

Pérénius

... votre avenir assuré.



AFi europe

Groupe  Esca

- NOTE D'INFORMATION -

DISPOSITIONS GENERALES VALANT NOTE D'INFORMATION

Contrat collectif d'assurance sur la Vie
souscrit par l'Association Financière
pour les Retraites et les Garanties
des Emprunteurs (AFIRGE)
41, rue Henri Bègue
78160 Marly Le Roy
auprès d'AFI EUROPE.

Article 1 - Définitions

Assureur : AFI Europe.

Contractant : Association qui souscrit le contrat.

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur.

Adhérent : Personne physique ou morale membre du Contractant qui adhère au contrat et paye les cotisations. L'Adhérent peut choisir de garantir tout ou partie de son prêt. Les prestations versées seront conformes à la quotité du prêt affecté à l'adhésion. L'Assuré et l'Adhérent peuvent être la même personne.

Organisme prêteur : Personne morale qui accorde le prêt à l'Adhérent ou à l'Assuré et qui est bénéficiaire de l'adhésion.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque couvert par l'Assureur. L'Organisme prêteur est en principe bénéficiaire de l'adhésion à hauteur des sommes restant dues à la date de réalisation du risque ; si le capital versé à l'Organisme prêteur est inférieur au capital garanti, et sans mention particulière dans le certificat d'adhésion, le reliquat sera versé aux ayants droit de l'Assuré par parts égales.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) : L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il est reconnu définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un quelconque travail pouvant lui procurer gain ou profit, son état le mettant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante. Cette Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doit être reconnue par une autorité médicale compétente. L'Assureur se réserve le droit de procéder, à ses frais, au contrôle de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

Incapacité Permanente et Totale (IPT) : L'Assuré est considéré en état d'Incapacité Permanente et Totale s'il est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité rémunérée et ce, de façon permanente. L'Incapacité doit être totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'Assureur se réserve le droit de procéder, à ses frais, au contrôle de l'état d'Incapacité de l'Assuré.

Incapacité Temporaire et Totale de travail (ITT) : L'Assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est totalement incapable par suite d'accident ou de maladie d'exercer une quelconque activité rémunérée. L'Incapacité temporaire de travail doit être totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'Assureur se réserve le droit de procéder, à ses frais, au contrôle de l'état d'Incapacité de l'Assuré.

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

Accident : on entend par Accident, toute atteinte corporelle décelable, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. **Toutefois, ne sont pas considérés comme des accidents : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie minigée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux.**

Décès toutes causes : décès suite à maladie ou accident.

Quotité : fraction de l'indemnité garantie sur la tête assurée.

Article 2 - Objet de l'Assurance

PERENIUS est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative ouvert aux membres du Contractant. Il comporte une garantie obligatoire qui prévoit en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, le versement par l'Assureur au Bénéficiaire :

- Pour les crédits à court, moyen et long terme :

du capital restant dû, multiplié par la quotité garantie sur la tête assurée, sur un ou des prêts(s) contracté(s) par l'Assuré ou par l'Adhérent auprès du bénéficiaire dans la limite du capital souscrit et dans les conditions prévues aux présentes Dispositions Générales.

- Pour les contrats de Crédit-Bail :

un capital égal à la somme des loyers hors taxes restant due au moment du décès, augmenté s'il y a lieu du montant de la valeur résiduelle.

Deux garanties complémentaires sont également proposées :

- l'Invalidité Permanente et Totale,

- l'Incapacité Temporaire et Totale de travail.

Article 3 - Résiliation du contrat

En cas de résiliation du contrat par le Contractant, les garanties sont maintenues jusqu'au terme prévu de chaque adhésion et les prestations en cours continuent d'être versées jusqu'à leur terme normal. L'Assureur n'accepte plus de nouvelles adhésions à compter de la date d'effet de la résiliation.

Chaque Adhérent est informé de la résiliation par le Contractant au moins deux mois avant sa date d'effet.

