées.

L'assurance est accordée, à compter de la date d'effet précisée sur l'attestation d'assurance, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction sous réserve des dispositions prévues ci-après.

Les garanties joueront conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre. En cas de sinistre avant le prélèvement de la première cotisation, les prestations prévues au contrat sont versées sous déduction du montant de la cotisation due.

### Modification des garanties et des quotités en cours de contrat – cas du remboursement anticipé partiel

Les choix de l'option et de la quotité sont définitifs et irrévocables pour la durée du prêt sauf :

- en cas de cessation d'activité professionnelle y compris pour cause de retraite ou de préretraite. L'assuré a alors la faculté de choisir l'option 3 en remplacement de l'option 1 ou de l'option 2,
- ou en cas de changement de situation matrimoniale. Dans ce cas, s'il s'agit d'une augmentation de quotité, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats d'éventuelles nouvelles formalités d'adhésion.

L'Assuré doit prévenir l'Assureur de toute modification des caractéristiques du prêt assuré et notamment celles relatives à l'amortissement du prêt pour qu'il puisse mettre à jour les bases de cotisations et les indemnités garanties en cas de sinistre. En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties joueront conformément au nouvel échéancier.

Dans tous les cas, les nouvelles garanties et/ou quotité prennent effet à la date d'acceptation par l'Assureur.

### Article 8 : Cessation de l'adhésion

**Outre les règles de cessation propres à chaque garantie décrite dans les articles le concernant, l'adhésion et l'ensemble des garanties cessent :**

- **Le jour où cesse l'obligation de remboursement du prêt quelle qu'en soit la cause.**
- **Le jour où cesse l'obligation de caution du prêt quelle qu'en soit la cause.**
- **A la date de remboursement total anticipé ou non du prêt garanti quelle qu'en soit la cause.**

- **A la date de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt.**
- **En cas de résiliation de l'adhésion et substitution d'assurance, sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur.**
- **En cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article 17 « Cotisations »**
- **En cas de résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assuré conformément à l'article 21 « Faculté de renonciation et Résiliation ».**
- **A l'expiration d'un délai d'un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été débloqué par le Prêteur sauf si un déblocage partiel est intervenu.**
- **En cas de mise en jeu des garanties Décès ou PTIA.**
- **Au plus tard le jour du 85<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.**

### Article 9 : Garantie Décès

En cas de décès de l'Assuré avant le jour de son 85<sup>ème</sup> anniversaire, l'Assureur verse, en tenant compte de la quotité assurée, le montant ci-après :

Le capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le décès majoré des intérêts courus jusqu'à la date du décès, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre et éventuellement, le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées

Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès et par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

**Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus à la date du décès ne sont pas pris en compte.**

### Article 10 : Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'Assuré qui, avant son 70<sup>ème</sup> anniversaire, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, ne peut plus définitivement se livrer à une activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (vous déplacer, vous habiller, manger, vous laver).

L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au jour fixé par le médecin expert de l'Assureur, sans que cette date puisse être antérieure de plus de six mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de la garantie.

Sera considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'Assuré ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité sociale en invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie ou si une rente par accident du travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne lui est attribuée. L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la date fixée sur la notification adressée par la Sécurité sociale.

L'Assureur verse le montant du capital prévu en cas de décès calculé à la date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Les cotisations cessent d'être dues à compter du jour où le capital est réglé et l'Assuré cesse de bénéficier des garanties de l'assurance.

L'adhésion prend fin au versement par anticipation du capital décès.

### Article 11 : Garanties Arrêt de Travail

#### 11.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 « limitation des garanties », lorsque, par suite de maladie ou d'accident, un Assuré est dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur d'exercer son activité professionnelle ou de rechercher un emploi, si l'assuré est au chômage à la date de survenance du sinistre ou de se livrer à ses occupations habituelles s'il est sans profession (selon les modalités précisées à l'article 16), l'Assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application de la franchise, le paiement des échéances du prêt figurant sur le dernier tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail. Les échéances

trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Si, à la date de l'ITT, le montant du prêt n'a pas encore été débloqué par le Prêteur, la prise en charge intervient à la date de déblocage des fonds et au plus tôt à l'expiration de la franchise.

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'Assuré doit :

- avoir souscrit cette garantie sur sa demande d'admission,
- être emprunteur, co-emprunteur ou caution de personne morale,
- être âgé de moins de 65 ans.

