

# iNéo Emprunteur 33629

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GENERALES

Contrat d'assurance de groupe n°33629 souscrit par l'Association des Assurés en Santé et en Prévoyance (AASP)

Assuré par Quatrem

Edition 07 2023

# Sommaire

---

Titre 1. Définitions .....	3
Titre 2. Objet du contrat.....	5
Titre 3. Nature des opérations de crédit concernées.....	5
Titre 4. Engagement maximal de l'assureur.....	5
Titre 5. Conditions d'admission à l'assurance.....	5
Titre 6. Durée des garanties .....	6
Titre 7. Prise d'effet des garanties.....	6
Titre 8. Définition des garanties.....	7
Titre 9. Étendue territoriale des garanties.....	10
Titre 10. Particularités.....	11
Titre 11. Justificatifs à fournir .....	11
Titre 12. Délai de déclaration de l'assuré.....	12
Titre 13. Fausse déclaration en cas de sinistre.....	12
Titre 14. Expertise médicale .....	13
Titre 15. Exclusion des garanties.....	13
Titre 16. Fin des garanties et de l'adhésion .....	14
Titre 17. Cotisations.....	15
Titre 18. Modification en cours d'adhésion.....	16
Titre 19. Convention AERAS (S'assurer et Emprunter Avec un Risque Aggravé de Santé).....	16
Titre 20. Bases légales.....	16
Faculté de renonciation.....	16
Sanctions en cas de fausse déclaration .....	17
Prescription.....	18
Loi informatique et liberté.....	18
Réclamation – Médiation.....	19
Législation .....	19
ANNEXE	
Barème d'invalidité.....	20

# Titre 1. Définitions

<b>Accident</b>	Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. <b>Toutefois, sont considérées comme des Maladies et non comme des Accidents, les lésions organiques provoquées par un effort, les insulations, congélations et congestions.</b>
<b>Affection</b>	Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).
<b>Adhérent</b>	Désigne la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente Convention et s'engage à payer les cotisations. L'Adhérent est l'Assuré.
<b>Assuré</b>	Personne qui bénéficie des garanties du contrat. L'Assuré est inscrit sur l'Attestation d'assurance.
<b>Attestation d'assurance</b>	Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion au contrat et qui précise notamment : les garanties choisies, leur date d'effet et leur montant ainsi que la durée des Franchises.
<b>Bénéficiaire</b>	L'Organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant, désigné sur la demande d'admission et éventuellement pour la garantie Décès, (la)les personne(s) physique(s) désignée(s) après accord de l'Organisme prêteur en cas d'avenant de cession.
<b>Caution</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La personne physique qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir,</li><li>- Le dirigeant de droit ou associé d'une personne morale emprunteuse qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir.</li></ul>
<b>Consolidation</b>	Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, constatée par expertise médicale, permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de son état de santé.
<b>Délai d'attente</b>	Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties mentionnées sur l'Attestation d'assurance. <b>Ce délai s'applique uniquement aux prêts en cours au moment de l'adhésion et non assurés précédemment. Tout sinistre survenu pendant ce délai, ses suites et conséquences sont définitivement exclus des garanties.</b>
<b>Franchise</b>	Nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période aucune prestation n'est due. La Franchise est fixée à quatre-vingt-dix (90) jours.
<b>Garantie Invalidité Spécifique (Invalidité Spécifique)</b>	L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Spécifique si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une incapacité professionnelle totale et une incapacité fonctionnelle supérieure ou égale à 70%.
<b>Gestionnaire</b>	Kereis France SAS au capital de 2 000 000 € Immatriculée au RCS de Nantes sous le n° 863 800 868 Société de courtage d'assurance immatriculée au Registre des Intermédiaires en Assurance sous le numéro 07 009 030. Dont le siège social est situé 3, rue Victor Schœlcher - Bâtiments E et F - 44800 Saint-Herblain
<b>Incapacité Temporaire Totale (ITT)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- L'Assuré exerçant de manière effective une activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Incapacité Temporaire Totale si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer sa profession.</li></ul>

- L'Assuré n'exerçant pas ou n'exerçant plus une activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Incapacité Temporaire Totale s'il est temporairement contraint en raison d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la vie quotidienne.

