

Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



PRÉVOYANCE DÈCÈS 2006



5 8 1 6 8

C : COURTAGE
17 villa duc Petit Parc
94000 CRETEIL

PAREO EMPRUNTEURS

GROS CAPITAUX

La souscription

Les personnes physiques de plus de 18 ans et de moins de 60 ans, résidant en France, en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, en Grande-Bretagne ou en Suisse, bénéficiant d'un financement sous la forme d'un crédit contracté auprès d'un organisme de crédit établi en France ou à Monaco, d'une durée de prêt comprise entre 24 et 360 mois, et dont le total des capitaux assurés est compris entre 350 001 € et 10 000 000 €.

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue par l'article L. 140-4 du code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat n° L. 1011/0001, convention groupe à adhésion facultative, régi par le code des assurances, souscrit par les associations ALPTIS, APTI, ALPTIS FRONTALIERS et ALPTIS ENTREPRISES, auprès de SWISS LIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE, ci-après dénommé l'Assureur.

Réf : **PAREO GC**



SOMMAIRE

DÉFINITIONS	3
1• OBJET DU CONTRAT	3
2• FORMALITÉS D'ADHÉSION	3-4
3• ADHÉSION AUX GARANTIES	4
4• DATE D'EFFET DES GARANTIES	4
5• RENONCIATION A L'ASSURANCE	4
6• DURÉE DES GARANTIES	4
7• CESSATION DES GARANTIES	4-5
8• GARANTIES PROPOSÉES	5
9• DÉFINITION DES GARANTIES	5-6
10• LIMITE DES GARANTIES	6
11• ÉTENDUE TERRITORIALE	6
12• RISQUES EXCLUS	6-7
13• PROFESSIONS EXCLUES	7
14• RÈGLEMENTS DES PRESTATIONS	7
15• CONTRÔLE MÉDICAL	7
16• TIERCE EXPERTISE AMIABLE	7
17• PRESCRIPTION	7
18• SUBROGATION	7
19• MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS	8
20• OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT ET DE L'ASSURÉ	8
21• DROIT D'INFORMATION ET DE RECTIFICATION	8
22• MÉDIATION	8
23• ORGANISME DE CONTRÔLE	8



CONDITIONS GÉNÉRALES EMPRUNTEURS 2006

DÉFINITIONS

Adhèrent : personne qui adhère au présent contrat groupe. L'Adhèrent peut être aussi l'Assuré.

Assuré : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance. L'Assuré peut être l'Adhèrent.

ALPTIS ASSURANCES : organisme gestionnaire des garanties.

Association : association qui souscrit le contrat groupe et à laquelle est rattaché l'Adhèrent ; le nom de l'association est précisé dans le certificat d'adhésion.

Age de l'Assuré : pour l'âge limite de l'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 millésime).

Bénéficiaire : le bénéfice de l'assurance est attribué à l'organisme

financier qui est réputé bénéficiaire acceptant sauf accord spécifique écrit de ce dernier ou clause séquestre. Si le risque se réalise, la prestation est réglée au Bénéficiaire.

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, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme "accidents", au sens du présent contrat, les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale, une lombo-sciatalgie ainsi que toute pathologie soudaine ne sont pas considérés comme "accidents" au titre du présent contrat d'assurance.

Maladie : toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale.

1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir les personnes physiques bénéficiant d'un financement sous la forme d'un crédit, plus généralement, toute personne physique intervenant à l'acte de prêt.

1.1 Personnes Assurables

La date limite d'adhésion est fixée au jour du 60^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et au jour du 59^{ème} anniversaire pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale.

Pour être admissible à l'assurance, l'Assuré doit résider en France (hors Corse, DOM et TOM), et être âgé de 18 ans au moins. Il doit exercer une activité professionnelle pour souscrire les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale.

Toutefois, les personnes résidant à Monaco, en Corse, dans les DOM, en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, en Grande-Bretagne, ou en Suisse peuvent adhérer et être assurées pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les 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 le cas.

