

ASSURANCE DE PRÊTS

CONDITIONS GÉNÉRALES	2-15
DÉFINITIONS	2
1•OBJET DU CONTRAT	2
2•FORMALITÉS D'ADHÉSION	3
3•ADHÉSION AUX GARANTIES	4
4•DATE D'EFFET DES GARANTIES	5
5•DROIT DE RENONCIATION	5
6•DURÉE DES GARANTIES	5
7•CESSATION DES GARANTIES	5-6
8•GARANTIES PROPOSÉES	6
9•DÉFINITIONS DES GARANTIES	6-9
10•LIMITE DES GARANTIES	9
11•ÉTENDUE TERRITORIALE	9
12•RISQUES EXCLUS	10
13•PROFESSIONS EXCLUES ET SPÉCIFIQUES	11
14•COUVERTURE DES PRATIQUES SPORTIVES	11
15•CONVENTION AERAS	11-12
16•RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	12-13
17•CONTRÔLE MÉDICAL	13
18•TIERCE PERSONNE AMIABLE	13
19•MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS	13-14
20•OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT ET DE L'ASSURÉ	14
21•DISPOSITIONS DIVERSES	14-15

Notice d'information contractuelle

PAREO-V5 EMPRUNTEURS®

L'ADHÉSION

- Possibilité d'adhérer jusqu'à 85 ans en Décès.
- Couverture jusqu'à 90 ans en Décès.
- Couverture jusqu'à 65 ans en Incapacité Totale de Travail/Invalidité Permanente Totale et Perte Totale et irréversible d'autonomie.
- Couverture des situations à risques : professions et sports spécifiques, risques aggravés de santé.

Et en plus des options qualitatives

- Option Privilège : couverture dépendance et allègement des limitations en Incapacité Totale de Travail/Invalidité Permanente Totale.
- Option Revente de la résidence principale.

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe n° L. 1019/0001, de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par les associations ALPTIS et APTI, auprès de SWISSLIFE Assurance et Patrimoine, SWISSLIFE Prévoyance et Santé et SWISSLIFE Assurances de Biens, ci-après dénommés l'Assureur.

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association ALPTIS dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 et l'association APTI dont le siège social est situé 21, rue du Mail BP 4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations régies par la loi de 1901,
- et d'autre part, SWISSLIFE Assurance et Patrimoine, dont le siège social est situé 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08, SA au capital de 154 797 164,35 € - 341.785.632 RCS Paris - SWISSLIFE Prévoyance et Santé, dont le siège social est situé 86, boulevard Haussmann - 75380 PARIS CEDEX 08, SA au capital de 150 000 000 € - 322.215.021 RCS Paris - SWISSLIFE Assurances de Biens, dont le siège social est situé 86, boulevard Haussmann - 75380 PARIS CEDEX 08, SA au capital de 80 000 000 € - 391.277.878 RCS Paris, ci-après dénommées l'Assureur, entreprises régies par le Code des assurances,

un contrat d'assurances de groupe à adhésion facultative n° L. 1019/0001.

Ce contrat est ouvert aux membres des associations ALPTIS et APTI.

La gestion de ce contrat est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03. Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est effectuée est précisé sur votre attestation d'assurance de prêt. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

DÉFINITIONS

Adhérent : personne morale ou physique qui adhère au présent contrat groupe. L'Adhérent, pour autant qu'il soit une personne physique, peut aussi être l'Assuré.

Assuré : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance. Si l'assuré est caution du prêt garanti, le droit aux prestations est subordonné à la mise en œuvre préalable du cautionnement suite à la défaillance de l'emprunteur.

Bénéficiaire : le bénéfice de l'assurance est attribué à l'organisme financier qui est réputé bénéficiaire acceptant. Si le risque se réalise, toutes les prestations sont réglées au Bénéficiaire sauf accord spécifique écrit de ce dernier ou clause séquestre.

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

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

Délai d'attente : il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur l'attestation d'assurance de prêt.

Maladie : toute altération de l'état de santé, constatée par une autorité médicale.

1•OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de mettre à la disposition des titulaires de prêts consentis par un organisme prêteur, une assurance garantissant à titre principal le paiement d'un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et, à titre facultatif, le versement d'une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et le versement d'un capital en cas d'Invalidité Permanente Totale.

1•1 PERSONNES ASSURABLES

La date limite d'adhésion est fixée au jour :

- du 65^e anniversaire de l'Assuré pour la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- du 85^e anniversaire de l'Assuré pour la seule garantie Décès souscrite à plus de 65 ans (pour les prêts In fine, il est impossible de souscrire la garantie Décès au-delà du 65^e anniversaire) ;
- du 60^e anniversaire pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ;
- du 55^e anniversaire de l'Assuré pour l'Option Décès Plus ;
- du 50^e anniversaire pour l'Option Revente ;
- du 75^e anniversaire de l'Assuré pour la garantie dépendance totale de l'option Privilège (pour les prêts In fine la date limite d'adhésion est fixée au jour du 65^e anniversaire de l'Assuré) ;
- du 60^e anniversaire pour la prise en charge en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale des pathologies décrites à l'article 12 de la présente notice d'information (option Privilège).

Pour souscrire les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale et l'option Décès Plus, l'assuré doit exercer de manière effective une activité professionnelle et ne doit pas bénéficier d'aménagements du temps et/ou des conditions de travail pour raisons de santé. Par exception, les personnes bénéficiant d'une suspension d'activité pour congé maternité (ou assimilé pour les non salariés), congé parental d'éducation, congé sabbatique, ou congé formation peuvent souscrire les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale ainsi que l'option Décès Plus.

Pour être admissible à l'assurance pour l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en France métropolitaine (hors Corse) et être âgé de 18 ans au moins. Les personnes françaises résidant à Monaco, en Corse, en Guyane, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin (territoire français), en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, en Grande-Bretagne, au Portugal ou en Suisse peuvent être assurées pour la seule garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sous réserve que le prêt à garantir soit :

- souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en France ou à Monaco,
- libellé en euros ou en francs suisses (mais converti obligatoirement en euros dans ce cas),
- rédigé en français.

Ces garanties pourront également être étendues aux Français expatriés, moyennant l'application de conditions particulières ou de limitations de garanties qui seront établies par l'Assureur au cas par cas.

Les personnes françaises résidant en Guadeloupe et en Martinique peuvent souscrire les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale. En revanche, l'option Privilège ne leur est pas ouverte.

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

En cas de pluralité d'assurés, la garantie incapacité temporaire totale de travail ne peut être souscrite par chaque assuré que s'il exerce une activité avec un taux d'activité effectif supérieur ou égal à 50 %.

1•2 CRÉDITS ÉLIGIBLES

Les garanties sont ouvertes pour les prêts ayant les caractéristiques suivantes :

- capitaux empruntés :

- supérieur ou égal à 21 501 € pour les assurés âgés de moins de 60 ans au jour de l'adhésion ;
- supérieur ou égal à 10 000 € pour les assurés âgés de plus de 60 ans au jour de l'adhésion.

En cas de pluralités d'assurés, si l'un d'eux a plus de 60 ans, le capital minimum emprunté autorisé sera de 10 000 €.

- Capitaux assurés (c'est-à-dire en tenant compte de la quotité) :

- le total des capitaux assurés pour chacun des assurés de moins de 60 ans doit être compris entre 15 000 € et 350 000 € ;
- le total des capitaux assurés pour chacun des assurés de plus de 60 ans doit être compris entre 10 000 € et 350 000 €.

- Durée comprise entre 24 (sauf pour les prêts relais) et 360 mois.

- Type de prêts :

- Prêt amortissable avec ou sans différé d'amortissement
- Prêt In Fine
- Prêt relais : ces prêts sont éligibles aux seules garanties Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Ils doivent, en outre, être jumelés avec un ou plusieurs autres prêts d'une durée supérieure ou égale à 24 mois également garantis dans le cadre du présent contrat.