Les prestations en cas d'ITT sont versées par l'Assureur pendant au maximum 1095 jours auxquels il faut déduire la durée de la franchise.

#### Délai de franchise en ITT :

La franchise est de 90 jours.

#### Cas particulier de l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour de l'ITT :

Si l'assuré a choisi l'option 1 ou 2, il est considéré en ITT s'il est dans l'impossibilité temporaire d'exercer ses activités quotidiennes essentielles, dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une obligation médicale de maintien à domicile. Dans ce cas, l'assuré doit produire un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée du repos ou maintien à domicile, conformément à l'article 16 de la présente notice.

#### Cas des prêts avec différé :

Lorsque l'arrêt de travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'Assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont limitées, à l'expiration de la franchise, aux seules échéances d'intérêts. Pour les prêts non amortissables, l'Assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, après application du délai de franchise, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la ou les dernières échéances d'intérêts.

#### Cas des augmentations d'échéances :

L'Assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Assuré pendant son arrêt de travail ou durant son délai de franchise. L'Assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

#### Cas des rechutes ou arrêts multiples :

Une rechute dans les 90 jours suivant une reprise d'activité professionnelle ne donne pas lieu à l'application de la franchise si le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé. Le nombre d'indemnités déjà versées au titre de cette incapacité est décompté du maximum possible (1095 jours moins la durée de la franchise).

#### Cas de la reprise d'activité en mi-temps thérapeutique :

En cas de reprise d'activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, d'une activité professionnelle, l'Assureur prend en charge 50% des échéances dues (en tenant compte de la quotité assurée) pendant une durée maximale de 180 jours.

#### Limitation des prestations :

**Les prestations dues par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail du contrat n°5369 sont limitées à 270 euros par jour indemnisé et par Assuré (tous prêts confondus).**

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus au Prêteur ne seront pas pris en compte.

#### Cessation des prestations :

Les prestations versées en cas d'ITT cessent au plus tard :

- Le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel, sauf dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'ITT sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- A l'expiration de la durée d'incapacité indiquée sur le certificat médical visé à l'article 16 pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de l'ITT.
- Le jour du 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.

- A la fin d'un délai de 1095 jours après la date de début de l'ITT.
- A la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie IPT ou IPP.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

#### Cessation de la garantie

La garantie ITT cesse :

- Le jour où l'Assuré liquide ses droits à la retraite et au plus tard le jour du 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.
- Au jour de la prise en charge au titre de la garantie IPT ou IPP.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

### 11.2 Garanties Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP)

#### Consolidation – degré d'invalidité

La consolidation est le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'Assuré. Lorsque l'affection qui a donné lieu à la prise en charge de l'arrêt de travail est consolidée, et au plus tard dans un délai de 1095 jours à compter de la date d'incapacité de travail, le médecin désigné par l'Assureur détermine un taux d'incapacité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'incapacité professionnelle, afin d'apprécier le taux d'invalidité en résultant au sens du contrat,

L'incapacité fonctionnelle sera établie de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100% en tenant compte de l'incidence du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée par l'Assuré. Le taux d'incapacité professionnelle fixé tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

**Les prestations dues par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle de travail du contrat n°5369 sont limitées à 270 euros par jour indemnisé et par Assuré.**

Le taux « n » d'invalidité est déterminé selon le barème ci-après, en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin de l'Assureur.

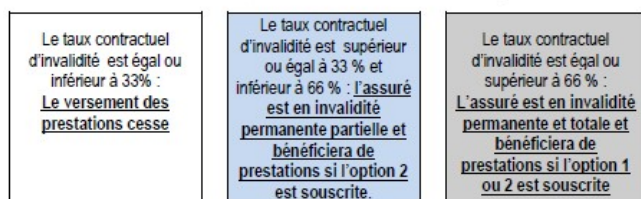
Lorsque le taux « n » d'invalidité est inférieur à 33%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Lorsque le taux « n » d'invalidité est compris entre 33% et 66%, les prestations sont égales à (n-33)/33 des indemnités versées au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, pour les assurés ayant choisi l'option 2. Lorsque le degré « n » d'invalidité est supérieur ou égal à 66%, les prestations versées au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail sont maintenues intégralement, pour les assurés ayant choisi l'option 1 ou 2.