<b>Incapacité Temporaire Totale (ITT)</b>	L'Assuré est considéré comme étant en état d'Incapacité Temporaire Totale si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il est temporairement contraint en raison d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la vie quotidienne.
<b>Incapacité Permanente Partielle (IPP)</b>	L'Assuré est considéré comme étant en état d'Incapacité Permanente Partielle si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une invalidité comprise entre 33% et à 66%.
<b>Incapacité Permanente Totale (IPT)</b>	L'Assuré est considéré comme étant en état d'Incapacité Permanente Totale si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une invalidité supérieure ou égale à 66%.
<b>Maladie</b>	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
<b>Montant garanti</b>	Montant du capital emprunté assuré par le présent contrat et calculé à partir de la Quotité assurée.
<b>Occupations de la vie quotidienne</b>	Faculté pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.
<b>Organisme assureur</b>	QUATREM, SA au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé 21 rue Lafitte 75009 PARIS, RCS Paris 412 367 724.  Une société du groupe Malakoff Humanis.  QUATREM est également désigné par le terme « Assureur » dans la présente notice.
<b>Organisme prêteur</b>	Le prêteur, personne morale, mentionné sur la demande d'admission ayant consenti le prêt au titre du présent contrat.
<b>Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)</b>	Etat qui place l'Assuré dans l'inaptitude totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit ou accomplir l'ensemble des Occupations de la vie quotidienne. De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.
<b>Prêt immobilier</b>	Contrat de crédit destiné à financer l'acquisition ou la construction d'un bien à usage d'habitation ou à usage mixte d'habitation et professionnel ainsi que les travaux s'y rapportant ou à financer l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de ce bien.
<b>Quotité assurée</b>	Pourcentage du capital emprunté assuré par le présent contrat choisi par l'Adhérent. Ce pourcentage peut être inférieur ou égal à 100% pour chaque Assuré. La Quotité assurée choisie est identique pour toutes les garanties.
<b>Rechute</b>	Est considéré comme une rechute tout nouvel arrêt de travail ou tout nouvel arrêt des Occupations de la vie quotidienne résultant de l'Affection initiale, toute aggravation de l'Affection initiale ou toute apparition d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial.
<b>Résidence</b>	Désigne le lieu d'habitation, actuel ou futur déclaré à l'adhésion, de plus de six (6) mois par année civile pour une personne physique et le lieu du siège social ou de l'établissement pour une personne morale. Correspond à la résidence fiscale.
<b>Sinistre</b>	Evénements donnant lieu à garantie au titre du Contrat lorsque celle(s)- ci est(sont) en vigueur : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Incapacité Permanente Totale, Incapacité Permanente Partielle, Incapacité Spécifique.
<b>Souscripteur</b>	L'Association des Assurés en Santé et en Prévoyance (AASP)- association loi 1901 dont le siège social est situé 3 Rue Victor Schoelcher, 44800 Saint-Herblain. Siren 923 853 469. Elle est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

## Titre 2. Objet du contrat

Le contrat a pour objet le paiement de tout ou partie des sommes dues par l'Adhérent, à l'Organisme prêteur au titre de l'opération de crédit concernée par l'assurance en cas de sinistre sur la personne assurée.

Les garanties couvertes sont suivant le choix indiqué sur la demande d'admission :

- le DÉCÈS
- la PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)
- l'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT), l'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) ou PARTIELLE (IPP) et l'INVALIDITE SPECIFIQUE (GIS).

Concernant la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), la Franchise est de quatre-vingt-dix (90) jours.

L'Adhérent a la possibilité de choisir une des formules de garanties détaillées ci-après lors de la demande d'admission :

- FORMULE 1 : DÉCÈS et PTIA
- FORMULE 2 : DÉCÈS, PTIA, IPT et ITT
- FORMULE 3 : DÉCÈS, PTIA, IPT, ITT et IPP

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

## Titre 3. Nature des opérations de crédit concernées

L'assurance concerne les prêts libellés en euros et consentis par un Organisme prêteur situé en France métropolitaine (ou dans l'un des DROM suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion ou Guyane) :

- PRETS AMORTISSABLES à taux fixe ou à taux variable, par échéances constantes, avec ou sans différé (total ou partiel) d'amortissement, à paliers, sans ou avec différé d'amortissement, d'une durée maximale (dont différé) de 480 mois.
- PRETS REMBOURSABLES IN FINE, d'une durée maximale de 360 mois.
- PRETS RELAIS, d'une durée maximale de 36 mois.
- PRETS A TAUX ZERO.

**Pour les prêts relais, seules les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) peuvent être souscrites.**

L'Assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque et pourra demander la communication :

- du tableau d'amortissement de l'emprunt,
- de l'acte de cautionnement lorsque la personne à assurer a la qualité de Caution.

L'Assureur peut demander tout complément d'information nécessaire à l'étude du dossier.

## Titre 4. Engagement maximal de l'Assureur

Les prestations versées pour tous les prêts assurés dans le cadre du présent contrat sont limitées pour un Assuré à :

- 5 000 000 euros au titre des garanties Décès/PTIA, et GIS
- 333 euros par jour au titre des garanties ITT, IPT et IPP

**Il est par ailleurs rappelé que pour les prêts in fine et les prêts relais le montant maximum garanti par Assuré au titre de la présente Convention est fixé à 2 000 000 d'euros.**

## Titre 5. Conditions d'admission à l'assurance

Pour adhérer au présent contrat, la personne à assurer doit répondre aux conditions suivantes :

- Être une personne physique âgée de 18 ans au moins et de 85 ans au plus pour la garantie Décès et de 64 ans au plus pour les autres garanties, à la date de la demande d'admission ;
- Remplir les conditions de résidence prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après,
- Être emprunteur, co-emprunteur ou caution d'une personne physique ou d'une personne morale,

- Avoir contracté un emprunt ou être caution d'un emprunt libellé en euros auprès d'un Organisme prêteur d'un montant minimum garanti supérieur à 17 000 euros et d'un montant maximum garanti de 5 000 000 euros. **Pour les prêts relais et les prêts in fine, ce montant est limité à 2 000 000 euros,**
- Avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant.