Article 4 - Admission à l'Assurance

4.1. Modalités d'adhésion

L'Adhérent remplit la demande d'adhésion jointe aux Dispositions Générales valant note d'information et accompagne celle-ci, soit du versement de la première cotisation à l'ordre de l'Assureur, soit de l'autorisation de prélèvement accompagnée d'un relevé d'identité bancaire.

4.2. Âge de l'Assuré à l'adhésion et activité professionnelle

Pour être admis à la garantie obligatoire, le candidat à l'assurance doit être âgé de moins de 75 ans en garantie Décès.

Pour être admis aux garanties P.T.I.A., I.P.T. et I.T.T., le candidat à l'assurance doit être âgé de moins de 60 ans et exercer une activité professionnelle rémunérée. Le candidat à l'assurance est soumis à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de l'adhésion.

Les frais d'examens médicaux sollicités par AFI Europe sont remboursés, sauf si le proposant ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que le refus ou l'adhésion sous conditions, de la part d'AFI Europe.

Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration, entraîne la nullité de l'adhésion, en application à l'article L 113-8 du Code des Assurances.

Au vu de ces éléments et en fonction de l'activité professionnelle, sportive ou risques de séjours de l'Assuré, l'Assureur peut accepter ou refuser le risque proposé, ou l'accepter moyennant surprime et/ou exclusion de certaines garanties ou de certains risques.

Si l'Assureur accepte le risque, il émet un Certificat d'adhésion précisant les garanties souscrites et leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, les conditions particulières d'acceptation ainsi que les bénéficiaires désignés.

S'il refuse le risque, l'Assureur envoie à l'Adhérent une lettre recommandée avec avis de réception l'informant de sa décision, accompagnée du remboursement intégral de l'éventuel versement effectué lors de son adhésion.

Si l'Assureur accepte le risque moyennant surprime et/ou exclusion particulière, l'Adhérent doit donner son accord écrit sur les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion n'est pas couvert (sauf application de la garantie "couverture accidentelle immédiate" décrite à l'Article 5.1.).

4.3. Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée indiquée au Certificat d'adhésion et cesse dans les conditions prévues à l'article 10.

Article 5 - Prise d'effet des garanties

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions

dérogatoires de garantie ou de tarif,

- de la communication à l'Assureur de toutes les pièces nécessaires au prélèvement de la cotisation, ou du paiement de la cotisation, les garanties prennent effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion.

En tout état de cause, les garanties prennent effet au plus tôt à la première des dates suivantes :

• A la date de l'acceptation de l'offre préalable du prêt par l'emprunteur,

• Au jour de la signature du contrat de prêt, que le contrat ait été établi sous seing privé ou par acte authentique,

• Au jour de la remise des fonds, que les fonds aient été débloqués partiellement ou totalement.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la date d'effet des garanties, mais avant que les fonds ne soient totalement débloqués, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur la somme correspondant aux fonds éventuellement débloqués et le surplus éventuel aux bénéficiaires désignés à l'adhésion. En cas de sinistre Décès avant le prélèvement de la première cotisation, le capital prévu au contrat est versé sous déduction de la cotisation due.

5.1. Couverture accidentelle immédiate

Dès le lendemain du jour de la signature de la demande d'adhésion et sous réserve que la personne à assurer ait accepté l'offre de prêt, et ait payé à l'Assureur la première cotisation ou lui ait communiqué l'ensemble des pièces nécessaires au prélèvement de ladite cotisation, une garantie "Accident" limitée au seul risque Décès est accordée pour une durée de 60 jours.

Le Décès de l'Assuré consécutif à un accident postérieur à la signature de la demande d'adhésion s'il intervient pendant le délai précité de 60 jours, donne lieu au versement du capital garanti et ce, dans la limite de cent cinquante mille euros maximum pour l'ensemble des adhésions d'un même Assuré.

Pendant cette période de 60 jours, en cas de refus de certains risques notifié par l'Assureur dans les conditions citées à l'article 4.2., la couverture accidentelle immédiate cesse à compter du jour de la réception par l'Adhérent de cette notification de refus.

