

NOTICE D'INFORMATION DESTINÉE À L'ASSURÉ

Relative au contrat d'assurance collectif ACCEO EMPRUNTEUR N°7319 souscrit par l'Association de Promotion de Prévoyance, Santé et Retraite – APPSR (Association régie par la loi du 1er juillet 1901 – 8 rue des Pavillons – 92800 Puteaux), auprès de GENERALI VIE (Entreprise régie par le Code des Assurances – S.A. au capital de 299 197 104 euros - RCS Paris n° 602 062 481 – 11 bd Haussmann 75009 PARIS) et de GENERALI IARD (Entreprise régie par le Code des Assurances – S.A. au capital de 70 310 825 euros - RCS Paris n° 552 062 663 - 7 bd Haussmann 75009 PARIS) - Sociétés appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026) et présenté par ELOIS (S.A.R.L. - RCS. Paris n° 483 413 258 – ORIAS n° 07 019 295 (www.orias.fr) – Siège social : 8 rue des Pavillons – 92800 PUTEAUX).

OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre de l'opération de prêt couverte, en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) et Perte d'Emploi (P.E.), selon les garanties mises en place sur la tête de l'Assuré.

PERSONNES ASSURABLES

Toutes les personnes physiques sont assurables au titre du contrat, dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance du prêt, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- être résidentes de l'Union Européenne, la Suisse, Monaco ou l'Amérique du Nord,
- être bénéficiaires ou cautions d'un prêt consenti par un organisme financier (établissements de crédits français ou succursales françaises d'établissements de crédits étrangers) pour le compte d'une personne morale ou d'une personne physique,
- être âgée (*), à la date de signature de la demande d'adhésion, selon les garanties/options souscrites (cf. Titre « OPÉRATIONS DE PRÊTS COUVERTES ET GARANTIES PROPOSÉES » ci-après), de:

	Age à l'adhésion (*)
Options 1, 2 et 3	18 à 64 ans inclus
Option « senior »	65 à 74 ans inclus
Garantie complémentaire Perte d'emploi	18 à 55 ans inclus

(*) âges calculés par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et le millésime de l'année de naissance. »

MODALITÉS D'ADHÉSION

La personne à assurer devra :

- reconnaître adhérer à l'association contractante (APPSR),
- reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- compléter la demande d'adhésion et le questionnaire de santé,
- se soumettre aux formalités d'adhésion et médicales complémentaires éventuellement demandées par l'Assureur en raison notamment de son âge, du montant déjà assuré et à assurer ou encore de son état de santé,
- exercer lors de son adhésion une activité professionnelle rémunérée, être en congés parental ou être bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent, pour souscrire les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.,
- exercer lors de son adhésion une activité professionnelle rémunérée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois pour souscrire la garantie P.E.,

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'Assureur. La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

DÉCISION DE L'ASSUREUR :

L'Assureur, à réception de la demande d'adhésion, du questionnaire de santé et, le cas échéant, des examens médicaux et pièces complémentaires demandés, fait connaître sa décision dans les plus brefs délais. Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ou encore ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

Dans ce cas, l'Assureur fait connaître sa décision par lettre à la personne à assurer. **La décision ne sera définitive pour les acceptations avec surprimes ou exclusions, qu'à réception par l'Assureur de l'accord de la personne à assurer sur ses conditions d'acceptation.**

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ) :

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2ème niveau » et le cas échéant de « 3ème niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être couverte pour raison de santé par le présent contrat.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à compter de la date de signature de l'offre de prêt, sous réserve :

- de la signature de la demande d'adhésion, de la fourniture du questionnaire de santé et des formalités médicales complémentaires le cas échéant,
- de l'acceptation de l'Assureur,
- de l'accord de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières,
- et de l'encaissement de la cotisation.