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

1.2 Crédits éligibles

Les garanties sont ouvertes pour les crédits amortissables par mensualités constantes ou non amortissables, d'une durée minimum de 2 ans et d'une durée maximum de 30 ans et dont le montant est compris entre 350 000 € et 10 000 000 €.

En cas de co-emprunteurs, le montant initial à assurer doit être compris entre 350 000 € et 10 000 000 € pour l'emprunteur principal. Compté du pourcentage assuré, le montant présenté à l'assurance peut être inférieur à 350 000 €, pour le co-emprunteur.

Les différés d'amortissement seront acceptés dans les limites suivantes : différé maximum de 12 mois pour les crédits dont la durée est inférieure ou égale à 10 ans, de 24 mois pour les crédits dont la durée est comprise entre 10 et 20 ans et de 36 mois pour les crédits dont la durée est strictement supérieure à 20 ans. Par ailleurs si le taux d'intérêt est variable, il devra être plafonné à plus ou moins 2 %.

Seule la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie pourra être proposée pour les crédits modulables.

De plus le crédit 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 et rédigé en français.

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 ;
- la notice d'information, qui a pour objet de décrire la vie de l'adhésion et de définir l'ensemble des garanties souscrites ;
- le certificat d'adhésion, qui précise les garanties, leur date d'effet, leur montant, et l'éventuelle franchise.

2.2 A l'adhésion, l'Assuré et l'Adhèrent 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.

L'Adhèrent indique sur la demande d'adhésion la date de 1^{er} déblocage des fonds. Si cette date est inconnue, l'Adhèrent indique la date la plus proche "pressentie". Toutefois, le décalage entre la date de la signature de l'offre de prêt et le déblocage des fonds ne pourra être supérieur à 6 mois. L'Adhèrent s'engage à aviser ALPTIS ASSURANCES en cas de dépassement de la date de déblocage des fonds. Dans ce cas, ALPTIS ASSURANCES proposera une nouvelle offre d'assurance soumise à nouvelles formalités médicales.

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 formalités médicales sont fonction du montant de la somme des

capitaux à assurer au titre de la présente demande et des capitaux restants dus assurés par un autre contrat de même type souscrit auprès d'ALPTIS ASSURANCES, et de l'âge de l'Assuré.

Les formalités médicales sont valables 4 mois à compter de la date de leur établissement.

Les frais médicaux occasionnés par les formalités médicales auxquelles l'Assuré doit se soumettre à l'adhésion sont pris en charge par l'Assureur, pour autant que l'assurance se matérialise.

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, de n'accepter l'Assuré qu'à des conditions particulières, de l'ajourner ou de le refuser.

Lorsque l'Assureur est amené à accepter un Assuré à des conditions particulières, ALPTIS ASSURANCES soumet à l'Adhèrent une proposition d'assurance. L'Adhèrent dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date d'émission de la proposition d'assurance pour notifier son acceptation. Passé ce délai, l'Assureur n'est plus lié par la proposition.

Les dates d'effet figurant sur le certificat d'adhésion 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 à accomplir à l'adhésion sont les suivantes (voir page 4).



CONDITIONS GÉNÉRALES EMPRUNTEURS 2006 (suite)

2• FORMALITÉS D'ADHÉSION (suite)

2•3 Formalités médicales (suite)

Capitaux souscrits	Age adhésion < 50 ans	Age adhésion >= 50 ans et <=60 ans
De 350 001 € à 1 500 000 €	Dossier médical standard	Dossier médical standard
De 1 500 001 € à 2 500 000 €	Dossier médical standard + ECG d'Effort avec rapport du cardiologue + Radio du Thorax + Profil sanguin 2 + Dossier Financier	Dossier médical standard + ECG d'Effort avec rapport du Cardiologue + Radio du Thorax + Profil sanguin 2 + Dosage des Antigènes Prostatiques Spécifiques (pour les hommes uniquement) + Dossier Financier
De 2 500 001 € à 4 000 000 €	<i>Ci-dessus</i> + Echocardiographie + Echographie Abdominale + Questionnaire Risque de Séjour (Réf. PAREOGC-RS)	<i>Ci-dessus</i> + Echocardiographie + Echographie Abdominale + Questionnaire Risque de Séjour (Réf. PAREOGC-RS)
De 4 000 001 € à 10 000 000 €	<i>Ci-dessus</i> + Questionnaire Complémentaire (Réf. PAREOGC-QC)	<i>Ci-dessus</i> + Questionnaire Complémentaire (Réf. PAREOGC-QC)

Dossier médical standard : Rapport de visite médicale (Réf. PAREOGC-RM) + Examen d'urines + Electrocardiogramme au repos avec rapport du cardiologue + Profil sanguin 1 (incluant Hiv1 & 2).