**L'assuré peut bénéficier de la garantie IPT s'il n'est pas reconnu en invalidité 2e ou 3e catégorie (selon la définition de la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé) à la date d'effet de l'adhésion.**

**L'assuré peut bénéficier de la garantie IPP s'il n'est pas reconnu en invalidité 1re 2e ou 3e catégorie (selon la définition de la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé) à la date d'effet de l'adhésion.**

Taux d'IP <sup>(*)</sup>	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10							37%	40%	43%	46%
20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30			36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%	
40			40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%	
50		36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%	
60		38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%	
70		40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%	
80		42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%	
90		43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%	
100	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%	



(\*) Taux d'IP signifie « Taux d'Incapacité Professionnelle ».

#### Cessation des prestations :

Les prestations versées en cas d'IPT ou d'IPP cessent au plus tard :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'IPT ou de l'IPP sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- Le jour du 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

#### Spécifiquement pour la garantie IPP :

- En cas de mise en jeu de la garantie IPT.
- Ou si le taux d'invalidité devenait inférieur à 33%.

#### Cessation des garanties IPT et IPP :

Les garanties IPT et IPP cessent au plus tard :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite et au plus tard le jour du 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

#### Article 12 : Garantie Invalidité Spécifique AERAS

L'Assuré bénéficie de la garantie invalidité spécifique AERAS si elle est indiquée dans les Conditions Particulières proposées par l'Assureur et si l'Assuré les a acceptées. L'Assuré peut demander la mise en œuvre de cette garantie lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé est consolidé ;
- son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'assureur par référence au **barème annexé au Code des pensions civiles et militaires**, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;
- il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

La prestation est versée à compter du jour où ces 3 conditions sont satisfaites. L'Assureur prend en charge le paiement des échéances du prêt figurant sur le dernier tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre affecté de la quotité assurée. Les conditions de limitation des prestations, d'exclusion et de cessation de la garantie sont identiques à celles définies pour la garantie Invalidité Permanente

Totale décrites à l'article 11.2, à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin conseil de l'Assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

#### Article 13 : Résidence

Sont admissibles aux garanties DC, PTIA, ITT, IPT et IPP les personnes physiques dont la résidence fiscale est située en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer<sup>1</sup> ou dans les collectivités d'outre-mer<sup>2</sup> ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco.

Si l'emprunteur est une personne morale, peut être admise à l'assurance toute personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de la personne morale emprunteuse. Son siège social ou son établissement doit être situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer<sup>1</sup> ou dans les collectivités d'outre-mer<sup>2</sup> ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco.

<sup>1</sup> : départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

<sup>2</sup> : collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco.

#### Article 14 : Contrôle médical - Arbitrage

##### Contrôle médical

Pour ne pas perdre son droit au versement des prestations, l'Assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen que l'Assureur estime nécessaire.

Le contrôle médical suspend le paiement des prestations. Si l'Assuré s'oppose à ce contrôle, il perd ses droits à prestations. Si l'Assuré le souhaite, le contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix et à ses frais.

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé, relatives à l'incapacité et à l'invalidité, et celles de l'Assureur dans les mêmes domaines.

Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Pour les Assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre PTIA – ITT – ITP – IPT – IPP ou Invalidité Spécifique AERAS, le contrôle médical devra s'effectuer en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco, les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

##### Arbitrage

En cas de désaccord entre le médecin conseil d'Allianz et votre médecin, le litige sera réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord. Chaque partie se fera assister par son propre expert. En l'absence d'accord, le choix d'un médecin sera confié au président du Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence de l'Assuré en France, en Nouvelle Calédonie ou à Monaco. Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et prend à sa charge les honoraires de son expert et la moitié des honoraires de l'expert arbitre.

#### Article 15 : Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties :

- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'Assuré y prend une part active, qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle.
- Les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés par l'Assuré en l'absence de toute prescription médicale et, lorsque l'Assuré est conducteur de tout moyen de transport, les conséquences des accidents résultant de sa

consommation de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux légal en matière de circulation automobile à la date du sinistre, les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active, les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne sont couverts si :

- ♦ l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
- ♦ les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires,

les conséquences de la participation de l'Assuré à toutes compétitions et leurs essais comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur, la pratique du saut à l'élastique.