5.2. Répartition des garanties

entre plusieurs Assurés

Si pour un même contrat de prêt, les garanties sont réparties entre plusieurs Assurés, elles sont accordées pour chacun d'entre eux pour les montants ou quotités déclarés à l'Assureur.

Le total des garanties cumulées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'Assureur n'en reste pas moins limitée à ce montant pour l'ensemble des Assurés pour un même prêt.

5.3. Limitation des garanties

Le montant maximal de l'engagement de l'assureur pour un même Assuré, est fixé à :

- 72 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale au titre de la Garantie Invalidité Permanente Totale,

- 36 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale représentant l'assiette maximale servant de base de calcul à la prestation au titre de la Garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail.

Article 6 - Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Cette garantie doit être obligatoirement souscrite. Elle prévoit en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident non antérieur à l'adhésion **sauf déclaration du risque à l'assureur et acceptation du risque par l'assureur**, le versement au Bénéficiaire :

• Pour les crédits à court, moyen et long terme :

du capital restant dû, multiplié par la quotité garantie sur la tête assurée, sur son (ou ses) prêt(s) à la date du Décès ou à la date de consolidation de son état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans la limite du capital garanti et dans les conditions prévues aux présentes Dispositions Générales.

• Pour les contrats de Crédit-Bail :

d'un capital égal à la somme des loyers Hors Taxes restant due au moment du Décès ou de la consolidation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, augmenté de la valeur résiduelle du bien, si cela a été prévu au moment de l'adhésion.

La date de consolidation de son état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doit être antérieure au 65ème anniversaire de l'Assuré pour ouvrir droit à la garantie.

Article 7 - Garanties complémentaires

Lors de l'adhésion, ou en cours d'adhésion, dans les conditions stipulées dans les présentes

Dispositions Générales, l'Adhérent a la faculté d'opter pour l'une des garanties suivantes moyennant cotisations et sous réserve d'acceptation par l'Assureur.

7.1. Garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail
En cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail de l'Assuré, l'Assureur prend en charge, les remboursements d'emprunt multipliés par la quotité garantie sur la tête assurée (intérêts et principal) ou les échéances de loyers Hors Taxes pour les contrats de Crédit-Bail pendant toute la durée de l'incapacité aux conditions définies ci-après. Dans le cas d'un crédit en fine, la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêts échus.

Par ailleurs, les cotisations relatives aux garanties couvertes par l'adhésion ne sont plus dues pendant la durée de l'incapacité de travail prise en charge par l'Assureur.

Cependant est exclu de la garantie, tout Assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle à la date de survenance du sinistre, sauf s'il bénéficie des allocations versées par les ASSEDIC.

Durée de la prise en charge

La prise en charge des remboursements d'emprunt (ou loyers Hors Taxes) par l'Assureur ne pourra prendre effet qu'à compter du 91ème jour d'Incapacité Temporaire et Totale de travail ininterrompue de l'Assuré. Cette prise en charge ne pourra prendre effet que dans le respect des formalités prévues à l'Article 14.3.

Il ne pourra être mis à la charge de l'Assureur les échéances de remboursement ou loyers échus avant la date du sinistre et non encore payées à l'Organisme prêteur.

Seuls les remboursements ou loyers venant à échéance dans les délais susmentionnés seront à la charge de l'Assureur.

L'Assuré devra informer l'Assureur de toute modification de son état de santé, en particulier en cas de prolongation d'arrêt de travail, par l'envoi d'un nouveau certificat médical, sinon les prestations cesseront à la date indiquée au dernier certificat médical remis à l'Assureur.

En cas de reprise d'une quelconque activité professionnelle de l'Assuré suivie d'une rechute dûment constatée comme étant la conséquence du même accident ou de la même maladie, la franchise de 90 jours ne sera pas appliquée, sous réserve que la rechute intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.