En outre, ces prêts peuvent être à paliers ou modulables.

Les garanties Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale, ainsi que la garantie Dépendance Totale de l'option Privilège, sont ouvertes dans le cadre d'un investissement locatif. La quotité assurée pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale est limitée à 50 %.

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

- Type de taux :

- taux fixe.
- taux variable.

De plus, le prêt doit être contracté auprès d'un organisme de crédit établi en France ou à Monaco à condition que le prêt à garantir soit libellé en euros ou en francs suisses (mais converti obligatoirement en euros dans ce cas) et rédigé en français. Si le prêt à garantir est libellé en francs suisses, le montant assuré en euros correspond au montant converti au taux de change euro/franc suisse retenu à la date d'acceptation de l'assurance. Toutefois, l'adhérent a la faculté de réactualiser son tableau d'amortissement, sur la base de l'évolution du taux de change entre le 1^{er} décembre de l'année précédant la réactualisation et le 1^{er} décembre de l'année de la réactualisation, dans la limite de plus ou moins 10 %. La demande de l'adhérent doit être formulée dans le délai indiqué dans son attestation d'assurance de prêt. Si la demande n'est pas formulée dans ce délai, la réactualisation ne pourra plus être faite par la suite pour l'année considérée.

2• FORMALITÉS D'ADHÉSION

2•1 Les documents contractuels sont formés par :

- la demande d'adhésion,
- les formalités médicales qui sont fonction de l'ensemble des capitaux assurés et de l'âge de l'Assuré,
- le tableau d'amortissement exprimé en euros (il doit être communiqué obligatoirement lors de l'adhésion),
- la notice d'information, qui a pour objet de décrire la vie de l'adhésion et de définir l'ensemble des garanties souscrites,
- l'attestation d'assurance de prêt, qui précise les garanties, leur date d'effet, leur montant, et l'éventuelle franchise.

2•2 À l'adhésion, l'Assuré et l'Adhérent doivent compléter une Demande d'Adhésion et la signer. L'Assuré doit en outre se soumettre aux formalités médicales fixées par l'Assureur, le cas échéant. Lors de l'adhésion, une note de couverture d'une validité de deux mois, portant sur le seul risque de Décès Accidentel pourra être émise si les conditions d'adhésion le permettent, avant l'édition de l'attestation d'assurance de prêt.

L'Adhérent indique sur la Demande d'Adhésion la date de premier déblocage des fonds. Si cette date est inconnue, l'Adhérent indique la date la plus proche "pressentie". Toutefois, si le décalage entre la date de la signature de l'offre de prêt et le premier déblocage des fonds est supérieur à 6 mois, l'adhérent s'engage à en aviser l'Assureur. Dans ce cas, ALPTIS ASSURANCES pourra proposer une nouvelle offre d'assurance soumise à de nouvelles formalités médicales ou demander une simple attestation d'état de santé inchangé.

A défaut d'information concernant le report de la date de déblocage des fonds, le montant de la prestation sera calculé sur la base du tableau d'amortissement communiqué lors de l'adhésion.

Les dates d'effet figurant sur l'attestation d'assurance de prêt correspondent aux périodes de cotisation. Si la date de 1^{er} déblocage des fonds est postérieure à la date de début des cotisations, dans une période maximum de 6 mois, les dates d'effet des garanties seront réajustées à celle du prêt.

2•3 FORMALITÉS MÉDICALES

Les formalités médicales sont fonction du montant de la somme des capitaux à assurer au titre de la présente demande et des capitaux restant dus assurés au titre d'éventuelles autres adhésions à un contrat groupe de même type géré par ALPTIS ASSURANCES, de l'âge de l'Assuré, et des réponses données sur la Déclaration d'Etat de Santé le cas échéant.

Les frais médicaux directement occasionnés par les formalités médicales auxquelles doit se soumettre le candidat à l'assurance sont pris en charge par l'Assureur uniquement dans les conditions suivantes :

- si l'assurance se matérialise,
- si l'Assureur refuse la garantie,
- si l'Assuré refuse la proposition en cas de surprime ou d'exclusion de certaines pathologies.

L'admission est subordonnée au résultat jugé satisfaisant par l'Assureur des formalités médicales : celui-ci se réserve le droit de demander d'autres renseignements ou d'autres formalités médicales, de n'accepter l'Assuré qu'à des conditions particulières, de l'ajourner ou de le refuser. L'assureur s'engage à ce qu'entre la réception de l'ensemble des pièces du dossier et la réponse formulée par celui-ci, le délai écoulé n'excède pas 3 semaines. Lorsque l'Assureur est amené à accepter un Assuré à des conditions particulières, l'Assureur lui soumet une proposition d'assurance. Celle-ci est valable pendant une durée de 4 mois à compter de la date de son émission. Passé ce délai, l'Assureur n'est plus lié par la proposition. Les formalités médicales à accomplir à l'adhésion sont les suivantes.

Lorsque l'âge à l'adhésion est inférieur ou égal à 50 ans :

- Capitaux assurés inférieurs à 230 000 € :
 - Déclaration d'Etat de Santé (Réf. PAREO-V5-PC D.E.S.) faisant partie intégrante de la Demande d'Adhésion.
- Capitaux assurés compris entre 230 001 € et 350 000 € :
 - Déclaration d'Etat de Santé (Réf. PAREO-V5-PC D.E.S.) - Rapport Médical (Réf. PAREO-V5 R.M.) à remplir par un médecin choisi par la personne à assurer ;
 - Profil sanguin : hémogramme et vitesse de sédimentation, numération des plaquettes dosages sanguins de glucose, exploration des anomalies lipidiques, créatinine, acide urique, transaminases SGOT-SGPT et Gammas GT, bilan viral (Ag HBs, sérologie HCV, sérologie HIV 1 et 2).
 - Analyse d'urines : test de cotinine pour les non-fumeurs.

Lorsque l'âge à l'adhésion est supérieur à 50 ans :

- Capitaux assurés inférieurs ou égaux à 30 000 € :
 - Déclaration d'Etat de Santé (Réf. PAREO-V5-PC D.E.S.) faisant partie intégrante de la Demande d'Adhésion.
- Capitaux assurés compris entre 30 001 € et 160 000 € :
 - Questionnaire de Santé (Réf. PAREO- V5 Q.S.) dûment complété, daté et signé par la personne à assurer.
- Capitaux assurés compris entre 160 001 € et 350 000 € :
 - Déclaration d'Etat de Santé (Réf. PAREO-V5-PC D.E.S.) - Rapport Médical (Réf. PAREO- V5 R.M.) à remplir par un médecin choisi par la personne à assurer ;
 - Profil sanguin : hémogramme et vitesse de sédimentation, numération des plaquettes dosages sanguins de glucose, exploration des anomalies lipidiques, créatinine, acide urique, transaminases SGOT-SGPT et Gammas GT, bilan viral (Ag HBs, sérologie HCV, sérologie HIV 1 et 2) ;
 - Analyse d'urines : test de cotinine pour les non-fumeurs.

En cas de réponse(s) positive(s) dans la Déclaration d'Etat de Santé, l'Assuré sera amené à se soumettre au Questionnaire de Santé (Réf. PAREO- V5 Q.S.) qui devra être transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur, au bon soin d'ALPTIS ASSURANCES.