#### Exclusion spécifique à la garantie Décès :

le suicide de l'Assuré lors de la première année d'assurance, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de son logement principal. Dans ce cas, seule la partie assurée excédant un plafond dont le montant est fixé par décret est exclue pendant la première année d'assurance,

#### Exclusions spécifiques à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide, lorsque l'adhésion prévoit la réalisation de formalités médicales, les suites et conséquences de maladies ou d'accidents survenus avant la date d'effet de l'adhésion, sauf si ces risques ont été déclarés à l'assureur et que celui-ci les a acceptés sans exclusion spécifique, ou si ces maladies entraînent dans le champ du droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS à la date d'adhésion.

#### Exclusions spécifiques aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Spécifique AERAS :

lorsque l'adhésion ne prévoit pas la réalisation de formalités médicales, en raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance aucune conséquence d'un arrêt de travail en cours à la date d'effet de l'adhésion de l'assuré ne pourra être prise en charge. De la même façon, la rechute, telle que définie à l'article 11, d'un arrêt de travail en cours à la date d'effet de l'adhésion ne pourra pas être prise en charge.

lorsque l'adhésion prévoit la réalisation de formalités médicales, les maladies en évolution ou chroniques ainsi que les infirmités dont l'Assuré était atteint au moment de son adhésion, sauf si elles ont été déclarées à l'Assureur et n'ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie, ou si elles entraînent dans le champ du droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS à la date d'adhésion. Toutefois, toutes les exclusions figurant dans cette notice restent dans tous les cas applicables,

les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,

les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf lorsqu'il s'agit de sports - autres que sports comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur - que pratique l'Assuré ou de compétitions sportives auxquelles il prend part, dans les deux cas en tant qu'amateur,

les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,

- les prestations ne sont pas versées au cours des congés de maternité ou de paternité, tels que définis aux articles L.1225-17 et L.1225-35 du Code du travail, que l'Assuré(e) y soit ou non assujetti(e),
- sont exclues les Incapacités Temporaires Totales de Travail, Invalidités Permanentes Totales ou Partielle et Invalidités Spécifiques AERAS résultant :
  - d'une dépression ou d'un syndrome anxio-dépressif ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuropsychiatrique, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus en relation avec ces affections a été nécessaire pendant cette incapacité ou invalidité (hormis hospitalisation de jour) ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.
  - d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité ou invalidité.

Ces deux dernières exclusions peuvent être rachetées de manière indissociable, lors de l'adhésion au contrat. Aucune demande ne sera acceptée en cours d'adhésion.

#### Sports à risque :

Les sports à risque cités ci-dessous ne sont pas garantis dans le contrat.

Toutefois, lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement, c'est-à-dire au maximum une fois par an, et dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, la garantie est acquise 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. Cependant, à la demande expresse de l'Assuré, tout ou partie de ces activités peuvent faire l'objet d'une étude des garanties moyennant une tarification spéciale. L'Assureur se réserve, le cas échéant, la possibilité de refuser de couvrir le risque.

Vols sur ailes volantes, parapente, deltaplane, ULM, parachutisme, parachutisme ascensionnel, autres sports aériens et/ou utilisation de tout autre engin aérien, sports automobiles, sports motocyclistes, motonautisme, autres sports mécaniques et/ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant, kayak ou aviron des mers à plus de 300m des côtes, plongée sous-marine en professionnel à moins de 20 mètres de profondeur, plongée sous-marine (à l'exception de la plongée sous-marine en amateur à moins de 20 mètres de profondeur), voile et yachting hors compétition (longue traversée, tour du monde), voile et yachting en compétition, hockey sur glace, bobsleigh, autres sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste réglementée et ouverte du ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), escalade, randonnée en montagne au-dessus de 3000m, alpinisme, canyoning, rafting, spéléologie, compétitions équestres, équitation, chasse à courre, sports de combat et/ou arts martiaux, pratique de tout sport à titre amateur rémunéré, pratique sportive professionnelle ou sous contrat avec rémunération, cyclisme en compétition, taoumachie

#### Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Le certificat de décès devra donc émaner de l'une de ces deux autorités.

Les risques de PTIA – ITT – IPT - IPP et d'Invalidité spécifique AERAS sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que leur constat soit établi au moyen de documents émanant de l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues à l'article 14 "Contrôle médical – Arbitrage".

A défaut de preuve, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en

France métropolitaine, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie.

Les documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie.