Dossier financier (Réf. PAREOGC-RMF) : Questionnaire rempli par l'Assuré et l'Adhérent avec copie de l'avis d'imposition, copie de l'offre ou de l'accord de prêt incluant **une demande écrite d'assurance au profit de l'organisme bancaire** et une copie du tableau d'amortissement.

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 du pourcentage choisi au moment de l'adhésion, précisé sur la demande d'adhésion et repris sur le certificat d'adhésion, ce pourcentage 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.

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 d'un montant maximum de 500 000 € par Assuré, sous réserve de l'existence d'une offre de prêt établie par l'organisme de crédit en faveur de l'Adhérent.

Cette garantie provisoire cesse en cas d'acceptation de l'Adhérent au bénéfice des garanties du contrat ou à la date de confirmation par ALPTIS ASSURANCES de son refus d'accepter à l'assurance la personne intéressée.

5• RENONCIATION À L'ASSURANCE

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours à compter de son 1^{er} versement, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Il sera remboursé dans un délai de 30 jours à réception de la lettre avec accusé de réception. La garantie Décès et Perte Totale et Irréversible

d'Autonomie est acquise jusqu'à la date de renvoi du montant de la cotisation restituée au plus tard le 30^{ème} jour suivant la date d'effet de l'adhésion.

Modèle de lettre de renonciation : "Je vous prie de noter que je renonce à mon adhésion au contrat n° L. 1011/0001".

6• DURÉE DES GARANTIES

L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

La résiliation du contrat souscrit par les associations ALPTIS, APTI, ALPTIS FRONTALIERS et ALPTIS ENTREPRISES auprès de SWISS LIFE 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 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 :

- 85^{ème} anniversaire pour le risque DÉCÈS ;

- 65^{ème} anniversaire pour le risque PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ou liquidation de la retraite si celle-ci intervient avant 65 ans ;

- 60^{ème} anniversaire pour les risques INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL et INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE ou liquidation de la retraite si celle-ci intervient avant 60 ans.

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



CONDITIONS GÉNÉRALES EMPRUNTEURS 2006 (suite)

7• CESSATION DES GARANTIES (suite)

7•2 Par ailleurs, les garanties cessent également :

- le jour du paiement du capital restant dû du crédit en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ou d'Invalidité Permanente Totale, sauf si le capital versé au titre de l'Invalidité Permanente Totale est inférieur au capital restant dû assuré du prêt compte-tenu de la quotité assurée. Dans ce cas la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est maintenue sur la base du capital restant dû résiduel assuré ;
- 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 (1^{er} novembre). La dénonciation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré, les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice ;

- 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.

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.
- Deux garanties facultatives couvrant les risques :
 - Invalidité Permanente Totale,
 - Incapacité Temporaire Totale de travail, avec une franchise de 30, 60, 90 ou 180 jours au choix de l'Adhérent exprimé au moment de l'adhésion et mentionné dans le certificat d'adhésion.

La garantie Invalidité Permanente Totale ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie de base.

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente Totale.

8•2 Seule la franchise 90 jours est disponible pour les fonctionnaires.

9• DÉFINITIONS DES GARANTIES

9•1 Garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Décès de l'Assuré survenu avant le jour de son 85^{ème} anniversaire ou en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré survenue avant le jour de son 65^{ème} anniversaire ou avant la liquidation de sa retraite si celle-ci 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 par l'Assureur, selon le tableau d'amortissement au jour du sinistre et selon la quotité assurée mentionnée au certificat d'adhésion. 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 de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance viagère d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

La garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie n'est acquise que si l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est constaté pendant la durée de validité de cette garantie. L'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera déterminé par les médecins de l'Assureur par expertise médicale.