2•4 AUGMENTATION DES CAPITAUX ASSURÉS - FORMALITÉS SIMPLIFIÉES

Si lors de l'adhésion, l'Assuré a été accepté sans majoration tarifaire, il lui est permis durant une période d'un an à compter de l'adhésion initiale, d'augmenter les capitaux assurés en fonction de nouveaux prêts bancaires qui pourraient lui être consentis. L'augmentation est possible dans les limites suivantes : le cumul des capitaux restant dus au titre des prêts en cours et du montant du nouveau capital souscrit et l'âge atteint par l'Assuré ne dépassent pas les plafonds de la tranche des formalités médicales appliquée à l'origine. La nouvelle adhésion est accompagnée d'une Attestation de Santé (Réf. PAREO-V5 A.S.) sur l'honneur pour actualisation. Les délais d'attente prévus au contrat seront appliqués pour la partie des capitaux majorés. Pour toute nouvelle demande d'augmentation de capitaux au-delà des limites citées ci-dessus ou dans le cas où l'Assuré ne peut signer l'Attestation de Santé ci-dessus indiquée, il sera fait application des formalités médicales, comme pour une adhésion nouvelle.

3•ADHÉSION AUX GARANTIES

3•1 L'Adhérent adhère aux garanties proposées. Le contenu de chaque garantie est défini aux articles 8 et 9.

3•2 QUOTITÉ ASSURÉE

La garantie couvre l'Assuré à hauteur de la quotité choisie au moment de l'adhésion pour chacune des garanties précisées sur la demande d'adhésion et repris sur l'attestation d'assurance de prêt, cette quotité ne pouvant dépasser 100 %. Lorsque la couverture d'assurance d'un Assuré est inférieure à 100 %, les garanties souscrites sont réduites en proportion du pourcentage retenu.

La quotité de la garantie Invalidité Permanente Totale de Travail ne peut excéder celle de la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

La quotité de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail est identique à celle de la garantie Invalidité Permanente Totale.

La quotité de l'Option Décès Plus (invalidité professionnelle à 100 % pour certaines professions médicales) est celle retenue pour la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

La quotité de l'Option Privilège pour la garantie dépendance totale est celle retenue pour la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

En cas de pluralité d'assurés, si l'un ou plusieurs d'entre eux exercent une activité avec un taux d'activité effectif compris entre 50 % et 100 %, la quotité de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale assurée ne peut dépasser pour le ou les assurés concernés ce taux d'activité.

En cas de réduction d'activité en cours de contrat, la quotité assurée est réduite à due proportion.

3•3 L'adhésion aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ou à la seule garantie Invalidité Permanente Totale postérieurement à celle de la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle adhésion aux garanties. Cette adhésion n'est possible qu'en cas de changement de statut professionnel ou en cas de reprise d'une activité par un assuré auparavant sans profession. L'option Privilège peut être souscrite à cette occasion.

Les capitaux servant à déterminer les formalités médicales correspondent à la somme du capital restant dû à la date de la nouvelle adhésion et du supplément de capital couvert le cas échéant.

3•4 En cas d'expatriation de l'Assuré en dehors de la France Métropolitaine, les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale et les options Décès Plus, Privilège et Revente sont automatiquement résiliées, si ces dernières avaient été souscrites. La garantie Décès/PTIA est maintenue. Il est permis à l'Assuré, s'il revient en France Métropolitaine (hors Monaco et Corse), de souscrire de nouveau les garanties, sous réserve que cette demande soit formulée dans les 60 jours du retour, qu'un Questionnaire de Santé (PAREO-V5 Q.S.) soit à nouveau rempli et sous réserve de l'accord de l'Assureur.

3•5 En cas de suspension d'activité pour congé parental d'éducation, congé sabbatique ou congé de formation, la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail est suspendue. Si l'assuré en fait la demande le règlement des cotisations afférentes peut être suspendu. Dans ce cas, la demande de remise en vigueur de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail devra être effectuée dans un délai de 60 jours à compter de la reprise du travail pour ne pas donner lieu à de nouvelles formalités médicales ni à de nouveaux délais d'attente. A défaut, la demande sera soumise à de nouvelles formalités médicales et les délais d'attente prévus à l'article 9•2 s'appliqueront. La couverture de l'Invalidité Permanente Totale reste acquise pendant la période de congé parental.

4•DATE D'EFFET DES GARANTIES

Sous réserve du paiement de la première cotisation, les garanties prennent effet à la date demandée par l'Adhérent sur la Demande d'Adhésion après acceptation par l'Assureur et au plus tôt à cette date.

Lorsque le prêt fait l'objet d'une offre de crédit, la date de prise d'effet sera au plus tôt celle de l'acceptation de l'offre de crédit, sous réserve du paiement de la première cotisation. Par ailleurs, le risque Décès par accident est couvert à compter de la réception de la demande d'adhésion par ALPTIS ASSURANCES pour une durée maximale de 2 mois et à hauteur du montant souscrit, sous réserve de l'existence d'une offre de prêt en faveur de l'Adhérent. Cette garantie provisoire cesse en cas d'acceptation de l'Adhérent au bénéfice des garanties complètes ou à la date de confirmation par l'Assureur de son refus d'accepter à l'assurance la personne intéressée.

5•DROIT DE RENONCIATION

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

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera à l'adhérent dans un délai de 30 (trente) jours.

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 33 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l'adhérent), demeurant à ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signée le (date)....."

A..... Le

Signature

6•DURÉE DES GARANTIES

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année. La résiliation du contrat souscrit par les associations ALPTIS et APTI auprès de SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours qui continuent à produire leurs effets dans les conditions prévues au contrat.

7•CESSATION DES GARANTIES

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

7•1 A l'égard de chaque Assuré, les garanties cessent :

- au plus tard au jour du 90^e anniversaire pour le risque DÉCÈS et le risque DÉPENDANCE TOTALE de l'option PRIVILÈGE (sauf pour les prêts In fine dont ces garanties cessent au 75^e anniversaire) ;
- lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au jour du 65^e anniversaire pour le risque PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ;
- lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au jour du 65^e anniversaire pour les risques INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL et INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE ;
- au plus tard au jour du 65^e anniversaire de l'assuré pour l'option DÉCÈS PLUS et pour les conditions particulières de prise en charge des pathologies psychiatriques, psychiques, disco-vertébrales et para-vertébrales de l'option PRIVILÈGE ;
- au plus tard au jour du 55^e anniversaire de l'assuré pour l'option REVENTE.

Dans le cas où l'amortissement du prêt se prolongerait au-delà de ces limites, l'assuré ne bénéficierait plus des garanties correspondantes.

7•2 Par ailleurs, les garanties cessent également :

- le jour du paiement du capital assuré du crédit en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, de survenance d'un état de dépendance totale pour les assurés de plus de 50 ans ayant souscrit l'option Privilège, d'Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % de l'option Décès Plus ou d'Invalidité Permanente Totale.

Si le capital versé au titre de l'Invalidité Permanente Totale est inférieur au capital assuré pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et dépendance totale de l'option Privilège, ces garanties sont maintenues à hauteur du capital restant dû assuré.

Dans ce cas la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est maintenue sur la base du capital restant dû résiduel assuré, sous réserve du paiement des primes correspondantes ;

- le jour où le crédit a été intégralement remboursé, à l'échéance finale ou par anticipation ;
- au 31 décembre suivant la demande de résiliation par l'Adhérent : l'Adhérent peut résilier son engagement, par lettre recommandée, 2 mois avant la date de renouvellement (soit au plus tard le 31 octobre). La dénonciation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré, les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice. L'Assureur informe par lettre l'organisme prêteur ;
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme créancier du prêt garanti qui est bénéficiaire des indemnités d'assurance ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations, en application des dispositions de l'article L. 113.3 du code des assurances et conformément à l'article 19 ;
- en cas de résiliation du contrat de prêt pour quelque motif que ce soit ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois.

8•GARANTIES PROPOSÉES

8•1 Le présent contrat comprend les garanties suivantes :

- **Une garantie obligatoire** couvrant les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (ou le risque décès seul pour les assurés âgés de 65 ans et plus lors de l'adhésion) dite garantie de base.
- **Deux garanties facultatives** couvrant les risques :
 - Invalidité Permanente Totale,
 - Incapacité Temporaire Totale de Travail.