CAS PARTICULIER DES PRÊTS DÉJÀ EN COURS :

L'assurance peut être mise en place dans le cadre de prêts déjà en cours au moment de l'adhésion au contrat, sous réserve :

- que le prêt concerné ne soit pas déjà assuré par GENERALI,
- que les caractéristiques de ce prêt répondent aux dispositions du présent contrat,
- que la personne à assurer remplit l'ensemble des formalités d'adhésion (questionnaire(s) de santé, formalités médicales complémentaires le cas échéant ...).

Dans ce cas, les garanties prennent effet à la date mentionnée par la personne à assurer sur la demande d'adhésion, sous réserve :

- de l'acceptation de l'Assureur,
- de l'accord écrit de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières,
- et de l'encaissement de la cotisation.

COUVERTURE PROVISOIRE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT :

Une garantie provisoire en cas de décès par accident (*) est acquise dès la date de signature de la demande d'adhésion, pendant une durée maximale de 60 jours et pour un montant maximal de 150 000 euros, quels que soit le nombre et la nature des prêts assurés ou à assurer sur sa tête.

Cette garantie cesse automatiquement :

- à la date d'acceptation du risque par l'Assureur,
- à la date à laquelle l'Assureur notifie à la personne à assurer son refus ou son ajournement,
- si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours aux demandes de renseignements complémentaires de l'Assureur.

(*) Par accident il faut entendre : tout dommage corporel provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure.

IRRÉVOCABILITÉ DES GARANTIES :

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues au Titre « FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS », selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement.

DURÉE DE L'ADHÉSION - RÉSILIATION

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

Toutefois, l'Assuré est en droit de résilier son adhésion au présent contrat :

- Dans un délai de 12 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L 113-12-2 du Code des assurances) :

Pour ce faire, l'Assuré devra adresser au délégataire de gestion MULTI IMPACT sa demande de résiliation par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par MULTI IMPACT pour le compte de l'Assureur de la décision d'acceptation de substitution de l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté, si cette date est postérieure.

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

- Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L 113-12 du Code des assurances).

Pour ce faire, l'Assuré devra adresser à MUTLI IMPACT une lettre recommandée au moins deux mois avant la date de renouvellement de son adhésion. Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée ; le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation prendra alors effet à l'expiration de la période annuelle en cours.

Dans tous les cas, l'organisme prêteur sera tenu informé de la résiliation.

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN COURS D'ASSURANCE

En cours d'assurance, l'Assuré devra obligatoirement informer l'Assureur par écrit de toute modification des caractéristiques de l'opération de prêt couverte (avec les justificatifs correspondants).

DÉFINITION DES GARANTIES

Les risques susceptibles d'être garantis sont :

- **Le Décès.**
- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)** : invalidité physique ou intellectuelle rendant l'Assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.
- **L'Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T.)** : état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice, par l'Assuré, de son activité professionnelle lui procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre).
- **L'Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.)** : état médicalement constaté d'incapacité partielle et temporaire à l'exercice de l'activité procurant gain ou profit à l'Assuré, lui permettant une reprise dans le cadre d'une mi-temps thérapeutique. Cet état doit intervenir dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur.
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)** : persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.
- **L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)** : persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.P. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 %, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.
- **La Perte d'emploi (P.E.)**: licenciement de l'Assuré salarié dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI).

OPÉRATIONS DE PRÊT COUVERTES ET GARANTIES PROPOSÉES

L'assurance concerne les opérations de prêts suivantes, réalisées en euros (ou en franc-suisse, sous réserve des précisions mentionnées au paragraphe « REMARQUES » ci-après) et consenties par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers :

1/ Les prêts AMORTISSABLES immobiliers ou mobiliers (y compris les prêts de restructuration), destinés aux particuliers ou aux professionnels amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec débloquages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables :

- d'une durée maximale de :
 - **420 mois** (y compris éventuel différé total ou partiel d'une durée maximale de 36 mois(*)), si l'Assuré à moins de 56 ans à l'adhésion,
 - **360 mois** (y compris éventuel différé total ou partiel d'une durée maximale de 36 mois(*)), si l'Assuré à 56 ans ou plus à l'adhésion,
 - (*) pour les prêts à taux zéro, la durée maximale du différé est portée à 204 mois
- d'un montant maximal de **1 500 000 euros**.