#### Article 16 : Déclaration des sinistres et règlement des prestations

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du contrat doit être déclaré le plus rapidement possible à :

**Cbp France**

**CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9**

N° ORIAS 07 009 023 – www.orias.fr

#### Pièces à fournir

L'assuré doit nous faire parvenir tous les documents à caractère médical à la même adresse, sous enveloppe « Secret Médical », en précisant « à l'attention du Médecin Conseil d'Allianz ».

#### En cas de DC

- un certificat médical et un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe

#### En cas de PTIA

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant et l'Assuré, sur l'imprimé de l'Assureur,
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

#### En cas d'IPT ou d'IPP ou Invalidité Spécifique AERAS :

- La déclaration de sinistre qui sera envoyée par l'Assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant.
- Un certificat médical détaillé attestant que l'assuré est en état d'invalidité.
- Si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé : les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'Assuré.
- La notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé.
- Les justificatifs de paiement de pension ou rente de l'Assuré.

#### En cas d'ITT :

- La déclaration de sinistre qui sera alors envoyée par l'assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant.
- L'avis d'arrêt de travail initial, de prolongation, ou de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique. Si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé : les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'Assuré.
- Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle à la date de l'ITT : un certificat médical précisant l'événement entraînant l'incapacité (maladie ou accident), la date de cet événement, la durée probable de l'ITT ou la durée de la prolongation de cette ITT. Puis les certificats médicaux d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de sa demande.

Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives sous réserve d'une prise en charge.

#### Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'Incapacité Temporaire Totale de Travail doit être déclarée avant la reprise, même partielle, de votre activité professionnelle et au plus tard dans les 180 jours qui suivent le premier jour de votre incapacité de travail. Au-delà, l'Assureur fixe la date de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail au jour de la déclaration, si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a porté préjudice.

#### Article 17 : Cotisations

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement. Cependant l'Assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion. Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû à la date anniversaire du point de départ du prêt, compte-tenu de la quotité

assurée. Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'Assuré.

Dans le mode de calcul des cotisations, l'âge de l'Assuré change à la date anniversaire de l'adhésion. Le montant de la cotisation n'inclut pas la cotisation annuelle à l'association.

La cotisation pourra être révisée par l'Assureur immédiatement en cas de modification de la taxe incluse dans les cotisations.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'assureur adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances que si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues. A défaut de paiement, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans formalités 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours. Le Prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, le délai est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande.

#### Exonération des cotisations en cas d'ITT-IPT-IPP ou d'Invalidité Spécifique AERAS

En cas de sinistre ITT-IPT-IPP ou Invalidité Spécifique AERAS, l'Assuré continue de régler le montant de ses cotisations à l'Assureur. En revanche, ces cotisations lui sont remboursées dans le cadre de son indemnisation, par ajout de celles-ci à la mensualité prise en charge par l'Assureur.

#### Article 18 : Prescription

##### Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

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

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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, notwithstanding 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.

#### Article L.114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article L.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.

#### Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) ».

#### Article 2240 du Code civil :

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

#### Article 2241 du Code civil :

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

#### Article 2242 du Code civil :

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

#### Article 2243 du Code civil :

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

#### Article 2244 du Code civil :

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

#### Article 2245 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

#### Article 2246 du Code civil :

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

#### **Article 19 : Conséquences d'une fausse déclaration**

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle de la part de l'assuré, l'assureur pourra, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, invoquer la nullité de l'adhésion et conserver les cotisations d'assurance payées.

L'article L. 113-8 du Code des assurances prévoit qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26 du Code des assurances, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou 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 cotisations payées demeurent acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'assureur pourra faire application de l'article L. 113-9 du Code des assurances. Si l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation 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 cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Dans ces divers cas, les cotisations annuelles à l'association contractante lui restent acquises.

En cas d'application des articles L 113-8 ou L 113-9 au titre de votre adhésion, l'Assureur en informe le Prêteur.