La garantie Incapacité temporaire Totale de travail ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente Totale. En cas de souscription de la seule garantie facultative Invalidité Permanente Totale, il est impossible par la suite de souscrire la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.
- **Trois options :**
 - une Option Décès Plus (exclusivement réservée aux assurés exerçant à titre libéral les professions de médecins spécialistes, chirurgiens ou chirurgiens-dentistes, et de vétérinaires) qui ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion à la garantie de base ;
 - une option Privilège (cf. article 9•3) ;
 - une option Revente (cf. article 9•4).

8•2 La franchise applicable à la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail est de 30, 90 ou 180 jours au choix de l'Adhérent exprimé au moment de l'adhésion et mentionné dans l'attestation d'assurance de prêt.

Seules les franchises de 90 ou de 180 jours sont disponibles pour les fonctionnaires ainsi que pour les résidents de la Guadeloupe et de la Martinique. En cours de contrat, il est impossible de diminuer le délai de franchise choisi au moment de l'adhésion.

En cas d'adhésion aux garanties Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail postérieurement à celle de la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (dans les conditions de l'article 3•3), seule la franchise 90 jours est disponible en Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Pour les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement et de désintoxication, ainsi que les séjours en établissement de repos, une franchise de 90 jours est appliquée pour les assurés ayant souscrit une franchise de 30 jours.

9•DÉFINITIONS DES GARANTIES

9•1 GARANTIE DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Décès de l'Assuré avant le jour de son 90^e anniversaire ou en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avant le jour de son 65^e anniversaire ou avant d'avoir atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 65 ans, l'Assureur intervient pour le remboursement du montant du prêt restant dû au jour du Décès ou à la date de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, selon le tableau d'amortissement au jour du sinistre et selon la quotité assurée mentionnée sur l'attestation d'assurance de prêt.

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

L'Assuré présentant une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est défini comme étant dans l'impossibilité absolue et définitive, suite à une maladie ou un accident garanti, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

L'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera déterminé par les médecins de l'Assureur par expertise médicale.

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avant le déblocage total des fonds et s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle celui-ci est consenti demeure, il est versé à l'organisme créancier, et selon la quotité assurée, la part des fonds éventuellement débloqués au jour du sinistre (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du sinistre), le surplus éventuel étant versé aux bénéficiaires désignés sur la demande d'adhésion. Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de cette garantie met fin à l'adhésion.

Option Décès Plus pour les professions libérales médicales spécialisées

Les Assurés exerçant à titre libéral la profession de médecin spécialiste, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, ou de vétérinaires qui en font la demande et qui acquittent le supplément de cotisation correspondant, bénéficient de l'assimilation au Décès en cas d'invalidité professionnelle permanente à 100 %, appréciée selon le barème ci-dessous, si celle-ci est consolidée avant 65 ans ou avant d'avoir atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 65 ans et à condition qu'il exerce de manière effective à la date du sinistre, la profession indiquée sur la Demande d'Adhésion. Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de cette option correspondant, sous réserve des limites éventuelles prévues à l'attestation d'assurance du prêt, au montant du capital garanti en cas de décès au jour de la consolidation de l'état d'Invalidité Professionnelle Permanente, met fin à l'adhésion.

BARÈME SPÉCIAL D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE À 100 % POUR LES PROFESSIONS DE MÉDECIN SPÉCIALISTE, CHIRURGIEN, CHIRURGIEN-DENTISTE ET DE VÉTÉRIKAIRE

- Aliénation totale incurable
- Cécité complète
- Surdité totale des deux oreilles
- Hémiplégie organique complète

- Désarticulation ou ankylose de l'épaule
- Paralysie complète du plexus brachial, du médian du bras, du radial au dessus du triceps
- Amputation du bras, de l'avant bras, du poignet
- Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant bras droit
- Amputation de la main
- Amputation du pouce ou de la phalange terminale
- Amputation de l'index
- Amputation du médus
- Amputation de l'auriculaire
- Amputation des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)
- Amputation de la cuisse au tiers moyen
- Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe

9•2 GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Délai d'attente :

En cas de souscription ultérieure de garanties :

Dans le cas où l'adhésion aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale n'est pas simultanée à l'adhésion à la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ne sont acquises qu'à l'issue d'un délai d'attente de 6 mois décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion à ces garanties.

Tout arrêt de travail, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant cette période ne sera en aucun cas pris en charge par l'assureur. Toute rechute consécutive à cet arrêt de travail sera également exclue des garanties.

Ces dispositions ne sont toutefois pas applicable lorsque l'arrêt de travail résulte d'un accident.

9•2•1 Incapacité Temporaire Totale de travail

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'Assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, avant le jour de son 65^e anniversaire, avant d'avoir atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 65 ans ou avant sa mise à la retraite pour inaptitude au travail, dans l'impossibilité physique totale, constatée par une autorité médicale compétente, de continuer son travail même de surveillance ou de direction. Dans ces conditions, l'Assureur intervient après application de la franchise contractuelle choisie par l'Assuré au moment de l'adhésion et mentionnée dans l'attestation d'assurance de prêt. Le calcul de la franchise débute le 1^{er} jour de l'arrêt de travail constaté médicalement en France métropolitaine et au plus tôt à la date de 1^{er} déblocage des fonds par l'organisme créancier.

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

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

L'indemnité journalière est versée tant que l'Incapacité Totale de Travail persiste et au plus tard jusqu'au 1095^e jour d'arrêt de travail (y compris la période de franchise).

L'Incapacité Temporaire Totale de Travail doit entraîner une interruption complète des activités de l'Assuré. De plus, l'Assuré doit suivre le traitement qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

Si l'Assuré a la qualité d'assuré social, il doit bénéficier des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Toutefois les décisions prises par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'Assureur.

La prise en charge cesse de plein droit du seul fait de la reprise même partielle d'une activité par l'Assuré et/ou en cas d'interruption du paiement des prestations en espèces par la Sécurité sociale. Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un nouvel arrêt consécutif, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve que la reprise de travail ne soit pas supérieure à 2 mois, et que l'adhésion soit toujours en vigueur. La durée maximale d'indemnisation est alors évaluée en tenant compte des deux arrêts de travail successifs. Dans le cas contraire, l'indemnisation débutera après expiration du délai de franchise mentionné sur l'attestation d'assurance de prêt.

Le versement des prestations Incapacité Temporaire Totale de Travail cesse :

- lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au jour du 65^e anniversaire de l'Assuré ;
- en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale ou de versement de la prestation au titre de l'Option Décès Plus (Invalidité Permanente Professionnelle à 100 %) ;
- en cas de dépendance totale donnant lieu au paiement du capital restant dû assuré au titre du présent contrat si l'option privilège a été souscrite ;
- à la reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non, totale ou partielle ;
- lorsque la durée maximum d'indemnisation est atteinte ;
- lorsque la date de fin de crédit, telle que prévue au dernier tableau d'amortissement communiqué à l'assureur et validé par ce dernier, est atteinte ;
- lorsque le crédit est intégralement remboursé.

Le versement des prestations Incapacité Temporaire Totale de Travail est systématiquement suspendu pendant le congé légal de maternité et repris à l'issue de ce congé le cas échéant.

Montant de la prestation de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail :

L'Assureur prend en charge le paiement des échéances garanties du prêt.

L'échéance garantie correspond, selon la quotité assurée indiquée sur l'attestation d'assurance de prêt et à l'exclusion du remboursement du capital emprunté compris dans la dernière échéance en présence d'un prêt remboursable au terme (tel que les crédits in fine) :

- soit à l'échéance hors assurance telle que prévue au tableau d'amortissement,
- soit aux intérêts courus pendant le différé d'amortissement.