#### A savoir

Pour les prêts immobiliers, la personne à assurer n'a pas à se soumettre à des formalités médicales sous réserve que :



- Le montant assuré total de ses Prêts immobiliers (y compris l'emprunt ou les emprunts à assurer au titre du présent contrat) n'excède pas 200 000 euros à la date d'adhésion
- Et que l'emprunt ou les emprunts à assurer au titre du présent contrat arrive(nt) à échéance de remboursement avant son 60ème anniversaire.

Garanties	Conditions d'éligibilité en fonction du lieu de Résidence		
	France continentale, Corse	Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane	Union Européenne, Espace Economique Européen, Royaume-Uni
Décès	X	X	X
PTIA	X	X	X
ITT	X		
IPT	X		
IPP	X		
Lieu de l'Organisme prêteur	L'Organisme prêteur doit être situé en France métropolitaine ou dans l'un des DROM suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane		

## Titre 6. Durée des garanties

L'adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire à la date anniversaire de la prise d'effet des garanties pour autant que l'adhésion soit toujours en vigueur.

## Titre 7. Prise d'effet des garanties

### Prise d'effet de l'Adhésion

L'adhésion au contrat est soumise à l'acceptation préalable de l'Assureur.

Les garanties prennent effet à la date choisie lors de votre demande d'admission, sous réserve du paiement de la première cotisation, et de la signature de l'offre de prêt ou de la signature de l'acte de cautionnement.

La date d'effet des garanties est indiquée sur l'Attestation d'assurance.

Si la date d'effet correspond à la date d'acceptation de l'offre de prêt, en cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

Dans tous les cas, les garanties prennent effet au plus tôt à la date d'acceptation des risques par l'Assureur.

### Délai d'attente

Pour les prêts déjà en cours au moment de l'adhésion et non précédemment assurés au titre des garanties souscrites au présent contrat, un Délai d'attente de trois (3) mois est applicable lorsque les Sinistres ne résultent pas d'un Accident.

### Garantie Temporaire

L'Assuré bénéficie d'une garantie temporaire en cas de décès suite à un Accident survenant entre la date à laquelle le Gestionnaire réceptionne la demande d'admission et la date d'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'envoi de l'Attestation d'assurance, pour le cas où une offre de prêt a été remise. **Le Montant garanti est égal au montant du capital indiqué dans la demande d'admission au titre de la garantie Décès dans la limite de 310 000 euros.**

Cette garantie prendra fin dès que le Gestionnaire aura notifié à l'Adhérent l'acceptation de son adhésion concrétisée par l'envoi de l'Attestation d'assurance ou le refus de son adhésion. Elle cessera automatiquement si l'Adhérent ne

donne pas suite à sa demande et dans tous les cas au plus tard soixante (60) jours à compter de la date à laquelle le Gestionnaire réceptionne la demande d'admission.

## Titre 8. Définition des garanties

Les garanties s'exercent sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « EXCLUSIONS DES GARANTIES » à moins que celles-ci n'aient fait l'objet d'un rachat mentionné sur l'Attestation d'assurance.

L'attention des Assurés est attirée sur le fait que les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière d'invalidité.

### Garantie décès

Si l'Assuré décède à la suite d'un événement garanti, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre dans la limite du Montant garanti.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts divers (notamment intercalaires, de retard, autres), pénalités, indemnités de résiliation ne sont pas pris en compte dans l'indemnisation.

Si l'Assuré décède à la suite d'un événement garanti avant que les fonds ne soient totalement débloqués, la garantie décès produira tous ses effets si le contrat de prêt stipule expressément que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure.

Le Bénéficiaire du capital est l'Organisme prêteur désigné sur l'Attestation d'assurance.

**Le paiement du capital met fin à l'assurance.** La garantie décès cesse au plus tard au **90<sup>ème</sup> anniversaire** de l'Assuré.

### Garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

Le capital restant dû est déterminé à la date de Consolidation de la P.T.I.A fixée par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe « Expertise Médicale ».

Pour bénéficier de cette garantie, la PTIA doit être consolidée au plus tard au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré (ou à son 70<sup>ème</sup> anniversaire s'il a souscrit l'Option Extension garantie à 70 ans), même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts divers (notamment intercalaires, de retard, autres), pénalités, indemnités de résiliation ne sont pas pris en compte dans l'indemnisation.

**Le paiement du capital met fin à l'assurance.**

### Garantie invalidité permanente totale (IPT)

**Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties Décès/PTIA et ITT.**

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur les mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel il est affilié.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

Pour l'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'interruption initiale de ses Occupations de la vie quotidienne constatée médicalement, le taux d'invalidité permanente est apprécié uniquement en fonction de l'invalidité fonctionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du Sinistre, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

**Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 66%.**

L'état d'IPT est déterminé à la date de Consolidation de l'Assuré, fixée par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe « Expertise Médicale ».