Garanties proposées :

- Option 1 : Décès / P.T.I.A.
- Option 2 : Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.T.P. / I.P.T.
- Option 3 : Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.T.P. / I.P.T. / I.P.P.
- Option Senior : Décès seul
- Garantie P.E. (uniquement en complément des Options 1, 2 ou 3)
- Option « Confort dos et psy » (uniquement pour les Options 2 et 3 – cf. Titre Exclusion - paragraphe 3/ de la présente notice d'information)

2/ Les prêts IN FINE immobiliers ou mobiliers, destinés aux particuliers ou aux professionnels, d'une durée maximale de **180 mois** et d'un montant maximal de **500 000 euros**.

Garanties proposées : Option 1

3/ Les prêts RELAIS, d'une durée maximale de **36 mois** et d'un montant maximal de **500 000 euros**.

Garanties proposées : Option 1 et Option Senior

REMARQUES :

- **Montant maximal des capitaux assurables** : le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour une même personne, ne pourra en aucun cas excéder 1 500 000 d'euros et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.
- **Augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance** : il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :
 - . la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
 - . la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 360 mois ou 420 mois, selon l'âge que l'Assuré avait lors de son adhésion,
 - . le prêt est amortissable.
- **Prêts libellés en franc-suisse** : l'assurance des prêts accordés en franc-suisse par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises

d'établissements de crédits étrangers, est possible sous réserve :

- . que le prêt réponde à l'ensemble des conditions et limites fixées au sein de la présente notice d'information,
- . que lors de l'adhésion au contrat, le montant du prêt et le tableau d'amortissement correspondant, soient convertis en euros selon le barème contre-valeur en vigueur à cette date, permettant de déterminer le prix de vente de la devise considérée,
- . que les cotisations et les prestations soient exprimées en euros en fonction de ce même barème contre-valeur, permettant de déterminer le prix de vente de la devise considérée.

Le barème de conversion de la devise considérée, retenu au moment de l'adhésion au contrat d'assurance, **reste valable pendant toute la durée du prêt** et ce, même en cas de modification en cours d'assurance impliquant une actualisation du tableau d'amortissement (tel que le remboursement anticipé partiel du prêt).

L'attention de l'assuré et de l'emprunteur est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

COTISATIONS - EXONÉRATION

Les garanties définies sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en pourcentage du capital initial.

Les cotisations sont prélevées par l'Assureur mensuellement d'avance sur le compte de l'Assuré (**ce compte devant obligatoirement être domicilié en France**).

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties. Un complément de cotisation sur la totalité du capital assuré sera dû entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de première échéance.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adresse à l'Assuré une lettre recommandée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L.141-3 du Code des Assurances.

IRREVOCABILITE DES COTISATIONS :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, la cotisation communiquée lors de l'adhésion au contrat est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion (sauf en cas de mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement du taux de taxe, applicables au présent contrat).

EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS :

En cas d'I.T.T. ou I.P.T. (sous réserve que ces garanties aient été accordées par l'Assureur), l'Assuré sera exonéré du paiement de la cotisation relative à l'ensemble des garanties souscrites.

Cette exonération sera effective pendant toute la durée du paiement des prestations prévues en cas d'I.T.T. ou d'I.P.T. et débutera au plus tôt à compter du 61ème ou 91ème jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat) d'I.T.T. ou d'I.P.T.

ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement.

Dependant :

- l'Assureur pourra convoquer l'Assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DOM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'Assuré si celui-ci est à l'étranger au moment du sinistre.
- En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DOM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Décès ou de P.T.I.A. l'Assureur garantit le paiement des prestations telles que définies dans le tableau ci-après :

TYPE DE PRÊTS	PRESTATION dans la limite de la quotité assurée
PRÊTS AMORTISSABLES (immobiliers ou mobiliers, aux particuliers ou aux professionnels – y compris prêts de restructuration)	Pendant la phase de différé (le cas échéant) : le capital initial , majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A. Pendant la phase d'amortissement : le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date
PRÊTS IN FINE - PRÊTS RELAI (immobiliers ou mobiliers, aux particuliers ou aux professionnels)	Le capital initial , majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.