Le montant des prestations est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail et selon le rythme de versement des échéances (1/30^e si mensuel, 1/90^e si trimestriel, 1/180^e si semestriel, 1/360^e si annuel).

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

Toute modification du plan d'amortissement du prêt durant une période d'indemnisation pour une Incapacité Temporaire Totale de Travail ne peut être prise en compte. Dans le cadre des prêts modulables, l'échéance de référence pour le versement des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail correspond à l'échéance en cours à la date du sinistre, à savoir à la date du premier jour d'arrêt de travail (sauf si une augmentation de l'échéance est intervenue dans les 6 mois précédant le sinistre. Dans ce cas, l'échéance de référence sera l'échéance en vigueur avant l'augmentation). Les augmentations d'échéance intervenant après la date du sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées.

Si le prêt à garantir est libellé en francs suisses, les indemnités en cas d'Incapacité temporaire Totale de Travail sont calculées selon le tableau d'amortissement communiqué à la dernière date d'actualisation, dans les conditions définies à l'article 1•2.

En présence d'un prêt in fine, la part de capital comprise dans la dernière échéance n'entre pas dans le calcul de l'indemnité versée dans le cadre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

9•2•2 Invalidité Permanente Totale

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale si, à la suite d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé), il est atteint d'une perte de capacité définitive, d'au moins 66 %.

L'Invalidité Permanente Totale, doit être reconnue avant le jour de son 65^e anniversaire ou avant d'avoir atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 65 ans.

Le degré de cette invalidité appelé "n" est déterminé par voie d'expertise médicale, en fonction du taux d'invalidité professionnelle et du taux d'invalidité fonctionnelle et par l'application du tableau croisé ci-dessous.

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

L'invalidité fonctionnelle sera appréciée et chiffrée "in concreto" par référence au barème indicatif des invalidités en droit commun (Barème du Concours Médical 1982).

L'invalidité professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Si le taux d'invalidité "n" ainsi déterminé est supérieur ou égal à 66 %, l'Assureur verse le capital restant dû du crédit à la date de la reconnaissance de l'Invalidité Permanente Totale par l'Assuré, conformément au tableau d'amortissement du crédit à cette date et selon la quotité assurée.

Les versements restés impayés au jour de la reconnaissance de l'Invalidité Permanente Totale ne seront en aucun cas pris en charge par l'Assureur.

De même pour les intérêts de retard. Le paiement du capital en cas d'Invalidité Permanente Totale met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que ce capital versé ne soit pas inférieur au capital restant dû du prêt, compte tenu de la quotité assurée en Décès/PTIA.

Si le taux d'invalidité "n" est inférieur à 66 %, aucune prestation n'est due.

9•3 OPTION PRIVILÈGE

L'Option Privilège a pour objet de faire bénéficier l'assuré :

- d'allègements des limitations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail et d'Invalidité Permanente Totale tels que définis à l'article 12 du présent contrat ;
- d'une garantie dépendance totale.

Elle peut être souscrite par un adhérent ayant souscrit uniquement la garantie Décès/PTIA, ou la garantie décès seule pour les personnes de 65 ans et plus. Dans ce cas, la garantie "allègement des limitations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail et d'Invalidité Permanente Totale" est sans objet.

Si l'option Privilège n'est pas souscrite à l'adhésion, elle ne pourra pas être souscrite ultérieurement, sauf dans le cas prévu à l'article 3•3.

Il est possible de supprimer l'option Privilège à tout moment en cours de contrat, mais cette décision est irréversible.

L'option Privilège ne peut pas être souscrite pour les prêts In Fine.

9•3•1 Allègements des limitations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail et d'Invalidité Permanente Totale

En cas d' Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale, l'option Privilège permet une prise en charge après application de la franchise :

- des maladies psychiatriques et psychiques (telles que les maladies nerveuses, psycho-neurologiques, psycho-somatiques, psychiatriques, névrotiques, les dépressions et les états dépressifs de toute nature, les aliénations mentales, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les fibromyalgies et syndrome de fatigue chronique) et les conséquences de ces affections **lorsqu'elles donnent lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs ;**
- des affections disco-vertébrales et para-vertébrales (telles que cervicale, cervicalgie, contusion, cruralgie, dorsalgie, hernie discale, lombalgie, sciatique...) **sans condition d'hospitalisation.**

9•3•2 Couverture en cas de dépendance totale à partir de 50 ans

Délais d'attente :

La garantie prend effet :

- le jour de l'effet de l'adhésion pour un état de dépendance consécutif à un accident dont la survenance est postérieure à cette date ;
- après un délai d'attente de 3 ans à compter de la date d'effet de l'adhésion pour un état de dépendance consécutif à une démence sénile invalidante ou à la maladie d'Alzheimer ;
- après un délai d'attente de 1 an à compter de la date d'effet de l'adhésion pour les états de dépendance autres que ceux précédemment évoqués.

Un état de dépendance consécutif à une maladie ayant débuté pendant le délai de carence n'ouvre pas le bénéfice de la garantie du présent contrat et entraîne la résiliation de l'adhésion à la garantie dépendance de l'option Privilège avec remboursement des primes perçues à ce titre.

En cas de survenance d'un état de dépendance totale tel que défini ci-dessous entre 50 ans et 90 ans, l'Assureur intervient pour le remboursement du montant du prêt restant dû à la date de reconnaissance de l'état de dépendance totale selon le tableau d'amortissement au jour du sinistre et selon la quotité assurée mentionnée sur l'attestation d'assurance de prêt.

Est reconnu en état de dépendance totale l'assuré dont l'état de santé est consolidé et qui se trouve dans l'impossibilité permanente d'effectuer, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 3 des 4 actes de la vie quotidienne définis ci-après.

Définition des 4 actes de la vie quotidienne :

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

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

9•4 OPTION REVENTE

L'Option Revente a pour objet de prendre en charge la moins-value* consécutive à la revente de la **résidence principale** (dont le prêt est garanti au titre du contrat PAREO-V5) située en France métropolitaine (**hors corse et DOM**) intervenant dans les 18 mois de l'un des faits générateurs suivants :

- licenciement (sauf licenciement pour faute grave et faute lourde - cf. article 12) ;
- mutation professionnelle imposée par l'employeur pour toute personne ayant un CDI depuis plus de 365 jours (la mutation doit avoir lieu dans un autre établissement ou filiale de l'entreprise située à plus de 100 km du lieu d'habitation principal) ;
- divorce.

La garantie prend effet après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat Pareo-V5 et est valable 60 mois après la date d'adhésion.

L'indemnisation de la moins-value* est limitée à 10 % du prix d'achat du bien immobilier (frais de notaire et d'agence inclus) et ne peut excéder 15 000 € TTC. Il ne sera versé qu'une seule indemnité par foyer fiscal. En cas de divorce, la prestation sera versée aux deux ex-conjoints au prorata des apports de chacun lors de l'acquisition.

*moins-value : différence entre le prix d'acquisition (frais de notaire et frais d'agence inclus) et le prix de revente du bien immobilier limitée à 10 % du prix d'acquisition (frais de notaire et d'agence inclus).

10•LIMITE DES GARANTIES

L'ensemble des prestations que l'Assureur peut être amené à verser dans le cadre d'un même prêt, ne peut excéder le montant des échéances prévues au dernier tableau d'amortissement communiqué à l'assureur et validé par ce dernier par l'émission de l'attestation d'assurance de prêt ou d'un avenant ultérieur, ou le capital restant dû au jour de la réalisation du sinistre.

Si le prêt à garantir est libellé en francs suisses, le montant assuré en euros est déterminé selon le tableau d'amortissement communiqué à la dernière date d'actualisation, dans les conditions définies à l'article 1•2.

Dans tous les cas, quel que soit le nombre des assurés au titre du présent contrat, le montant assuré est plafonné à :

- 4 500 € par mois et par Assuré pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail ;
- 350 000 € par Adhérent pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, l'option Décès Plus et la Dépendance.