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré (ou à son 70ème anniversaire s'il a souscrit l'Option Extension garantie à 70 ans) en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), l'IPT doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des mensualités de remboursement s'applique pendant la durée de l'IPT proportionnellement à cette durée

**Les prestations cesseront d'être versées :**

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 66 % ;
- en cas d'indemnisation au titre de la garantie Décès ou PTIA ;
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 65ème anniversaire de l'Assuré (ou à son 70ème anniversaire s'il a souscrit l'Option Extension garantie à 70 ans) en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée ;
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance ;
- et dans tous les autres cas de cessation prévus au paragraphe « Fin des garanties et de l'adhésion ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'IPT ne peut être prise en compte.

**Important**

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie IPT le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.



**Garantie incapacité temporaire totale (ITT)**

**Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties Décès/PTIA et IPT.**

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur à l'issue du délai de Franchise les mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur dans la limite de la Quotité assurée.

La prise en charge de tout ou partie des mensualités de remboursement s'applique pendant la durée de l'ITT proportionnellement à cette durée.

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet de la garantie.

Pour donner droit aux versements définis ci-dessus, l'incapacité doit entraîner une interruption réelle et complète des activités professionnelles de l'Assuré ou des Occupations de la vie quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre.

L'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

La période de grossesse couverte par le congé légal de maternité, ou assimilé pour les non-salariées tel que prévu par le code du travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité temporaire totale de travail ; cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui sont sans emploi.

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré, l'Assureur versera pendant cent quatre-vingts (180) jours maximum, au prorata de la période indemnisée, les mensualités de remboursement venant à échéance à hauteur de 50% du montant garanti sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins deux (2) mois au titre de l'incapacité temporaire totale.

Toute rechute dans soixante (60) jours de la reprise du travail ou des Occupations de la vie quotidienne sera considérée comme seul et même Sinistre.

Sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'Assureur et que la garantie ITT soit toujours en vigueur à la date de la Rechute, le service des prestations sera repris dès le 1<sup>er</sup> jour de la cessation des activités, sans nouvelle application du délai de Franchise.

**Les prestations cesseront d'être versées :**

- en cas de reprise totale ou partielle du travail (sauf si elle est justifiée pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré) ou des Occupations de la vie quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité totale physiquement ou mentalement d'exercer ses activités professionnelles ou d'accomplir les Occupations de la vie quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre ;
- à la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;

- au plus tard au jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré (ou à son 70ème anniversaire s'il a souscrit l'Option Extension garantie à 70 ans) ;
- pendant la période de congé légal de maternité pour les Assurées ;
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) ;
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance ;
- et dans tous les autres cas de cessation prévues au paragraphe « Fin des garanties et de l'adhésion ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'ITT ne peut être prise en compte.

### Important

**L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie ITT le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.**



### Garantie invalidité permanente partielle (IPP)

**Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties ITT / IPT.**

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur les mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur à hauteur de 50 % du Montant garanti au titre de la garantie ITT, déterminé au jour du Sinistre.

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel il est affilié.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée par l'Assuré en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité, des possibilités d'exercice restantes et abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0 % et 100 %, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

Pour l'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'interruption initiale de ses Occupations de la vie quotidienne constatée médicalement, le taux d'invalidité permanente est apprécié uniquement en fonction de l'invalidité fonctionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du Sinistre, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Éditions ESKA).

**Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.**

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPP doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré (ou à son 70ème anniversaire s'il a souscrit l'Option Extension garantie à 70 ans) en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), l'IPP doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des mensualités de remboursement s'applique pendant la durée de l'IPP proportionnellement à cette durée.

**Les prestations cesseront d'être versées :**

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33 % ;
- en cas d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ;
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré (ou à son 70ème anniversaire s'il a souscrit l'Option Extension garantie à 70 ans) en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée ;
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance ;

– et dans tous les autres cas de cessation prévus au paragraphe « Fin des garanties et de l'adhésion ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'IPP ne peut être prise en compte.

### Important

**L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie IPP le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.**



### Option Extension garantie à 70 ans

Option souscrite en complément des garanties PTIA, IPT, ITT et IPP pour les prêts dont la date de fin est postérieure au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.

Cette option a pour objet d'allonger la durée maximale des garanties PTIA / ITT / IPT / IPP jusqu'au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré, en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

### Garantie invalidité spécifique (GIS)

Cette garantie prévue par la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), pour les opérations qui y sont éligibles, **ne peut être proposée qu'en complément des garanties Décès / PTIA.**

Elle est étudiée en remplacement de la garantie IPT lorsque cette dernière est refusée pour raison médicale.

En cas d'Invalidité Spécifique reconnue de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû à la date de reconnaissance de l'Invalidité Spécifique tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur dans la limite du Montant garanti.

Pour qu'il y ait Invalidité Spécifique, l'Assuré doit présenter une incapacité professionnelle totale et une incapacité fonctionnelle d'un taux au moins égal à 70%.

En cas de polyopathologies la cotation est additive c'est-à-dire qu'elle s'effectue en sommant les taux des différentes pathologies.

L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 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'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires.