#### **Article 20 : Loi applicable**

La langue utilisée pendant toute la durée du contrat est le français. Le présent contrat d'assurance de groupe n°5369 relève de la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

#### **Article 21 : Faculté de renonciation**

En application de l'article L. 132-5-1 du Code des Assurances, l'assuré peut renoncer, avec l'accord du bénéficiaire acceptant, à son adhésion dans les trente jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat Cette date correspond à la date de signature du certificat d'affiliation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'adresse suivante : Cbp France – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre proposé ci-dessous. A réception de la lettre recommandée par l'assureur, l'adhésion au contrat et toutes ses garanties prennent fin. La(les) cotisation(s) sera(ont) remboursée(s) dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. « Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 5369 souscrit par l'association ANCRE auprès d'Allianz Vie et demande le remboursement de ma cotisation de ...euros (date et signature) »

En cas d'exercice du droit de rétractation de l'emprunteur au titre du contrat de prêt, l'adhésion est résiliée de plein droit.

Le défaut de remise des documents et informations énumérées à l'article L 132-5-1 du code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents.

#### **Article 22 : Substitution d'assurance et résiliation**

Pour les adhésions couvrant un prêt immobilier à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation, l'assuré peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt par lettre recommandée, lettre simple, e-mail, ou sur tout support durable.

Cette demande est à adresser à Cbp France - CS 20008 - 44967 NANTES Cedex 9 ou par mail à l'adresse suivante : [cbp.adhesion@cbp-gestion.fr](mailto:cbp.adhesion@cbp-gestion.fr). Elle doit être accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution. La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet 10 jours après la réception par Cbp France pour le compte de l'Assureur de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

Dans tous les autres cas, l'assuré peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat à son échéance annuelle après avoir obtenu l'accord du prêteur. L'assuré doit alors transmettre sa demande de résiliation accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur bénéficiaire acceptant à Cbp France par lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou sur tout support durable au moins deux mois avant la date de renouvellement de l'adhésion. La résiliation prendra alors effet au jour de la date d'échéance annuelle de l'adhésion.

## Article 23 : Réclamation

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel de Cbp France. Vous pouvez également formuler une réclamation en contactant :

**Cbp France**  
**Service réclamations**  
**CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9**  
**Tél : 09 72 67 00 50**

Cbp France s'engage à accuser réception de votre demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à vous apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si, sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

**Allianz - Relations Clients**  
**Case Courrier S1803**  
**1 cours Michelet**  
**CS 30051**  
**92076 Paris La Défense Cedex**  
**Email : clients@allianz.fr**

Allianz Vie s'engage à accuser réception de votre demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à vous apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Allianz Vie adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Vous pouvez faire appel au médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) ou à LMA – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de votre réclamation écrite auprès de nos services.

Vous avez toujours la possibilité de mener toutes autres actions légales.

## Article 24 : La protection des données personnelles

### 24.1 Pourquoi recueillir les données personnelles ?

L'assureur recueille et traite les données personnelles du prospect, adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations, nommés ci-après « l'assuré ».

Les données recueillies lui sont nécessaires pour respecter ses obligations légales, pour gérer l'adhésion au contrat et mieux connaître « l'assuré ».

### Gérer l'adhésion au contrat et respecter les obligations légales

Les données personnelles de « l'assuré » sont indispensables à l'assureur pour l'identifier comme pour conclure et exécuter son adhésion au contrat.

Les données de santé de « l'assuré » font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre l'assureur a besoin des données personnelles des « assurés » pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à sa profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

### Mieux connaître « l'assuré » et mieux le servir

En permettant de mieux connaître « l'assuré », ses données aident l'assureur à lui proposer et/ou lui présenter des produits et des services adaptés à ses seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées aux habitudes de vie de « l'assuré », à sa localisation...

Avec l'accord express de « l'assuré », ses données peuvent également servir un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de la satisfaction de « l'assuré ».

En cas d'adhésion en ligne, l'assureur utilise un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit la décision de l'assureur, « l'assuré » peut demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Les contacts ».

### 24.2 Qui peut consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » ?

Peuvent consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » prioritairement les entreprises du groupe Allianz, l'intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de l'adhésion au contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, l'assureur prend des garanties spécifiques pour assurer la protection complète des données. Si « l'assuré » souhaite obtenir des informations sur ces garanties, il peut écrire à l'assureur à l'adresse indiquée au paragraphe « Les contacts ».