Les taux de cotisation sont appliqués sur les capitaux assurés qui sont plafonnés selon les limites ci-dessus.

11•ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier. Pour tous les séjours, limitation à 45 jours consécutifs ou 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois, sauf pour les séjours effectués au sein de l'Union Européenne, en Suisse, aux USA et au Canada, où aucune limitation ne s'applique. Toutefois, les prestations Incapacité Temporaire Totale de Travail ne seront versées que pour les périodes d'incapacité de travail constatées médicalement en France métropolitaine, en Guadeloupe ou en Martinique. L'invalidité Permanente Totale, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que l'Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % (Option Décès Plus) et la dépendance totale doivent être constatées en France métropolitaine (ou en Guadeloupe et Martinique pour l'Invalidité Permanente Totale).

Les frais de rapatriement de l'Assuré sont à sa charge, s'il était à l'étranger au moment du sinistre.

12•RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie prévue en cas de Décès :

- le suicide dans les conditions de l'article L. 132-7 du code des assurances ;
- les sinistres résultant d'un accident de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée ;
- les conséquences de l'explosion ou de la fission du noyau d'un atome ou des radiations ionisantes ;
- les accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, records ou tentatives de records ;
- les conséquences d'accidents ou de maladies occasionnés par une guerre civile, des émeutes, insurrections, mouvements populaires, rixes, actes terroristes ou de sabotage, dans lesquels l'assuré a pris une part active. Il appartient à l'assureur de prouver que le sinistre résulte de l'un de ces événements.

Les conséquences d'accidents ou de maladies occasionnés par une guerre étrangère. Il appartient à l'Assuré ou aux bénéficiaires de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère.

Les conséquences d'accidents ou de maladies occasionnés par l'usage d'engins de guerre ou, d'une manière générale, toute arme, engins explosifs ou incendiaires, de détention interdite, dont l'Assuré serait détenteur ou possesseur ou qu'il manipulerait volontairement. Les cas de légitime défense, d'accomplissement du devoir professionnel et d'assistance à personne en danger sont garantis.

Sont exclus des garanties prévues en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Totale et d'Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % (option Décès Plus) :

- les exclusions stipulées en cas de Décès ;
- les conséquences d'une tentative de suicide ou d'un fait intentionnel de l'Assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait même indirectement ;
- les conséquences d'accidents ou de maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, les conséquences d'accidents ou de maladies constatées avant l'adhésion, et déclarées à cette occasion ne sont pas exclues, sauf mentions particulières sur l'attestation d'assurance de prêt ;
- les conséquences de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- les affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (telles que cervicale, cervicalgie, contusion, cruralgie, dorsalgie, hernie discale, lombalgie, sciatique, leur suites et conséquences) qui n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 15 jours consécutifs. Les séjours en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ne sont pas considérés comme des hospitalisations au sens du présent article. Les assurés ayant souscrit l'Option Privilège peuvent être garantis pour ces affections sans condition d'hospitalisation ;
- la période de congé légal de maternité ;
- les conséquences de la participation à des compétitions, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'Assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'un engin à moteur ou d'une arme) ou de toute pratique sportive professionnelle ou sous contrat rémunéré ;
- les maladies de type psychique, nerveuse, psycho-neurologique, psychosomatique, psychiatrique, névrotique, y compris les dépressions et les états dépressifs de toute nature, les aliénations mentales, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les fibromyalgies et syndromes de fatigue chronique, les suites et conséquences de ces affections si elles n'entraînent pas une hospitalisation supérieure à 30 jours consécutifs.
Pour les assurés ayant souscrit l'option Privilège, ces affections peuvent être garanties lorsqu'elles donnent lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs.

Sont exclues des garanties prévues en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et d'Invalidité Permanente Totale :

- les sinistres survenus suite aux accidents provoqués par l'assuré sous l'emprise d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre.

Sont également exclues de la seule garantie prévue en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail :

- les grossesses et accouchements ainsi que les fausses couches sauf s'il s'agit de grossesses pathologiques. La période légale de congé maternité (ou la période assimilée pour les non salariées) est déduite de la période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail en plus de la durée de franchise.

Sont exclus de la garantie dépendance totale de l'option Privilège :

- le fait volontaire ou intentionnel de l'Assuré, la tentative de suicide, la mutilation, l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement, l'alcoolisme aigu ou chronique ;
- la guerre civile ou étrangère, les émeutes, les rixes, les actes de terrorisme dans lesquels l'Assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- la transmutation du noyau de l'atome.

Sont exclus de l'option Revente :

- la vente entre conjoints ou ex-conjoints, descendants et ascendants ;
- la perte financière subie dans le cadre de vente liée à la saisie immobilière par décision de justice ;
- la revente du bien n'intervenant pas dans les 18 mois suivant la date de l'événement générateur ;
- les démissions volontaires, légitimes ou non, mêmes si elles sont indemnisées par les Assedic ;
- les fins de période d'essai ;
- les fins de contrats de travail à durée déterminée (notamment emplois temporaires, saisonniers ...) ;
- le chômage partiel ;
- le licenciement pour lequel l'adhérent était prévenu ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion ;
- le licenciement débutant pendant le délai d'attente (6 mois à partir de la date d'adhésion) ;
- le licenciement pour faute lourde et pour faute grave ;
- le chômage consécutif au licenciement d'un assuré salarié de son conjoint, ascendant, descendant ;
- les mutations professionnelles dont la distance entre le nouveau lieu de travail et celui de l'habitation principale est inférieure à 100 km.

13•PROFESSIONS EXCLUES ET SPÉCIFIQUES

PROFESSIONS EXCLUES

Sont exclus de l'ensemble des garanties, les professions ou domaines d'activité suivants :
Voyance, occultisme, sorcellerie, radiesthésiste.

Sont exclues des seules garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale les professions suivantes :
Bûcheron, forestier, guide de chasse (safari), cascadeur, docker, guide de haute montagne, démineur.
En cas de changement pour l'une de ces professions après l'adhésion, celles-ci demeurent exclues.

PROFESSIONS SPÉCIFIQUES

L'assuré exerçant l'une des professions spécifiques ci-après pourra être amené à compléter un questionnaire métier. Après étude du dossier, l'assureur se réserve le droit de n'accepter l'assuré qu'à des conditions particulières (tarifications sur mesure, exclusions, limites de garanties...) ou de le refuser. La liste des professions concernées est variable en fonction des garanties.

• Pour l'ensemble des garanties :

Les professions impliquant le contact avec des animaux dangereux (vétérinaire en zoo, cirque...), les activités professionnelles en environnement naturel dangereux (aviation, navigation, offshore ou onshore, pêche, plongée, volcanologue, géophysicien, peintre et laveur de vitre en hauteur supérieure à 20 m), les professions impliquant un risque pays (médecin sans frontière, cameraman, reporter photographe...), les professions de sécurité (armée, convoyeurs de fonds, détective, garde de sécurité, garde du corps, gendarmerie, police, pompiers, vigiles), les professions impliquant le transport ou la manipulation de produits ou d'agents toxiques, inflammables ou explosifs (artificier, professionnel du forage, etc.), les mannequins.

• Pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

Guide de chasse (safari), cascadeur, docker, guide de haute montagne, démineur.

• Pour les seules garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale de Travail :

Les professions artistiques (acteur, artiste-peintre, dessinateur, musicien, metteur en scène et toutes les professions de la production et du spectacle), antiquaire, brocanteur, sculpteur, souffleur de verre, moniteur de ski.

14•COUVERTURE DES PRATIQUES SPORTIVES

14•1 PRINCIPE

Tous les sports courants sont couverts dans le monde entier.