Pour ouvrir droit à indemnisation, l'Invalidité Spécifique doit être consolidée au plus tard au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré (ou à son 70<sup>ème</sup> anniversaire s'il a souscrit l'Option Extension garantie à 70 ans) et en tout état de cause avant la mise en retraite de l'Assuré et avant qu'il ait atteint l'âge pour faire valoir ses droits à la retraite.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'invalidité spécifique doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts divers (notamment intercalaires, de retard, autres), pénalités, indemnités de résiliation ne sont pas pris en compte dans l'indemnisation.

**Le paiement du capital GIS met fin à l'ensemble des garanties.**

### Modalités de versement des prestations

Les sommes dues sont payables après que le Gestionnaire ait réceptionné et étudié le dossier complet. Elles sont toujours versées en euros au profit de l'Organisme prêteur.

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré et de l'Adhérent c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

## Titre 9. Étendue territoriale des garanties

**L'ensemble des garanties décrites au paragraphe « Définition des garanties » s'exercent dans le monde entier.**

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de Franchise ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale faite, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Les garanties seront mises en œuvre selon les modalités définies au présent contrat.

## Titre 10. Particularités

### Conditions de mise en œuvre des garanties lorsque l'Assuré a la qualité de caution

Lorsque l'Assuré a la qualité de Caution d'un emprunteur personne physique, la garantie Incapacité Temporaire Totale peut être mise en œuvre uniquement si, au jour du Sinistre la Caution a été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'Organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

### En présence de co-emprunteurs et co-cautions

En cas de Sinistre simultané de co-emprunteurs ou de co-cautions assurés, **les sommes versées par l'Assureur au titre d'un même prêt, ne pourront excéder les sommes restantes dues à l'Organisme prêteur au jour du Sinistre** telles que mentionnées au tableau d'amortissement.

### Modification de la délégation de bénéfice et avenant de cession

Toute modification de la délégation de bénéfice ou la mise en place d'un avenant de cession, nécessitent au préalable le consentement écrit de l'Organisme prêteur.

## Titre 11. Justificatifs à fournir

En cas de Sinistre, le médecin conseil du Gestionnaire pourra demander à l'Assuré ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'Assuré, agissant pour son compte et celui de ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que le Gestionnaire s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes sont toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré ou ses ayants droit, devront communiquer au Gestionnaire avec la déclaration de Sinistre, tous les justificatifs (rédigés en français ou en anglais) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge).

**Sans réponse aux renseignements et documents demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.**

### En cas de Décès :

- la copie intégrale de l'acte de décès ;
- le certificat médical fourni par le Gestionnaire à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès ;
- en cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès ;
- le tableau d'amortissement en vigueur au jour du décès ;
- la copie de l'offre de prêt ;
- si l'Assuré a la qualité de Caution de l'emprunteur, la copie de l'acte de cautionnement;
- toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles les ayants droit peuvent avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

### En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- un certificat médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré de l'incapacité au travail, la date de Consolidation, à adresser au médecin conseil sous pli confidentiel ;
- la notification de la Sécurité sociale de prise en charge de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré n'est pas assujéti à la Sécurité sociale, il sera nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité ;
- en cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- le tableau d'amortissement en vigueur au jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- la copie de l'offre de prêt ;
- si l'Assuré à la qualité de Caution de l'emprunteur, la copie de l'acte de cautionnement ;

- toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

#### **En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale et d'Invalidité Spécifique :**

- l'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin ou, pour les salariés dépendant du régime général de la Sécurité Sociale, les décomptes d'indemnités journalières, les attestations de l'employeur et arrêtés de position administrative ou du comité médical départemental pour les fonctionnaires ;
- en cas d'hospitalisation, le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie ;
- le certificat médical fourni par le Gestionnaire, à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'incapacité ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état ;
- en cas de Rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même Affection et/ou d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la Rechute ;
- la production d'un titre de pension d'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés ;
- en cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- pour l'Invalidité Permanente Totale et la Garantie Invalidité Spécifique, une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Organisme assureur de l'Invalidité Permanente Totale ou de l'Invalidité Spécifique,
- le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre ;
- la copie de l'offre de prêt ;
- pour l'Incapacité Temporaire Totale, si l'Assuré a la qualité de Caution de l'emprunteur, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie officiel par l'Organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné ;
- toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

## Titre 12. Délai de déclaration de l'assuré

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout état d'Incapacité Temporaire Totale doit être déclaré à l'Assureur dans un délai de cent quatre-vingts (180) jours suivant la date de début de l'arrêt de travail. De même toute prolongation d'incapacité doit être communiquée à l'Assureur dans les trente (30) jours.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Partielle, d'invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique, l'Assuré devra le déclarer à l'Assureur dans les cent quatre-vingts (180) jours qui suivent sa survenance.

Passé ces délais, l'Assuré perdra ses droits à indemnisation si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, sauf dans les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

En cas de décès, le Bénéficiaire ou les ayants droit de l'Assuré doivent en informer l'Assureur dans les plus brefs délais.

Les déclarations doivent être adressées au Gestionnaire de la Convention à l'adresse suivante : Kereis France – CS 20008 44967 Nantes Cedex 9.

Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du Gestionnaire.