CAS PARTICULIERS/REMARQUES LIES AUX GARANTIES DÉCÈS/P.T.I.A.

1/ En cas de sinistre avant tout débloquage des fonds et alors que l'assurance a pris effet : l'Assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme aux bénéficiaires autres que l'organisme prêteur (cf. paragraphe « BÉNÉFICIAIRES »).

2/ En cas de sinistre sur un prêt avec débloquage échelonné : l'Assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme :

- à l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'emprunteur et restant dues en principal (ou clause bénéficiaire spécifique, le cas échéant – cf. paragraphe « BÉNÉFICIAIRES »),
- et à l'autre (aux autres) bénéficiaire(s) désigné(s) à concurrence des sommes non débloquées (cf. paragraphe « BÉNÉFICIAIRES »).

3/ L'échéance échue le jour même du Décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A. est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.

4/ En cas de Décès ou P.T.I.A. simultanément de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant total réglé par l'Assureur n'excédera pas, selon les cas, le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes, et n'excédera en aucun cas le montant total du prêt.

BÉNÉFICIAIRES

L'organisme prêteur est désigné comme bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues. En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant du à l'organisme prêteur, les prestations sont versées

- en cas de P.T.I.A.: à l'Assuré lui-même,
- en cas de Décès : au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf désignation particulière indiquée sur la demande d'adhésion.

Toutefois, si le bénéficiaire des prestations ne devait pas être l'organisme prêteur, il appartiendra à l'Assuré de préciser sur la demande d'adhésion ou sur papier libre, la clause bénéficiaire spécifique à retenir.

GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) – INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.) - INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) – INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) – PERTE D'EMPLOI (P.E.)

Il est rappelé que ces garanties sont facultatives et ne peuvent être souscrites :

Pour l'I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P. :

- qu'en complément de l'assurance Décès / P.T.I.A. (option 1),
- que si la personne à assurer, lors de son adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée, est en congés parental ou est bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent.

Pour la P.E. :

- qu'en complément de l'assurance Décès / P.T.I.A. (option 1) ou Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.T.P. / I.P.T. (option 2) ou Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.T.P. / I.P.T. / I.P.P. (option 3),
- que si la personne à assurer, lors de son adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) ET INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.) :

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :

En cas d'I.T.T., l'Assureur règle à compter du 61ème ou 91ème jour continu d'incapacité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) :

En cas d'I.T.P. intervenant dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur, celui-ci verse une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

La durée maximale de prise en charge par l'Assureur, pour un même I.T.P., est limitée à 180 jours continus.

Rechutes : Toute reprise de travail d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du service des prestations, sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnié.

Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de 60 ou 90 jours (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), avant prise en charge des échéances dans la limite de la quotité assurée.

A tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'Assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) ET INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) :

En cas d'I.P.T. ou d'I.P.P., l'Assureur détermine les taux d'incapacité par voie d'expertise à l'aide du tableau ci-après, en fonction :

- du taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise),
- du taux d'Incapacité Permanente Professionnelle : apprécié en fonction de la profession de l'Assuré ou d'un travail socialement équivalent.

TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
	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	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	100,0

Si le taux est égal ou supérieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.T.

L'Assureur règle à compter du 61ème ou 91ème jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.P.

L'Assureur règle à compter du 61ème ou 91ème jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

TYPE DE PRÊTS	PRESTATION dans la limite de la quotité assurée
PRÊTS AMORTISSABLES (immobiliers ou mobiliers, aux particuliers ou aux professionnels – y compris prêts de restructuration)	I.T.T. / I.P.T. : les échéances dues I.T.P. / I.P.P. : 50% des échéances dues

PERTE D'EMPLOI (P.E.) :

L'Assuré bénéficie du droit à indemnisation à la fin d'un **décalé de carence de 180 jours continus**, décompté à partir de la date de prise d'effet des garanties.