Toute reprise d'une activité rémunérée par l'Assuré mettra fin à la présente garantie. En outre, cette garantie prend fin dans les conditions stipulées à l'article 10.

7.2. Garantie en cas d'Invalidité Permanente et Totale

Si pendant la prise en charge au titre de l'Incapacité Temporaire et Totale de travail, ou à l'issue de celle-ci, l'Assuré se trouve en état d'Invalidité Permanente et Totale, l'Assureur :

- cesse la prise en charge des remboursements d'emprunt ou des loyers ;
- verse au Bénéficiaire le capital alors restant dû, multiplié par la quotité garantie sur la tête assurée, (ou la somme des loyers Hors Taxes restant dus augmentée s'il y a lieu de la valeur résiduelle, pour les contrats de Crédit-Bail) à la date de consolidation de son état d'Invalidité Permanente et Totale.

Article 8 - Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont assurées dans le monde entier. Cependant pour le risque Décès, la preuve devra être fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné, et pour les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente et Totale ou d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'état devra être constaté médicalement en France métropolitaine.

Article 9 - Modification des garanties

L'Adhérent Individuel peut demander, à tout moment, une modification des garanties :

- augmentation ou diminution des garanties ;
- souscription ou suppression d'une des garanties complémentaires.

Toute modification prend effet après paiement de la cotisation y afférente et envoi de l'avenant au Certificat d'adhésion correspondant. A cet effet, des frais d'avenant de 15 euros pourront être prélevés par l'Assureur.

Avant d'accorder toute augmentation de garantie ou adhésion à de nouvelles garanties et d'adresser l'avenant correspondant, l'Assureur se réserve le

droit de demander les informations prévues à l'article 4.2 et l'accord écrit de l'Organisme prêteur en cas d'acceptation du bénéficiaire du contrat.

Lorsque l'Adhérent est différent de l'Assuré, l'augmentation de la garantie Décès se fait sous réserve de l'obtention de l'accord écrit de l'Assuré sur le nouveau montant.

En cas de remboursement anticipé (partiel ou total) du prêt, l'Adhérent s'engage à adresser à l'Assureur dans un délai de 2 mois, une attestation de l'Organisme prêteur mentionnant la date et le montant du remboursement, accompagnée du tableau d'amortissement en cas de remboursement partiel, afin que l'Assureur procède soit à la résiliation, soit à la modification du contrat. La partie de cotisation payée et non courue sera remboursée à l'Adhérent.

Au-delà du délai de 2 mois, la date prise en compte pour le calcul de la cotisation payée et non courue, sera la date de réception de l'attestation chez l'Assureur.

Article 10 - Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- Le jour où le prêt a été intégralement remboursé,
- Le jour où le bien faisant l'objet du prêt est vendu,
- Le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- Le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite société,
- Le jour où la déchéance du terme a été prononcée par le prêteur,
- Au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - pour la garantie Décès au 85^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire et Totale de Travail au 65ème anniversaire de l'Assuré,
 - pour la garantie Invalidité Permanente Totale au 60ème anniversaire de l'Assuré,
 - et au plus tard pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire et Totale de Travail, au jour du départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail ou de la mise en retraite ou préretraite,

- En cas de cessation du paiement des cotisations conformément à l'article L 132-20 du Code des Assurances,
- Le jour où l'adhésion est résiliée,
- À l'expiration d'un délai de 6 mois à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été débloqué par le prêteur.

Article 11 - Modification des risques garantis

L'Assuré doit avertir l'Assureur par lettre recommandée dès qu'il a connaissance de tout changement de l'un des éléments ayant servi de base à l'appréciation du risque (activité professionnelle, activité sportive, tabagisme ...) ; l'Assureur aura alors, conformément à l'article L 113-4 du Code des Assurances, la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Les aggravations ou diminutions des risques découlant de l'état de santé de l'Assuré ne sont cependant pas concernées par ces dispositions.