## Titre 13. Fausse déclaration en cas de sinistre

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré et le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la résiliation du contrat, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

En cas de Sinistre Décès, toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose le Bénéficiaire et les ayants droit à une déchéance de garanties, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

## Titre 14. Expertise médicale

L'état d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Spécifique (pour l'incapacité fonctionnelle) peut être contrôlé par expertise médicale. Les décisions prises par les organismes sociaux dont l'Assuré dépend sont inopposables à l'Assureur sauf pour la Garantie Invalidité Spécifique.

L'Assureur par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

**Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin que l'Assureur aura désigné doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.**

Ledit médecin expert missionné par le Gestionnaire sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'Assuré. Chacune des parties désignera alors un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Si lesdits médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

## Titre 15. Exclusion des garanties

### Important



- Lorsque l'Assuré a fait l'objet d'une sélection médicale lors de son adhésion, ne sont pas garantis au titre de l'ensemble des garanties les Sinistres résultant et/ou provenant des suites ou conséquences de Maladies, Accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature du questionnaire de santé (sous réserve de la réglementation relative au « droit à l'oubli » prévue par la Convention AERAS). Les garanties s'exercent cependant sur les suites et conséquences de Maladies et Accidents qui ont été déclarés lors de la sélection médicale à l'adhésion, sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée sur l'Attestation d'assurance.
- Sont également exclus les Sinistres survenus antérieurement à la date de prise d'effet des garanties ou antérieurement à l'expiration du Délai d'attente, ainsi que leurs suites et conséquences.
- Lorsque l'Assuré n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de son adhésion, ne sont pas garantis, au titre de l'ensemble des garanties, les Sinistres dont la date de survenance est antérieure à la date de prise d'effet des garanties ou antérieure à l'expiration du Délai d'attente.

### Exclusions applicables à toutes les garanties

- Les Sinistres résultant et/ou provenant des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires ou de rixes (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), de la participation active à des actes terroristes,
- Les Sinistres résultant et/ou provenant des Accidents de la circulation résultant d'un état d'ivresse de l'Assuré caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation du Code de la Route en vigueur à la date de survenance de l'Accident,
- Les Sinistres résultant et/ou provenant de l'usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.

### Exclusion des garanties Décès

- Les Sinistres résultant et/ou provenant du suicide pendant la première année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation éventuelle des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide pour les garanties supplémentaires, est garanti à compter de la deuxième année qui suit la date de prise d'effet de l'augmentation,

Toutefois, pour les prêts destinés à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la première année dans la limite d'un plafond de 120 000 euros (article R 132-5 du Code des assurances),

- Les Sinistres résultant et/ou provenant d'Accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même.

#### Exclusions PTIA, ITT, IPP, IPT et GIS

En complément des exclusions qui précèdent, ne sont pas garantis les Sinistres résultant et/ou provenant :

- Des effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur ou de radiations d'une transmutation du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,

Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de Maladie ou d'Accident garanti,

- D'une tentative de suicide de l'Assuré,
- Du fait volontaire de l'Assuré ou du bénéficiaire,

Il appartient à l'Assureur d'établir que le Sinistre résulte et/ou provient d'une des causes d'exclusions précitées.

#### Exclusions relatives à la pratique des sports

Sont exclus de toutes les garanties, les activités et sports suivants :

- Les sports pratiqués à titre professionnel ou sous contrat rémunérés,
- Les paris, défis, raids et tentatives de record de quelle que nature que ce soit
- De tout sport et/ou activité sportive non représentés par une fédération française et agréée par l'Autorité de Tutelle,
- Les vols sur ailes volantes,
- La planche à voile à plus de 1 miles des côtes,
- La randonnée en montagne en solitaire au-dessus de 3 000 mètres,
- La tauromachie

Sports exclus et rachetables :

La pratique des activités et sports suivants, même occasionnelle, est exclue de toutes les garanties. Elle peut être couverte à la demande de l'Assuré et sous réserve d'acceptation par l'Assureur, après étude préalable et application éventuelle de conditions particulières. Dans le cadre d'une initiation ou d'un baptême encadrés par un personnel qualifié titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigées, les exclusions sportives listées ci-dessous ne s'appliquent pas.

- Tout sport nécessitant l'usage d'un véhicule à moteur (terrestre, nautique ou aérien) et/ou de tout sport aérien (à voile, aile ou moteur),
- La pratique du saut à l'élastique, du canyoning, du rafting, de la spéléologie,
- La pratique des sports de neige, de montagne, de glace et d'alpinisme (hormis la randonnée à moins de 3 000 mètres et le ski alpin sur piste réglementée et ouverte)
- La pratique des sports de combat, d'arts martiaux
- La pratique équestre, de la chasse à courre,
- La navigation maritime et de la pratique des activités nautiques, de la plongée sous-marine.

## Titre 16. Fin des garanties et de l'adhésion

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

- Lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations et au plus tard à son 90<sup>ème</sup> anniversaire pour la garantie Décès et à son 65<sup>ème</sup> anniversaire pour les autres garanties (ou à son 70<sup>ème</sup> anniversaire s'il a souscrit l'Option Extension garantie à 70 ans).