### 24.3 Combien de temps sont conservées les données personnelles de « l'assuré » ?

#### Dans le cas d'un prospect sans conclusion d'une adhésion au contrat

L'assureur conserve les données :

- commerciales : au maximum 3 ans après le dernier contact entre le prospect et son intermédiaire d'assurance;
- médicales : au maximum 5 ans à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

#### Dans le cas d'un client

L'assureur conserve les données tout au long de la vie de l'adhésion au contrat de l'assuré. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

### 24.4 Quelle est l'utilité des cookies ?

Les cookies sont utilisés car ils facilitent et accélèrent la navigation de « l'assuré » sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement l'ordinateur de « l'assuré », son smartphone, sa tablette ou son navigateur... Grâce à eux, les habitudes de connexion de « l'assuré » sont reconnues et ses pages sont chargées plus rapidement.

### 24.5 Données personnelles : quels sont les droits de l'assuré ?

Consulter, modifier, effacer... « l'assuré » dispose de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de ses données :

- o **le droit d'opposition, lorsque ses données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à sa relation contractuelle;**
- o le droit d'accès et de rectification, quand il le souhaite ;
- o le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de ses données personnelles est dépassée ;
- o le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à sa relation contractuelle;
- o le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer les données de « l'assuré » à la personne de son choix, sur simple demande ;
- o le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que « l'assuré » a donné pour l'utilisation commerciale de ses données ;
- o le droit de décider de l'utilisation de ses données personnelles après sa mort. Conservation, communication ou effacement... : « l'assuré » désigne un proche, lui indique sa volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer son droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, « l'assuré » s'adresse directement à la CNIL.

De manière générale, « l'assuré » peut lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de ses données sur le site [allianz.fr](http://allianz.fr) ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable des données de « l'assuré » ? ».

Enfin, le site de la CNIL le renseignera en détail sur ses droits et tous les aspects légaux liés à ses données personnelles : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

### 24.6 Qui est responsable des données de « l'assuré » ?

**Allianz Vie**, pour les risques qu'elle couvre :

Société anonyme au capital de 643.054.425 €  
 340 234 962 RCS Nanterre

Entreprise régie par le Code des assurances  
 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

**ANCRE**, pour la gestion des adhésions à l'Association : ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE

Association régie par la loi du 1er juillet 1901

48, rue de Provence – 75009 Paris.

[www.ancre vie.com](http://www.ancre vie.com)

### 24.7 Comment « l'assuré » exerce ses droits ?

Pour s'opposer à l'utilisation de ses données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, « l'assuré » peut solliciter directement l'assureur et écrire au « responsable des données personnelles » de

l'assureur. Pour savoir à quelle adresse écrire, « l'assuré » doit se rendre au paragraphe « Les contacts ».

En cas de réclamation et si la réponse de l'assureur ne le satisfait pas, « l'assuré » peut s'adresser à la CNIL.

#### **24.8 Les contacts**

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il suffit à « l'assuré » d'écrire :

- Cbp France - Délégué à la protection des données - 3 rue Victor Schoelcher - 44800 SAINT-HERBLAIN,
- ou par courrier électronique : [dataprotectionoffice@cbp-france.eu](mailto:dataprotectionoffice@cbp-france.eu)

Pour toutes demandes, « l'assuré » ne doit pas oublier de joindre un justificatif d'identité.

#### **Droit d'opposition au démarchage téléphonique**

Si l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (Bloctel).

Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est-à-dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle.

#### **Article 25 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)**

L'autorité de contrôle de l'assureur et de l'Association souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 9.

#### **Article 26 : La participation aux bénéfices techniques et financiers**

Allianz ne verse aucune participation au titre des bénéfices techniques et financiers.

#### **Article 27 : Solvabilité et situation financière de l'assureur**

Les entreprises d'assurance publient annuellement un rapport sur leur solvabilité et leur situation financière (article L355-5 du Code des assurances). En cas d'évènement majeur affectant significativement la pertinence des informations contenues dans ce rapport, les entreprises d'assurance publient les informations relatives à la nature et aux effets de cet évènement. Le rapport sur la solvabilité et la situation financière de l'assureur est accessible sur le site Internet <http://allianz.fr>.

Allianz – Direction des Opérations Collectives – Collectives – Emprunteurs – TSA 31007 – 67018 Strasbourg Cedex  
Allianz Vie - Entreprise régie par le Code des assurances – Société anonyme au capital de 643.054.425 euros  
Siège social : 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX. -- 340 234 962 RCS NANTERRE  
[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

ANCRE : 27 boulevard des Italiens - 75002 PARIS. ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'EPARGNE. Association à but non lucratif régie par la loi du 1er Juillet 1901

Référence notice 5369 – 06/2022