Sauf cas spécifique ou clause séquestre, l'organisme créancier du prêt garanti est bénéficiaire des prestations.

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.

9•2 Garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale

Les prestations Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale ne sont accordées qu'aux personnes exerçant une activité rémunérée et fiscalement déclarée au moment du sinistre.

Délai d'attente

Un délai d'attente de 10 mois est appliqué pour les sinistres liés à la maternité. Tout arrêt de travail lié à la maternité, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant cette période ne sera en aucun cas pris en charge par l'Assureur.

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 60^{ème} anniversaire ou avant liquidation de sa retraite si celle-ci intervient avant 60 ans, 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'Adhérent au moment de l'adhésion et mentionnée au certificat d'adhésion.

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 de travail persiste et au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jours 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 médical 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 entraîne un nouvel arrêt consécutif, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve que la reprise ne soit pas supérieure à 2 mois, et que l'adhésion soit toujours en vigueur. Dans le cas contraire, l'indemnisation débutera après expiration du délai de franchise mentionnée au certificat d'adhésion.

Le versement des prestations Incapacité Temporaire Totale de travail cesse :

- à l'âge requis par l'Assuré pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au jour du 60^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale ;
- à la reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non, totale ou partielle ;
- lorsque la durée maximum d'indemnisation est atteinte ;
- à la date de fin du crédit, telle que prévue au tableau d'amortissement initial du crédit 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 le certificat d'adhésion :

- 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^{ème} si mensuel, 1/90^{ème} si trimestriel, 1/180^{ème} si semestriel, 1/360^{ème} si annuel).



CONDITIONS GÉNÉRALES EMPRUNTEURS 2006 (suite)

9. DÉFINITIONS DES GARANTIES (suite)

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.

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. Les augmentations d'échéance intervenant après la date du sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées.

En présence d'un prêt remboursable au terme, la part de capital comprise dans la ou les dernières échéances n'entre pas dans le calcul de l'indemnité versée dans le cadre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

Cas particulier des fonctionnaires

On entend par fonctionnaires, les personnes nommées dans un emploi permanent à temps complet et titularisées dans un grade de la hiérarchie des administrations de la fonction publique de l'Etat, territoriales et hospitalières définies par les lois n°84-16 du 11 janvier 1984, n°84-53 du 26 janvier 1984, et n°86-33 du 9 janvier 1986.

Pour les fonctionnaires, le montant de la prestation ne pourra être supérieur à la perte de revenu subie par l'Assuré.

La perte de revenu est la différence entre le "revenu de référence" de l'Assuré (1) avant l'arrêt de travail et son "revenu de remplacement" (2).

(1) Calcul du revenu de référence

Le revenu de référence est égal à la moyenne des salaires ou traitements nets perçus au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail. Les primes, frais de mission et autres avantages financiers imposables faisant partie intégrante de la rémunération entrent dans le calcul du salaire.

(2) Calcul du revenu de remplacement

Le revenu de remplacement est égal au montant mensuel des revenus perçus pendant la période d'Incapacité Temporaire Totale de travail (rémunérations, traitements ou indemnités versées par l'employeur, indemnités journalières Sécurité sociale ou prestations équivalentes perçues par les personnes assujetties à des régimes similaires au régime général de la Sécurité sociale, prestations versées par des organismes de prévoyance complémentaire obligatoires).

La perte de revenu est calculée le premier mois suivant l'expiration du délai de franchise contractuel.

Elle est révisable à la demande de l'Assuré tous les 6 mois en fonction de l'évolution du revenu de remplacement.

9.2.2- Invalidité Permanente Totale

L'Assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale si, à la suite

d'un accident consolidé ou d'une maladie stabilisée survenu(e) pendant la période de garantie, il est atteint d'une perte de capacité définitive, d'au moins 66 %, à exercer une activité professionnelle quelconque lui procurant gain ou profit.