14•2 SPORTS SPÉCIFIQUES

Les sports suivants peuvent être couverts dans le monde entier sous réserve d'acceptation par l'Assureur, après étude préalable et application éventuelle de conditions particulières :

- les activités sportives pratiquées à titre professionnel et leurs conséquences ainsi que tout sport amateur pratiqué sous contrat rémunéré ;
- la pratique des sports amateurs en compétition en niveau Nationale ou Internationale ;
- épreuves combinées d'athlétisme (décathlon, triathlon...), Sports mécaniques avec engins à moteur (sports automobiles, moto), Escalade, varappe, trekking (altitude > à 3 000 m), Plongée avec bouteilles profondeur > à 30 m, en apnée > 20 m, Voile au-delà de 20 milles nautiques des côtes, Spéléologie, Sports aéronautiques (pilotage d'avion, hélicoptère, planeur, vol à voile, parachutisme, deltaplane, parapente, etc), Ski et autres sports de montagne hors piste balisée et ouverte, Autres sports de neige (paraski, héli-ski, raid free style, free-ride), Bobsleigh, Catch, Boxe thaïlandaise, Disciplines du cirque en loisir, Catapultage avec élastique, Kilométrage lancé.

Lorsque la couverture de ces sports est accordée, il en sera fait mention explicite dans l'attestation d'assurance de prêt.

Pour ces sports, les baptêmes et initiations sont couverts dans le monde entier sans surprime, s'ils sont encadrés par un professionnel habilité.

14•3 SPORTS EXCLUS

Sont exclus les sports amateurs suivants :

- saut à l'élastique, bungee ;
- chasse hors de l'Union Européenne et Suisse.

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

OBJET DE LA CONVENTION

Les assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du présent contrat, (niveau 1 de la dite convention) peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'assureur.

Ces demandes d'adhésions sont systématiquement examinées individuellement au niveau 2 de la convention AERAS.

Sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude du dossier, une proposition tarifaire personnalisée peut être proposée. En cas de refus de toute garantie par l'assureur en niveau 2, sous réserve que l'encours cumulé des prêts à assurer ne soit pas supérieur à 300 000 euros, et pour les prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans, le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de niveau 3, conformément à la convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

GARANTIE SUBSTITUTIVE INVALIDITÉ FONCTIONNELLE PERMANENTE EN CAS DE RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ

Conformément aux dispositions de la convention AERAS, une garantie substitutive peut être proposée au moment de l'adhésion au présent contrat uniquement et sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ont été refusées pour des raisons médicales.

Il ne s'agit pas d'une option, le candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie.

De même, une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

La Garantie substitutive prévoit la couverture d'une invalidité Fonctionnelle définitive égale ou supérieure à 80 % conformément à la définition suivante : l'Invalidité Fonctionnelle est définie comme la perte d'usage des fonctions physiques ou psychiques de l'assuré.

Elle est établie par accord entre les parties ou expertise médicale effectuée par un médecin désigné par l'assureur, d'après le barème de droit commun (barème "concours médical" de 1982), quelle que soit la profession de l'assuré.

La consolidation de l'état d'invalidité devra avoir lieu avant la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au jour de son 60^e anniversaire.

En cas d'Invalidité Fonctionnelle définitive, l'assureur verse à l'organisme financier, selon la quotité assurée, le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'assureur de ladite invalidité, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de la reconnaissance de l'invalidité.

Les exclusions applicables à cette garantie sont identiques aux exclusions prévues pour la garantie Invalidité Permanente Totale (se reporter à l'article 12 du présent contrat).

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

16 • RÈGLEMENTS DES PRESTATIONS

16•1 Les prestations sont versées en fonction du dernier tableau d'amortissement communiqué à l'assureur et validé par ce dernier par l'émission de l'attestation d'assurance de prêt ou d'un avenant ultérieur.

16•2 FORMALITÉS DE DÉCLARATIONS

Les pièces suivantes sont à remettre à Alptis Assurances pour la constitution du dossier. Les listes ci-après ne sont pas exhaustives et l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document justificatif.

Dans tous les cas :

- copie du tableau d'amortissement établi par l'organisme de crédit au moment du sinistre (converti en euros pour les prêts en francs suisses) ;
- copie de l'offre de prêt signée par l'organisme de crédit et l'emprunteur ;
- copie de l'attestation d'assurance de prêt ;
- pour les cautions : copie de l'acte de cautionnement et copie de l'acte de mise en jeu du cautionnement par l'organisme de crédit.

En cas de Décès :

- acte de Décès de l'Assuré ;
- formulaire de déclaration "Décès" indiquant la cause du Décès ;
- certificat médical indiquant la cause exacte du Décès ;
- procès verbal de gendarmerie en cas d'accident.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- un certificat médical détaillé indiquant la date, l'origine et la nature de l'invalidité ;
- si l'Assuré est assujéti au régime général de la Sécurité sociale : la notification d'attribution d'une rente d'invalidité correspondant au classement dans la 3^e catégorie, ou le justificatif de la majoration de rente accordée pour assistance d'une tierce personne en cas d'accident du travail ;
- une copie certifiée conforme du procès verbal de gendarmerie ou du constat de police en cas d'accident.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Totale, ou d'Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % (option Décès Plus) :

- la déclaration d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % (Option Décès Plus) fournie par ALPTIS ASSURANCES, indiquant la nature des affections ayant motivé l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % (Option Décès Plus), et complétée par l'Assuré ;
- le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail ou attestant l'existence d'une invalidité ;
- toutes les pièces justifiant de son statut, de sa profession au jour de l'événement ;
- les décomptes du régime obligatoire.

Ces documents pourront être demandés tous les 60 jours.

En cas de dépendance totale (option Privilège) :

- un certificat du médecin traitant, ou du médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection ou des affections.

En retour, un Questionnaire Médical de Dépendance est adressé par l'Assureur à l'Assuré.

Ce questionnaire doit être renseigné par la ou les personnes qui s'occupent effectivement du malade et par le médecin traitant ou hospitalier ;

- d'autres justificatifs pourront être demandés : comptes-rendus d'hospitalisation et résultat des examens complémentaires effectués ; en cas d'affection d'origine neuropsychiatrique : éléments descriptifs précis (test "Mini Mental State Examination" de Folstein).

Le Questionnaire Médical de Dépendance ainsi que le dossier médical sont à envoyer au Médecin-Conseil de l'assureur.

Ce dernier pourra être amené à prendre contact avec le médecin concerné (médecin traitant ou médecin hospitalier) si les éléments décrivant la dépendance de l'Assuré paraissent insuffisants.

En cas de revente du domicile principal (option Revente) :

- justificatifs du prix d'achat et date d'achat du bien immobilier (acte notarié faisant apparaître notamment le prix du bien, les frais d'agence et les frais de notaire) ;
- justificatifs du prix de revente et date de revente du bien immobilier (acte notarié faisant apparaître notamment le prix du bien, les frais d'agence et les frais de notaire) ;
- attestation de licenciement de l'employeur précisant la date de cessation des fonctions au sein de l'entreprise en cas de licenciement ;
- attestation signée de l'employeur signifiant la mutation ou copie de l'avenant au contrat de travail précisant le lieu initial et l'adresse du nouveau lieu de travail ainsi que la date d'effet de la nouvelle prise de fonction en cas de mutation ;
- copie certifiée de la décision judiciaire définitive ayant prononcé le divorce en cas de divorce.

16•3 DÉLAI DE DÉCLARATION

L'arrêt de travail doit être déclaré à ALPTIS ASSURANCES par l'Assuré dans les 30 jours suivant sa survenance, accompagné des pièces justificatives énoncées à l'article 16•2.

Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de la déclaration après application de la franchise. En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces justificatives doivent être adressées à ALPTIS ASSURANCES, dans un délai maximum de 15 jours. Toute prolongation parvenant à ALPTIS ASSURANCES après ce délai sera considérée :

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

La vente du bien immobilier doit être déclarée à ALPTIS ASSURANCES par l'Assuré dans les 30 jours ouvrés qui suivent la date de l'acte notarié la régularisant.