La durée maximale d'indemnisation par assuré, quel que soit le nombre de périodes de chômage, est de 36 mois.

L'Assureur règle à compter du 121ème jour de perte d'emploi continue, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

TYPE DE PRÊTS	PRESTATION dans la limite de la quotité assurée
PRÊTS AMORTISSABLES (immobiliers ou mobiliers, aux particuliers ou aux professionnels – y compris prêts de restructuration)	50% des échéances dues

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES I.T.T., I.T.P., I.P.T., I.P.P. ET P.E. :

1/ Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

2/ Pour le règlement des prestations, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

3/ Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte par l'Assureur.

4/ En cas d'I.T.T., I.T.P., I.P.T., I.P.P. ou de P.E. affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des échéances du remboursement du prêt.

5/ Prêt avec différé :

- s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : **aucune prestation n'est due,**
- s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : **seules les échéances d'intérêts sont prises en charge.**

6/ Prêt in fine / Prêt relais :

Le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement **n'est jamais pris en charge par l'Assureur.**

7/ En cas de variation de l'échéance en cours de prêt :

En cas de variation à la hausse :

Toute augmentation des échéances (en nombre ou en montant) devra être communiquée à l'Assureur et pourra donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion. Il est toutefois précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'Assureur si elle intervient pendant une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T., d'I.P.P. ou de P.E. de l'Assuré sauf si elle :

- résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt,
- est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'Assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur,
- intervient au plus une fois par an.

En cas de variation à la baisse :

Toute baisse des échéances (en nombre ou en montant) sera prise en compte par l'Assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T., d'I.P.P. ou de P.E.

EXCLUSIONS

1/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PRÉVUE EN CAS DE DÉCÈS

- Le suicide, lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Cette franchise s'applique à chaque adhésion nouvelle, suite à l'obtention d'un nouveau prêt ou à l'augmentation d'un prêt existant. Toutefois le suicide est garanti dès la prise d'effet de l'adhésion, dans la limite de 120 000 euros, lorsque l'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré.
- Les risques 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 ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même (lorsque l'Assuré emprunte une ligne commerciale régulière, les conditions ci-dessus sont réputées être réalisées).

- Les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion (sauf si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou exclusion de garantie).
- Les risques consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome.
- Les risques consécutifs à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un röntgen par heure, de tous autres accidents dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle.

LES EXCLUSIONS DE CET ENCADRE POURRONT, APRÈS ÉTUDE DE L'ASSUREUR, ÊTRE SUPPRIMÉES OU ADAPTÉES MOYENNANT LE PAIEMENT D'UNE COTISATION COMPLÉMENTAIRE.

- La pratique des sports et activités suivantes, sauf si elle est effectuée dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation encadré(e) par un professionnel habilité :
 - compétitions aériennes, raids aériens, acrobaties aériennes, voltige,
 - parachutisme, y compris parachutisme ascensionnel et vols de formation de parachutisme, sauf situation critique de l'appareil ou parachutisme lié à la profession de l'Assuré,
 - saut à l'élastique,
 - homme oiseau,
 - parapente, deltaplane, ULM, ou tous autres appareils et engins spéciaux comparables (à l'exception du vol à voile sur planeur qui est garanti).

2/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PRÉVUE EN CAS DE P.T.I.A.

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès.
- Les conséquences d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire.
- Les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de drogue, l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement et leurs suites et conséquences avérées.

3/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PRÉVUE EN CAS D'I.T.T., I.T.P., I.P.T. ET I.P.P.

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès ou de P.T.I.A.
- Les conséquences de rixes, sauf cas de légitime défense, de devoir professionnel ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère.
- **Maternité** : la période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du Travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées. Toutefois :
 - si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé,
 - si avant le début de ce congé l'Assurée était indemnisée par l'Assureur dans le cadre du présent contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'Assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites fixées pour les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.