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 professionnelle	Taux d'invalidité 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	100,00

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, des possibilités restantes d'exercice de cette profession et des possibilités de reclassement et d'exercice d'une autre activité professionnelle quelconque susceptible de procurer gain ou profit à l'Assuré.

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 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 ne soit pas inférieur au capital restant dû du crédit.

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

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 tableau d'amortissement, ou le montant total du prêt accordé par l'organisme créancier.

Dans tous les cas, quel que soit le nombre de prêts accordés, le montant assuré est plafonné à :

- 10 000 000 € par Assuré pour la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- 7 600 € par mois et par Assuré pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- 2 500 000 € par Assuré pour la garantie Invalidité Permanente Totale. La cotisation est appliquée sur les capitaux assurés qui sont plafonnés selon les limites ci-dessus.

11. ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs ou 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois. Toutefois, les prestations Incapacité Temporaire Totale de travail ne seront versées que pour les périodes d'incapacité de travail constatées médicalement en France métropolitaine. L'invalidité Permanente Totale, ainsi que la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doivent être constatées en France métropolitaine. 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, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
- 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 de guerre ou faits de guerre.

Sont exclus des garanties prévues en cas de Perte Totale et Irréversible

d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Totale :

- 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 le certificat d'adhésion ;
- la pratique de sports à risque tels que le bobsleigh, le skeleton, la pêche ou plongée sous-marine avec équipement autonome, le vol à voile, la spéléologie, l'escalade, le saut à l'élastique ;



CONDITIONS GÉNÉRALES EMPRUNTEURS 2006 (suite)

12. RISQUES EXCLUS (suite)

- les conséquences de l'éthylisme, de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- les conséquences de maladies psychiques ou nerveuses qui n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 30 jours consécutifs ; en tout état cause la durée de paiement des prestations incapacité au titre de ces maladies est limité à 365 jours par arrêt de travail ;
- les affections disco-vertébrales sauf si elles sont objectivables (constatées par un scanner ou une radiographie ou toutes autres techniques d'imagerie

médicale) ; en tout état cause la durée de paiement des prestations incapacité au titre de ces affections est limité à 365 jours par arrêt de travail ;

- 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.

13. PROFESSIONS EXCLUES

Sont exclues des garanties, les professions ou domaines d'activité suivants : Travaux forestiers, convoyeurs de fonds, ouvrage d'art et de grande hauteur du BTP, travail de la mine souterrain ou galeries, guide de haute montagne, moniteur de ski, marin pêcheur, surveillance, armée, maintien de l'ordre, pompier professionnel, sportif professionnel (y compris les sports avec usage d'un véhicule à moteur), artificier, usage d'explosifs, professionnel du cirque.

L'Assuré ne doit appartenir à aucune de ces professions et doit informer ALPTIS ASSURANCES de tout changement concernant sa profession. Les saisonniers, intérimaires, artistes de cinéma ou de télévision, et intermittents du spectacle n'ont accès qu'à la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

14. RÈGLEMENTS DES PRESTATIONS

14.1 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 ;
- copie de l'offre de prêt signée par l'organisme de crédit et l'emprunteur ;
- copie du certificat d'adhésion.

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^{ème} 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 ou d'Invalidité Permanente Totale

- la déclaration d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale fournie par ALPTIS ASSURANCES, indiquant la nature des affections ayant motivé l'Incapacité Temporaire Totale de travail ou l'Invalidité Permanente Totale, et complétée par l'Assuré ;
 - le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail ou l'existence d'une invalidité ;
 - toutes les pièces justifiant de son statut, de sa profession ;
 - les décomptes du régime obligatoire ;
 - pour les Assurés fonctionnaires, tout justificatif précisant la perte de revenus.
- Ces documents doivent être renouvelés au moins tous les 60 jours.

14.2 Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être déclaré à ALPTIS ASSURANCES par l'Assuré dans les 30 jours SUIVANT la survenance, accompagné des pièces justificatives énoncées à l'article 14.1. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.

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

15. 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, ou d'Invalidité Permanente Totale 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.