17•CONTRÔLE MÉDICAL

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

A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'Assureur doivent toujours avoir libre accès auprès de l'Assuré, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance, l'Assuré en Incapacité Temporaire Totale de travail, en Invalidité Permanente Totale, ou en Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % (option Décès Plus) devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par la Sécurité sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le contrôleur de l'Assureur pour les autres.

18•TIERCE EXPERTISE AMIABLE

En cas de désaccord d'ordre médical sur les sommes dues à un Assuré par l'Assureur, un troisième médecin, choisi d'un commun accord par les deux parties, sera désigné pour les départager, à frais partagés. Si l'Assuré et l'Assureur ne parviennent pas à s'accorder sur la désignation du médecin expert arbitraire, cette désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu de domicile de l'Assuré.

Cette nomination est effectuée sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Le rapport d'expertise amiable ne pourra pas être contesté par les parties.

Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

19•MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation fixée à l'adhésion, en fonction de l'âge atteint de l'Assuré (sauf pour les prêts In fine pour lesquels la cotisation est fixée en fonction de l'âge à l'adhésion), de sa qualité de fumeur ou non, de sa classe professionnelle et de son activité, de son département de résidence et des garanties souscrites, est garantie sur toute la durée du contrat. En particulier, le tarif ne sera pas revu en cas de changement de profession (impliquant ou non un changement de classe professionnelle) en cours de contrat. En revanche, la cotisation pourra être ajustée en cas d'évolution des garanties.

Le calcul des cotisations est établi à partir du capital restant dû au 1^{er} janvier de chaque année d'assurance et de la quotité garantie.

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations du contrat aux échéances fixées. A défaut de paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, conformément aux dispositions prévues par l'article L.113-3 du code des assurances, ALPTIS ASSURANCES adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, qui entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard.

Une lettre d'information est également adressée à l'organisme de crédit indiqué sur l'attestation d'assurance de prêt. ALPTIS ASSURANCES pour le compte de l'Assureur résiliera l'adhésion de plein droit 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours. Néanmoins, la totalité des cotisations de l'année en cours est exigée, majorée des frais de poursuite et de recouvrement. Les cotisations comprennent la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. Toute modification de la taxe est immédiatement répercutée sur le montant des cotisations.

EXONÉRATION DES COTISATIONS

L'Assuré qui bénéficie de la prise en charge par l'Assureur en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, est exonéré du paiement des cotisations relatives à cette garantie à compter du 91^e jour d'arrêt de travail.

TARIFS DIFFÉRENCIÉS FUMEURS, NON-FUMEURS

Pour les garanties Décès, Perte Totale/Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale, des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs.

Peuvent bénéficier du tarif non-fumeur, les personnes pouvant certifier qu'elles n'ont pas fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion et pour autant qu'elles n'ont pas arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical.

Lors de l'adhésion, l'assuré signe une déclaration spéciale non-fumeur indiquant qu'il s'engage à prévenir ALPTIS ASSURANCES s'il devenait fumeur. Dans ce cas, le tarif fumeur lui sera appliqué au prochain renouvellement annuel.

CLASSES PROFESSIONNELLES ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Des tarifs différents sont appliqués en fonction de la classe professionnelle à laquelle appartient l'Assuré, et de son activité professionnelle.

Les différentes classes professionnelles sont les suivantes :

- **Classe 1** : Cadres, Employés, Techniciens, Agents de maîtrise, Professions libérales du conseil, à activité sédentaire*, Professions médicales (statut libéral ou salarié).
- **Classe 2** : Cadres, Employés, Techniciens, Agents de maîtrise, Professions libérales du conseil, à activité non sédentaire*, Professions paramédicales (statut libéral ou salarié), Artisans hors BTP, Commerçants, Professions du transport de passagers, Sans profession, Retraité.
- **Classe 3** : Artisans du BTP (menuisier, plombier, chauffagiste, électricien, maçon, peintre en bâtiment en hauteur inférieure à 20 mètres, carreleurs, couvreurs, charpentier, professionnel du terrassement...), Professions du transport de marchandises, Professions péri-agricoles (jardinier, maraîcher, paysagiste, ostréiculteur...), Ouvriers non manutentionnaires (ouvriers qualifiés du BTP...).
- **Classe 4** : Exploitants et leurs salariés agricoles, Ouvriers manutentionnaires (approvisionnement, assistant logistique, agent d'expédition, cariste, magasinier, ouvriers non qualifiés du BTP, etc.), Profession du transport avec usage de cycles et motocycles.

*est considéré comme sédentaire toute personne exerçant plus de 60 % de son activité sur son lieu habituel de travail et effectuant moins de 15 000 km par an de déplacements professionnels (train et avion exclus).

20•OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT ET DE L'ASSURÉ

20•1 FAUSSE DÉCLARATION

Pour les déclarations à faire à la souscription du contrat, et éventuellement celles devant être faites en cours de contrat, l'assuré est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, suivant le cas, des articles L. 113-8 (nullité de l'adhésion) ou L. 113-9 (réduction des indemnités) du code des assurances.

20•2 MODIFICATION

Aucune modification de garantie demandée par l'Adhérent ne pourra être effectuée sans l'accord écrit de l'organisme de crédit ayant consenti le prêt.

Modification du risque

Sous peine de l'application des dispositions de l'article 20•1 (fausse déclaration), l'Adhérent et/ou l'Assuré ont l'obligation d'informer l'Assureur dans les 3 mois de :

- son changement de domicile,
- la modification de son état de non fumeur : cette déclaration ne remettra pas en cause les garanties accordées mais uniquement les cotisations appliquées.

L'Adhérent et/ou l'Assuré ayant changé de profession en cours de contrat n'est pas tenu de le signaler.

Modification, renégociation du prêt

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

Cette modification sera prise en compte à la date d'information d'ALPTIS ASSURANCES.

En cas de remboursement anticipé partiel, l'Adhérent s'engage à en aviser ALPTIS ASSURANCES par écrit dans les 3 mois.

Au-delà, la modification demandée sera prise en compte à la date de la déclaration.

Modification de la quotité

Toute augmentation de la quotité assurée donne lieu à l'application des formalités médicales, des délais d'attente et est soumise à l'accord de l'Assureur.

Toute augmentation de la quotité assurée en cours de prêt intervenue dans les 6 mois précédant un sinistre ne sera pas prise en compte par l'Assureur.

En cas de majoration de la quotité, les délais d'attente seront appliqués pour la part des capitaux majorés.

21•DISPOSITIONS DIVERSES

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des Assurances.

Article L. 114-1 : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L.114-2 : 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 : par dérogation à l'Article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

DROIT D'INFORMATION ET DE RECTIFICATION

Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

Les informations personnelles recueillies dans le cadre du contrat font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales. Le défaut de réponse aux informations demandées peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Compte tenu de ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier indiquant le numéro de contrat et le numéro d'adhérent à l'adresse suivante : ALPTIS ASSURANCES - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Les réclamations des Adhérents, des Assurés et de leurs Bénéficiaires concernant l'application du présent contrat sont à formuler par écrit auprès du Secrétariat Général de SWISSLIFE FRANCE- 86, boulevard Haussmann - 75380 PARIS CEDEX 08.

Si un désaccord subsiste, le différend est soumis à l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont l'adresse sera communiquée par le secrétariat général de SWISSLIFE FRANCE.

ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE et d'ALPTIS ASSURANCES.

FONDS DE GARANTIE

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

AUDIT CONSEIL DE L'EST
Service Emprunteur - BP 43
88302 NEUFCHATEAU CEDEX
info@ace-partenaires.com
Tél. 03.29.06.18.73 - Fax 03.29.94.23.62