L'adhésion et toutes les garanties prennent également fin :

- au terme contractuel du prêt ou de l'acte de cautionnement,
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme,
- dès que l'Adhérent a entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de son adhésion,
- dès que l'Assuré perd sa qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur ou de caution

#### **A l'initiative de l'Adhérent :**

- Pour les Prêts immobiliers mentionnés au 1° de l'article L 313-1 du Code de la consommation, à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 113- 12-2 du code des assurances.

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

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

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

En cas de refus de la substitution par l'Organisme prêteur, l'adhésion est maintenue et continue de produire ses effets.

- Pour l'ensemble des prêts professionnel ou non professionnel :
  - chaque année au 31 décembre par l'envoi d'un courrier recommandé ou d'une Lettre recommandée électronique adressé au Gestionnaire au plus tard le 31 octobre avec l'accord de l'Organisme prêteur.

Dans tous les cas, l'Adhérent devra adresser son courrier (simple ou recommandé) à l'adresse suivante : Kereis France 3 rue Victor Schœlcher – Bâtiments E et F – 44800 Saint-Herblain.

#### **A L'initiative de l'Assureur**

- En cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Cotisation »,
- En cas de fausse déclaration, conformément au paragraphe « Sanctions en cas de fausse déclaration ».

**La cessation de l'adhésion met fin à l'ensemble des garanties et aux droits à indemnisation.**

## **Titre 17. Cotisations**

Les garanties et options de l'adhésion sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

#### **Assiette de cotisation**

L'assiette de la première cotisation correspond au Montant garanti initial pour chaque Assuré et au capital restant dû garanti à la date anniversaire de la date d'effet, pour les cotisations suivantes.

La cotisation d'assurance est déterminée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'effet de l'assurance, pour la première année de cotisation et, les années suivantes, de l'âge de l'Assuré à la date anniversaire de la date d'effet.

Tout changement du taux des taxes applicables au contrat, toute instauration de nouvelles impositions applicables au contrat ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable au contrat entraînera une modification du montant de la cotisation.

#### **Paiement des cotisations**

La cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en Union Européenne. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

#### **Défaut de paiement des cotisations**

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours qui suivent son échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées trente (30) jours après son envoi, les garanties sont suspendues. À défaut de paiement, le contrat est résilié de plein droit et sans autre formalité dix (10) jours après expiration de ce délai de trente (30) jours. L'Organisme prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

#### **Irrévocabilité des cotisations**

Sous réserve de l'exactitude des déclarations de l'Adhérent ainsi que celles de chaque Assuré, la cotisation est irrévocable pendant toute la durée de l'adhésion sauf dans les cas suivants :

- Changement du taux des taxes applicables au contrat, instauration de nouvelles impositions applicables au contrat ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable au contrat,
- Modifications des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement nécessitant l'émission d'un avenant au contrat,
- A la demande de l'Assuré, en cours d'adhésion, pour garantir la pratique de sports exclus et rachetables.

## Titre 18. Modification en cours d'adhésion

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Adhérent ainsi que celles de chaque Assuré lors de la demande d'admission.

En cours de contrat, les changements intervenus dans la situation des Assurés n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Toutefois, si en cours de contrat, l'Adhérent souhaite garantir une pratique sportive exclue ou si les conditions de la pratique sportive déclarée garantie évoluent, une acceptation préalable de l'Assureur sera nécessaire.

Afin de procéder à la mise à jour du contrat, l'Adhérent doit communiquer au Gestionnaire par écrit, dès qu'il en a connaissance, toute modification des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement (allongement de la durée, modification du taux d'intérêt, remboursement partiel ou total anticipé, renégociation...).

**Toutes modifications des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement non déclarées au Gestionnaire sont opposables à l'Assureur dès lors qu'elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire.**

L'Adhérent doit également informer le Gestionnaire dès qu'un Assuré fait valoir ses droits à la retraite dans le cas où il ne poursuit pas de manière effective une activité professionnelle rémunérée.

En ayant adhéré à la Convention via un processus dématérialisé ou en communiquant au Gestionnaire son adresse électronique personnelle, l'Adhérent accepte que les informations relatives à l'exécution du contrat soient transmises à cette adresse. L'Adhérent peut à tout moment, par écrit, demander au Gestionnaire de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, l'Adhérent doit ainsi que les Assurés, avertir le Gestionnaire dans les plus brefs délais. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

## Titre 19. Convention AERAS (S'assurer et Emprunter Avec un Risque Aggravé de Santé)

Lorsque le candidat à l'assurance est soumis à des formalités médicales d'adhésion et que les garanties sollicitées ne peuvent être accordées aux conditions standard avec le cas échéant exclusion(s) et/ou surprime (niveau 1 de la convention AERAS), elles sont alors examinées individuellement au titre du niveau 2 de la convention AERAS. Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet [www.aeras-infos.fr/](http://www.aeras-infos.fr/).

## Titre 20. Bases légales

Le contrat est régi par le Code des assurances. La loi française est applicable au présent contrat et la langue française est utilisée dans toutes les relations contractuelles entre Quatrem et l'Assuré.

Les risques sont assurés par Quatrem.