16. 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.

17. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter du jour de l'événement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L. 114-1 et L. 114-2 du code des assurances.

Ce délai est porté à dix ans en cas de Décès de l'Assuré lorsque ses ayants droit se trouvent saisis par l'organisme créancier ou tout autre bénéficiaire désigné au contrat.

18. SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur pourra exercer son recours conformément au code des assurances, à concurrence des prestations et indemnités versées.



CONDITIONS GÉNÉRALES EMPRUNTEURS 2006 (suite)

19. MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est fixée en fonction de l'âge atteint de l'Assuré, de son sexe, de sa qualité de fumeur ou non, de sa classe professionnelle et de son activité, de son département de résidence et des garanties souscrites.

Le calcul des cotisations est établi :

- à partir du capital restant dû au 1^{er} janvier de chaque année d'assurance pour la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et pour la garantie Invalidité Permanente Totale ;
- à partir de l'échéance pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

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 au certificat d'adhésion. 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 exonère l'Adhérent du paiement des cotisations relatives à cette garantie.

Tarifs différenciés fumeurs, non-fumeurs

Pour la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, 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'aient 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 du secteur privé ou parapublic (contractuels, vacataires, stagiaires, intérimaires...), professions libérales, commerçants.
- Classe 2 : non-cadres du secteur privé ou parapublic (contractuels, vacataires, stagiaires, intérimaires...), agents de maîtrise du secteur privé ou parapublic (contractuels, vacataires, stagiaires, intérimaires...), artisans, agriculteurs, autres professions.
- Classe 3 : fonctionnaires, à savoir, les personnes nommées dans un emploi permanent à temps complet et titularisées dans un grade de la hiérarchie des administrations de la fonction publique de l'Etat, territoriales et hospitalières définies par les lois n° 84-16 du 11 janvier 1984, n° 84-53 du 26 janvier 1984, et n° 86-33 du 9 janvier 1986.

Les Assurés sans profession peuvent souscrire la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie en Classe 2.

L'activité professionnelle est déterminée par :

- les déplacements professionnels et privés de plus ou moins 30 000 km par an (les déplacements s'entendent tout véhicule terrestre à moteur confondu) ;
- et/ou la manutention légère et/ou au plus l'utilisation d'outils à main sans danger ;
- et/ou l'utilisation de matériaux, d'engins de chantier/mécaniques ou outils dangereux, lourds ou à bois.

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'Adhérent et l'Assuré sont prévenus 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 ALPTIS ASSURANCES dans les 3 mois de :

- toute modification ou cessation d'activité professionnelle, ainsi que les conditions d'exercice de son activité professionnelle ;
- son changement de statut ;
- son changement de domicile.

En cas de survenance d'un des éléments cités ci-dessus, il pourra être fait application de l'article L. 113-16 du code des assurances.

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'était 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. 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.

21. DROIT D'INFORMATION ET DE RECTIFICATION

Conformément à la loi Informatique et Libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), l'Assuré et l'Adhérent peuvent demander communication et rectification de toute information le concernant sur les fichiers à l'usage de l'Assureur, par un courrier indiquant le numéro d'Adhérent, au siège social d'ALPTIS ASSURANCES, 33 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

22. MÉDIATION

Les réclamations des Adhérents, des Assurés et de leurs Bénéficiaires concernant l'application du présent contrat sont à formuler par écrit auprès de :

Secrétariat Général de SWISS LIFE 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 SWISS LIFE FRANCE.

23. ORGANISME DE CONTRÔLE

La Commission de Contrôle des Assurances, Mutuelles et Institutions de Prévoyance (CCAMIP) - 54 rue de Châteaudun - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de SWISS LIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE.

ALPTIS ASSURANCES

Société de courtage d'assurance, gestionnaire du contrat

33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 - Téléphone 04 72 36 16 20 - Email : gestion@alptis.fr - Internet : www.alptis.org
SA régie par les articles L. 225-57 à L. 225-93 du code de commerce au capital de 10 000 000 € - 335 244 489 RCS Lyon
Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L. 530-1 et L. 530-2 du code des assurances