Cependant, l'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification de son état de santé, constaté entre la date de signature du questionnaire de santé et la date de prise d'effet des garanties, susceptible de modifier les réponses apportées au questionnaire de santé. A défaut, l'Assuré s'expose à l'annulation de son adhésion en application de l'article L 113-8 du Code des Assurances.

Article 12 - Exclusions concernant la garantie Décès

Aucune garantie n'est due pour les cas où le Décès de l'Assuré est la conséquence des faits suivants, la garantie n'est pas due et il sera procédé à la résiliation de l'adhésion :

- Suicide au cours de la 1ère année du contrat ;
- Faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- Guerre civile ou étrangère, émeute, insurrection quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels qu'en soient les protagonistes ;
- Effets directs ou indirects d'explosions ou de dégagements de chaleur ou d'irradiations,

provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ;

- Affections ou accidents médicalement constatés à une date antérieure à celle de la prise d'effet des garanties. Toutefois, les suites et conséquences des affections et accidents déclarés à l'Assureur sont garanties, sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée au certificat d'adhésion ;
- Accidents occasionnés par l'Assuré alors que celui-ci est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux maximal légal en vigueur au jour de l'accident ;
- Démonstrations, raids, acrobaties, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, ou vols sur un appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, ou vols sur ailes volantes ou tout autre appareil comparable : ULM, deltaplane, parapente ;
- Pratique des sports suivants : parachutisme, saut à l'élastique, plongée sous-marine avec appareil autonome, alpinisme de haute montagne, hockey sur glace, bobsleigh, sports de combat et spéléologie ;
- Usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement.

Article 13 - Exclusions concernant les autres garanties

13.1. Outre les exclusions mentionnées à l'article 12, les exclusions ci-après s'appliquent aux autres garanties (P.T.I.A. - I.T.T. - I.P.T.) :

- Accidents, maladies, invalidités et infirmités :
 - résultant de la pratique de tous sports à titre professionnel ;
 - résultant de compétitions sportives (y compris les entraînements) nécessitant l'utilisation d'animaux, de véhicules (avec ou sans moteur) ou d'embarcations motorisées ;
 - survenant au cours de voyages d'exploration ;
 - résultant du fait de la navigation sous-marine ;
 - résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré ;
 - survenant lors de la participation de l'Assuré à tout mouvement populaire, rixe, émeute, acte de terrorisme, sauf cas de légitime défense ;
 - résultant de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcool dans le sang égal ou supérieur au taux maximal légal en vigueur au jour du sinistre), sauf si l'Assuré n'est pas responsable du sinistre ;
 - résultant de traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti.
 - Pathologies disco-vertébrales, ainsi que leurs suites et conséquences, sauf si la pathologie en question a une origine tumorale constatée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, ou a entraîné une hospitalisation continue d'une durée supérieure à 15 jours en milieu spécialisé ;
 - Conséquences d'une tentative de suicide ;
- 13.2. Outre les exclusions mentionnées aux articles 12 et 13.1, les exclusions supplémentaires ci-après s'appliquent à la garantie complémentaire Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.)
- Cures thermales ;
 - Etats et syndromes de type anxio-dépressif, névrotique, neuropsychique ou neuropsychiatrique, ainsi que leurs suites et conséquences, survenant pendant les 2 premières années du contrat ou ne justifiant pas d'hospitalisation en milieu psychiatrique ;
 - Les arrêts de travail correspondant à la durée du congé légal de maternité telle qu'elle est définie à l'article L 122-26 du Code du Travail que l'Assurée soit salariée ou non.

Article 14 - Formalités

Les sommes dues au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) sont payables dans les 30 jours après la remise à l'Assureur, dans les délais requis, des pièces indispensables à ce règlement.

14.1. En cas de Décès

Le Bénéficiaire doit transmettre à l'Assureur dès qu'il a connaissance du Décès de l'Assuré :

- un extrait de l'acte de Décès de l'Assuré,
- un certificat médical précisant la cause du décès et, le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
- l'original du Certificat d'adhésion et de ses avenants,
- et toutes autres pièces jugées utiles par l'Assureur ou nécessitées par la réglementation.