LES EXCLUSIONS DE CET ENCADRE POURRONT, APRÈS ÉTUDE DE L'ASSUREUR, ÊTRE SUPPRIMÉES OU ADAPTÉES MOYENNANT LE PAIEMENT D'UNE COTISATION COMPLÉMENTAIRE.

- La pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération.
- La pratique des sports à titre amateur comportant l'utilisation d'une arme ou d'un engin à moteur.
- La pratique des sports suivants à titre amateur (sauf si elle est effectuée dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation encadré(e) par un professionnel habilité)
 - plongée sous-marine avec appareil autonome,
 - alpinisme de haute montagne,
 - hockey sur glace,
 - bobsleigh,
 - sports de combat,
 - spéléologie,
 - kitesurf,
 - skysurf.

OPTION CONFORT DOS ET PSY :

POUR LES PERSONNES A ASSURER QUI DEMANDE L'OPTION « CONFORT DOS ET PSY » LORS DE LEUR ADHÉSION AU CONTRAT, LES EXCLUSIONS INDISSOCIABLES DE CET ENCADRE, POURRONT ÊTRE SUPPRIMÉES MOYENNANT LE PAIEMENT D'UNE COTISATION COMPLÉMENTAIRE.

- Les conséquences des dépressions nerveuses, qu'elles soient réactionnelles ou endogènes, sauf si l'Assuré a été hospitalisé pendant une période continue d'au moins 5 jours dans un établissement spécialisé (la prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 61ème ou 91ème jour

d'incapacité ou d'invalidité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat) ayant entraîné l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette hospitalisation).

- Les conséquences des affections du rachis dorsolombaire (lombalgies, sciatiques, lumbago, hernie discale) sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation d'au moins 4 jours (la prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 61ème ou 91ème jour d'incapacité ou d'invalidité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat) ayant entraîné l'intervention chirurgicale ou l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette intervention chirurgicale ou hospitalisation).

4/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PRÉVUE EN CAS DE P.E.

- La retraite ou la préretraite, quelle qu'en soit la cause y compris pour inaptitude au travail.
- La démission même prise en charge par Pôle Emploi ou par un organisme équivalent.
- Toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi.
- Le licenciement pour faute grave ou lourde.
- La rupture du contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci.
- La rupture conventionnelle du contrat de travail.
- Le licenciement si l'Assuré est salarié :
 - de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale emprunteur contrôlée ou dirigée par son conjoint, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants (sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise).

FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations cessent pour tous les risques :

- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- en cas d'exigibilité anticipée du prêt par suite de non paiement d'une ou plusieurs échéances et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- au jour du règlement par l'Assureur du capital en cas de Décès ou de P.T.I.A.,
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 36 mois, quel que soit le nombre de sinistres, est atteinte pour la garantie P.E.,
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 180 jours par sinistre est atteinte pour la garantie I.T.P.,
- au 31 décembre qui suit le 89ème anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès,
- au 31 décembre qui suit le 67ème anniversaire de l'assuré pour les garanties, P.T.I.A., I.T.T., I.T.P., I.P.T., I.P.P. et P.E.,
- dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal de la profession ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour inaptitude au travail en ce qui concerne les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T., I.P.P. et P.E.,
- en cas de non-paiement des cotisations.

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :
MULTI IMPACT – Service Gestion GENERALI / Elois Assurances – BP 283 – 51687 REIMS cedex 2

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DOM/COM ou à Monaco.

Il conviendra de fournir à l'Assureur le certificat d'adhésion, les pièces listées ci-après, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire par l'Assureur au règlement des prestations :

1/ EN CAS DE DÉCÈS

- un acte de décès et si le décès est accidentel, l'extrait du procès verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, le numéro de ce procès verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, une coupure de presse,
- un certificat médical post-mortem - sur l'imprimé établi par l'Assureur - précisant le genre de maladie ou d'accident auquel a succombé l'Assuré,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date du décès.