Quatrem est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) – 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

### Faculté de renonciation

#### Délais de la renonciation

##### Si l'adhésion à la Convention résulte d'un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent :

*« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».*

Ce délai est porté de quatorze (14) à trente (30) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, telle que définie au paragraphe « Prise d'effet des garanties ».

##### Si l'adhésion à la Convention est réalisée à distance (internet) :

Si l'adhésion à la Convention a été effectuée à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement (c'est-à-dire en dehors des locaux professionnels de l'intermédiaire en assurances), conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, il est possible de renoncer à l'adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus.

Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :

« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, (date d'émission de la demande d'admission);

b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du

Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a. »

#### Dans tous les autres cas :

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion, telle que définie au paragraphe « Prise d'effet des garanties ».

#### Modalités de renonciation

Dans tous les cas, pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit avoir obtenu l'accord écrit de l'Organisme prêteur. Il doit notifier sa décision de renonciation à :

Kereis France – Service réclamations – CS 20008 44967 Nantes Cedex 9

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que l'Adhérent transmette sa décision de renonciation avant l'expiration du délai de rétractation de trente (30) jours susmentionné.

#### Conseil pratique

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :



« Je soussigné(e) M ..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer au contrat iNéo Emprunteur n°..... que j'ai souscrit le ..... Par l'intermédiaire du Cabinet .....  
Fait à ..... le .....signature de l'Adhérent et de l'Organisme prêteur ..... ».

#### Effets de la renonciation

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existée. Les cotisations encaissées font l'objet d'un remboursement dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de la lettre.

La garantie Décès est acquise jusqu'au remboursement correspondant au montant de la cotisation remboursée et au plus tard, jusqu'au 30<sup>ème</sup> jour suivant la date d'effet des garanties.

Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion, l'Adhérent ne peut plus exercer son droit à renonciation.

#### Sanctions en cas de fausse déclaration

Conformément aux articles L 113-8 et L113-9 du Code des assurances, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours de contrat est sanctionnée par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat, dès lors qu'elle est établie par l'Organisme assureur et ce même si elle a été sans influence sur le Sinistre.

Article L. 113-8 du Code des assurances :

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

Article L. 113-9 du Code des assurances :

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

## Prescription

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances, « *Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance* ».

Toutefois, ce délai ne court :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

« *La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code civil)) 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.* »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (article 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (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 (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).

L'article L 114-3 du Code des assurances prévoit que, « *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 la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci* ».

## Loi informatique et liberté

Les données à caractère personnel recueillies par Kereis France sont indispensables, y compris les données de santé, au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, Kereis France et l'Assureur mettent en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à leurs obligations légales Kereis France et l'Assureur mettent également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'Assureur et à Kereis France en tant que responsables de leurs traitements et à leurs sous-traitants.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des

directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le Délégué à la protection des données par mail à l'adresse [protectiondesdonnees@kereisfrance.com](mailto:protectiondesdonnees@kereisfrance.com) ou par courrier à l'adresse Kereis France – Service réclamations – CS 20008 44967 Nantes Cedex 9.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire par connexion à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr).

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Assureur et Kereis France de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

## Réclamation – Médiation

Indépendamment du droit d'engager une action en justice, après avoir contacté son conseiller habituel, l'Adhérent, l'Assuré ou le Bénéficiaire, est invité, si la réponse reçue ne le satisfait pas, à adresser sa réclamation au service Réclamation de Kereis France :

- soit par courriel envoyé à : [reclamations@kereisfrance.com](mailto:reclamations@kereisfrance.com)
- soit par courrier adressé à : Kereis France – Service réclamations – CS 20008 44967 Nantes Cedex 9

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'organisme assureur ou le Gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance TSA 50010, 75441 PARIS CEDEX 09 France, ou par voie électronique : <http://www.mediation-assurance.org> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat sera portée devant le tribunal compétent.

## Législation

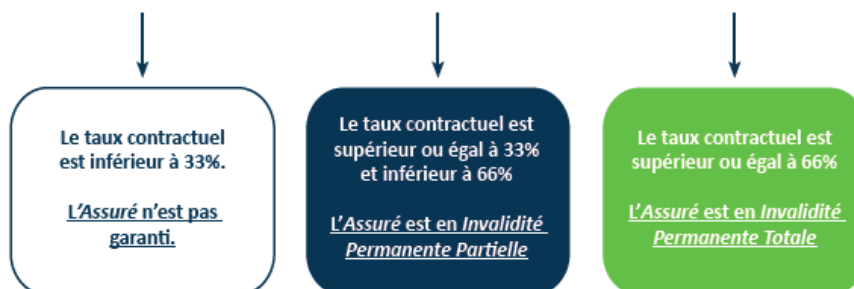
Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le présent contrat est de plein droit applicable au jour de son entrée en vigueur.

# ANNEXE

## Barème d'invalidité

Le taux d'invalidité permanente attribué à l'Assuré est déterminé selon le barème ci-dessous, en fonction des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle qui lui sont reconnus par expertise médicale :

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



### 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  
Une société du groupe Malakoff Humanis

### KEREIS FRANCE

SAS au capital de 2 000 000 €  
Siège social : 3 rue Victor Schœlcher – Bâtiments E et F – 44800 Saint Herblain  
07 009 030 RCS Nantes