14.2. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente et Totale

À compter de la date de consolidation de son état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente et Totale et au plus tard dans un délai maximum de 3 mois, l'Assuré doit remettre à l'Assureur un certificat médical

circonstancié du Médecin traitant, apportant toutes les précisions nécessaires sur la nature et l'origine de l'affection invalidante. Si l'Assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent à titre obligatoire), il doit transmettre l'attestation de la Sécurité Sociale (ou du régime équivalent) classant son invalidité en deuxième ou troisième catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale (art. L. 341-1). Au vu de ces pièces, le Médecin conseil de l'Assureur statuera sur son état d'invalidité, la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le Médecin conseil de l'Assureur. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le Bénéficiaire ou son administrateur légal doit transmettre à l'Assureur l'original du Certificat d'adhésion et du dernier avenant.

Sauf cas de force majeure, le défaut de déclaration dans ce délai annule tout droit au bénéfice de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Invalidité Permanente et Totale.

14.3. En cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration immédiate à l'Assureur et au plus tard dans un délai maximum de 30 jours à compter du terme de la franchise applicable.

Sauf cas de force majeure, le défaut de déclaration dans ce délai prive tout droit au bénéfice de la garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail. La déclaration doit comporter un certificat délivré par le Médecin traitant, précisant la nature et l'origine de l'affection ainsi que la date du premier jour d'arrêt de travail et sa durée probable, les décomptes d'indemnités journalières perçues et si l'Assuré a été hospitalisé, le compte-rendu d'hospitalisation ainsi que toute autre pièce jugée utile par l'Assureur ou nécessitée par la réglementation. Au vu de ces pièces, le Médecin conseil de l'Assureur statuera sur son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, la reconnaissance de cet état par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le Médecin conseil de l'Assureur. Si l'Incapacité Temporaire et Totale de travail se poursuit sans interruption, l'Assuré devra fournir chaque mois, à compter de la première déclaration d'Incapacité Temporaire et Totale de travail et dans un délai de 40 jours à compter du dernier jour d'Incapacité Temporaire et Totale de travail justifié, un certificat médical justifiant la continuité de son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, les décomptes d'indemnités journalières perçues, une attestation sur l'honneur d'Incapacité Temporaire et Totale de travail ainsi que toute autre pièce jugée utile par l'Assureur ou nécessitée par la réglementation, à défaut de quoi l'Incapacité Temporaire et Totale de travail sera de plein droit réputée avoir pris fin.

L'Assuré doit également dans un délai maximum de 15 jours, aviser l'Assureur de la date à laquelle aura cessé l'Incapacité Temporaire et Totale de travail et fournir, à cet effet, un certificat de reprise de travail.

14.4. Contrôle de l'état de Santé de l'Assuré

L'Assuré doit immédiatement déclarer à l'Assureur, sous peine d'être déchu de son droit aux prestations, toute reprise - même partielle - d'activité.

Sauf cas de force majeure, le refus de libre accès auprès de l'Assuré des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la suspension de la garantie.

Article 15 - Calcul des cotisations

15.1. Tarification

Les bases de la tarification sont fixées à partir des informations transmises par l'Adhérent lors de son adhésion et indiquées sur son Certificat d'adhésion

ou l'un des avenants y afférent.

Celles-ci tiennent compte notamment :

- de l'âge de l'Assuré qui est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance,
- de la nature et du montant des garanties souscrites,
- du montant du capital restant dû à l'Organisme prêteur multiplié par la quotité garantie sur la tête assurée, tel que précisé au Certificat d'adhésion individuelle et aux avenants éventuels successifs qui y sont attachés,
- le cas échéant, du capital initial emprunté, du montant **total des loyers et de la valeur résiduelle Hors Taxes** prévue au contrat de Crédit-Bail.

15.2. Évolution des cotisations

L'Adhérent a le choix entre :

- des cotisations variables chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du capital garanti,
- une cotisation fixe pendant toute la durée de l'Adhésion.