Cas particulier : Si le décès survient hors de la France Métropolitaine, d'un DOM/COM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

2/ EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical du médecin de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,

- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'Assuré en bénéficie,

- le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de la P.T.I.A.

3/ EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE, D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Au début de l'Incapacité ou de l'Invalidité :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, avant l'expiration du délai de franchise, sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé en cas d'accident, au jour de sa survenance, ou en cas de maladie, au jour de la première visite du médecin traitant.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée.

Les incapacités de travail d'une durée inférieure à 60 ou 90 jours continus (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat) ne donneront lieu à aucun paiement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical, sur imprimé établi par l'Assureur,
- les volets ou l'attestation de prestations de la Sécurité Sociale si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle du contrat),
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de l'arrêt de travail.

Au cours de l'incapacité ou de l'invalidité :

Devront être adressés :

- les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'invalidité ou de l'incapacité,
- les volets de la Sécurité Sociale attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle du contrat),
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

A la fin de l'Incapacité :

Il est indispensable de remettre à l'Assureur un certificat de fin d'incapacité rempli par l'Assuré à l'aide d'un formulaire établi et fourni par l'Assureur lors de la première demande d'indemnisation. Cette remise permettra de déterminer les prestations en cas de rechute.

4/ EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

Au début de la Perte d'Emploi :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, avant l'expiration du délai de franchise, sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé à la date du licenciement.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée.

Les Pertes d'Emploi d'une durée inférieure à 120 jours continus ne donneront lieu à aucun paiement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une copie de la lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivré par Pôle Emploi ou un organisme assimilé de l'État,
- l'attestation de l'employeur (ou des employeurs) précédent(s) précisant :
 - . la nature du contrat de travail au moment du licenciement,
 - . les natures, dates de début et de fin des contrats de travail depuis l'adhésion au contrat,
- les bordereaux de paiement des prestations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme assimilé, depuis l'origine,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date du licenciement.

Au cours de la période de Perte d'Emploi :

Devront être adressés :

- les bordereaux de paiement des prestations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme assimilé, depuis l'origine,
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

PRESCRIPTION

Pour l'application du présent paragraphe, il faut entendre par le terme « souscripteur », le terme « adhérent ».

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 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 l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ; La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ; l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

Elle est également interrompue 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 cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. 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.

ARBITRAGE MÉDICAL

A toute époque, les médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'Assuré en état de P.T.I.A., d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. ou d'I.P.P., afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continuera à s'exercer même après la dénonciation du contrat par l'association contractante (APPSR).

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

RENONCIATION À L'ASSURANCE

L'Assuré peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion est conclue (selon les conditions d'acceptation, l'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion ou au plus tard à la date d'émission du certificat d'adhésion). Pour ce faire, il doit adresser à MULTI IMPACT – Service Gestion GENERALI / Elois Assurances – BP 283 – 51687 REIMS cedex 2, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné _____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe emprunteurs n°7319 effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion). Signature ».

RÉCLAMATION - MÉDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'Assuré (ou ses ayants droit) ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à Generali - Service Réclamations - 7 Bd Haussmann - 75456 PARIS Cedex 09 - servicereclamations@generali.fr.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré (ou ses ayants droit) ou par l'Assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'Assuré (ou ses ayants droit) et l'Assureur après examen de la demande par le service réclamations, l'Assuré (ou ses ayants droit) peut saisir le Médiateur indépendant auprès de Generali, en écrivant à M. le Médiateur auprès de Generali – 7 Bd Haussmann – 75456 PARIS Cedex 09.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de la demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations à caractère personnel recueillies par Generali ou son délégataire Multi Impact sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes de souscription ou de gestion du présent contrat. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires, réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, Generali ou son délégataire Multi Impact, peuvent être amenés à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la Loi Informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, supprimer, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à : Multi impact – Service Gestion GENERALI / Elois Assurances – BP 283 – 51687 REIMS cedex 2

Les informations personnelles, y compris celle recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par GENERALI pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09.