Le choix de la cotisation fixe est réservé aux prêts amortissables, sans différé d'amortissement.

Le choix est fait à l'adhésion, il est irrévocable jusqu'au terme de l'adhésion.

Néanmoins, dans l'hypothèse où l'Assureur n'aurait pas reçu avant la fin de la première année suivant la date d'effet de l'adhésion, le tableau d'amortissement nominatif et définitif, le prêt serait considéré comme non amortissable et le tarif correspondant à celui sur capital restant dû serait appliqué au montant initial du capital emprunté.

Article 16 - Paiement des cotisations

Lors de l'adhésion au contrat, il est prélevé des frais d'adhésion si l'Adhérent n'est pas déjà membre du Contractant. Les cotisations peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement moyennant le prélèvement éventuel de frais de fractionnement indiqués au Certificat d'adhésion.

Article 17 - Défaut de paiement

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, et conformément à l'article L. 113-3 du Code des Assurances, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée qui entraîne, au terme d'un délai de 40 jours à compter de la date d'envoi de cette lettre, si le versement de la cotisation n'a pas été effectué pendant ce délai, la résiliation de son adhésion.

L'Organisme prêteur sera simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

Article 18 - Loi applicable - Autorité de contrôle

L'Adhésion est régie par la loi française et par les dispositions du Code des Assurances.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est la Commission de Contrôle des Assurances
54, rue de Châteaudun - 75009 Paris.

Article 19 - Informations de l'Adhérent

19.1. A tout moment

L'Adhérent peut obtenir auprès de l'Assureur, une information qui indiquera notamment les capitaux garantis et la nouvelle cotisation annuelle y afférent (art. L. 132-22 du Code des Assurances).

19.2. En cas de modification de l'adhésion

L'Assureur adresse à l'Adhérent un avenant au Certificat d'adhésion précisant les nouvelles conditions de l'adhésion.

Article 20 - Faculté de renonciation

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent le paiement de la première cotisation ou la date d'acceptation par l'Assuré des nouvelles

conditions d'assurance, il adresse au Siège d'AFI Europe, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

" Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion n° _____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre,
Signature "

Article 21 - Arbitrage

Lorsqu'il y a mise en jeu des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente et Totale, l'Assureur mandate un médecin. L'Assuré a la faculté de se faire assister par l'autorité médicale de son choix.

En cas de contestation concernant notamment le taux ou le caractère définitif de l'invalidité, le litige est soumis à un contre-expert désigné par l'Assuré qui supporte les frais de cette expertise.

Si le litige ne peut être réglé de cette manière, il est fait appel à un tiers expert agréé par les deux parties (ou en cas de désaccord de celles-ci, par le Président du Tribunal de Grande Instance du Siège de l'Assureur) qui tranche souverainement. Les frais de cette expertise sont partagés.

Article 22 - Réclamation

Toute réclamation concernant le contrat doit être envoyée au :

Service Relation Clientèle de l'Assureur
4 Square Dutilleul 59042 LILLE CEDEX -

En cas de désaccord et si toutes les voies de recours amiable ont été épuisées, l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (F.F.S.A.), personne indépendante de l'Assureur, peut être sollicité. Les conditions d'accès à ce Médiateur sont disponibles sur simple demande auprès de l'Assureur.

Article 23 - Prescription

Le délai de prescription est la période au-delà de laquelle aucune action n'est plus opposable.

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Cette durée est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent (art. L. 114-1 du Code des Assurances).

La prescription est interrompue, notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations (art. L. 114-2 du Code des Assurances).

Article 24 - Informatique et Libertés

L'Adhérent et l'Assuré disposent, conformément à l'article 27 de la loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, d'un droit d'accès et de rectification pour toute information les concernant, enregistrée sur un fichier informatique à l'usage de l'Assureur, de tous mandataires, des réassureurs et de tous organismes concernés, en s'adressant au siège de l'Assureur.

Article 25 - Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge de l'Adhérent.

