

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



NOTICE PAREO-V4 EMPRUNTEURS

Votre assurance de prêt

2007

SOMMAIRE

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

L'ADHÉSION

Par ou pour le compte de personnes physiques de plus de 18 ans et de moins de 60 ans résidant en France métropolitaine, dans les DOM, à Monaco, en Allemagne, Belgique, Suisse, Espagne, Italie et Grande Bretagne 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 15 000 € et 350 000 €.

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue par l'article L. 141-4 du code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe n° L. 1011/0002, de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par les Associations ALPTIS, APTI, ALPTIS FRONTALIERS et ALPTIS ENTREPRISES, auprès de SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE, ci-après dénommé l'Assureur.



CONDITIONS GÉNÉRALES PAREO-V4 2007



PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'Association ALPTIS dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, l'Association APTI dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP 4 - 38501 VOIRON CEDEX, l'Association ALPTIS FRONTALIERS dont le siège social est situé FIT 13, chemin du Levant - 01210 FERNEY VOLTAIRE, et l'Association ALPTIS ENTREPRISES dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, Associations régies par la loi de 1901,
- et d'autre part, SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE, ci-après dénommé l'Assureur, soumis aux dispositions du code des assurances dont le siège social est situé 86, boulevard Haussmann - 75380 PARIS CEDEX 08, SA au capital de 75 000 000 €. 341.785.632 RCS Paris,

un contrat d'assurances de groupe à adhésion facultative n° L. 1011/0002.

Ce contrat est ouvert aux membres des Associations ALPTIS, APTI, ALPTIS FRONTALIERS et ALPTIS ENTREPRISES.

La gestion de ce contrat est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de l'Association auprès de laquelle l'adhésion est effectuée est précisé sur votre attestation d'assurance de prêt.

L'adhésion est régie par le code des assurances.

DÉFINITIONS

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

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

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

Accident : On entend par "accident", toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'Assuré, suite à des événements soudains et imprévus,

individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures. Ne sont pas considérées comme des accidents mais comme des maladies les affections organiques, connues ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ainsi ne sont pas considérés comme des accidents, les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombo-sciatalgies, les attaques et les hémorragies cérébrales.

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

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

1. OBJET DU CONTRAT

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

1.1 Personnes assurables

La date limite d'adhésion est fixée au jour du 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, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % (option Décès Plus). Pour être admissible à l'assurance pour l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en France métropolitaine (**hors Corse**) et être âgé de 18 ans au moins. Pour souscrire les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale et les options Décès Plus et Confiance, l'assuré doit exercer de manière effective une activité professionnelle et ne doit pas bénéficier d'aménagements du temps et/ou des conditions de travail pour raisons de santé. Par exception, les personnes bénéficiant d'une suspension d'activité pour congé maternité (ou assimilé pour les non salariés), congé parental d'éducation, congé sabbatique, ou congé formation peuvent souscrire les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale ainsi que l'option Confiance, cependant les garanties ne seront dues qu'en cas d'exercice effectif d'une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée au moment du sinistre.

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

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

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

1.2 Crédits éligibles

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

- capitaux empruntés supérieurs à 21 501 €.
- Durée comprise entre 24 et 360 mois (sauf pour les prêts relais).
- Type de prêts :
 - . Prêt amortissable avec ou sans différé d'amortissement.
 - . Prêt in fine.
 - . Prêt à taux zéro sans différé d'amortissement.
 - . Prêt à taux zéro avec différé d'amortissement (Décès/PTIA exclusivement).
 - . Prêt relais : ces prêts sont éligibles aux seules garanties Décès/PTIA. Ils doivent, en outre, être jumelés avec un ou plusieurs autres prêts d'une durée supérieure ou égale à 24 mois également garantis dans le cadre du présent contrat.
- Type de taux :
 - . Fixe.
 - . Variable, dans la limite de plus ou moins 2 % (capé 2 %) sauf pour les prêts en francs suisses.

- total des capitaux assurés pour chacun des assurés compris entre 15 000 € et 350 000 € en tenant compte de la quotité.

Les opérations de crédit-bail ne sont pas éligibles aux garanties du présent contrat. Seule la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie pourra être proposée pour les prêts à taux zéro comprenant un différé total d'amortissement et pour les prêts relais. **De plus, le prêt doit être contracté auprès d'un organisme de crédit établi en France ou à Monaco à condition que le prêt à garantir soit libellé en euros 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,
- l'attestation d'assurance de prêt, 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. Lors de l'adhésion, une note de couverture d'une validité de deux mois, portant sur le seul risque de Décès Accidentel pourra être émise si les conditions d'adhésion le permettent, avant l'édition de l'attestation d'assurance de prêt.

L'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 l'Assureur en cas de dépassement de la date de déblocage des fonds. Dans ce cas, ALPTIS ASSURANCES proposera une nouvelle offre d'assurance soumise à de 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 dates d'effet figurant sur l'attestation d'assurance de prêt correspondent aux périodes de cotisation. Si la date de 1^{er} déblocage des fonds est postérieure à la date de début des cotisations, dans une période maximum de 6 mois, les dates d'effet des garanties seront réajustées à celle du prêt.



CONDITIONS GÉNÉRALES PAREO-V4 2007



2. FORMALITÉS D'ADHÉSION (suite)

2.3 Formalités médicales

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

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

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

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

L'admission est subordonnée au résultat jugé satisfaisant par l'Assureur des formalités médicales : celui-ci se réserve le droit de demander d'autres renseignements, de n'accepter l'Assuré qu'à des conditions particulières, de l'ajourner ou de le refuser.

L'assureur s'engage à ce qu'entre la réception de l'ensemble des pièces du dossier et la réponse formulée par celui-ci, le délai écoulé n'excède pas 3 semaines.

Lorsque l'Assureur est amené à accepter un Assuré à des conditions particulières, l'Assureur lui soumet une proposition d'assurance. Celle-ci est valable pendant une durée de 4 mois à compter de la date de son émission.

Passé ce délai, l'Assureur n'est plus lié par la proposition.

Les formalités médicales à accomplir à l'adhésion sont les suivantes.

Lorsque l'âge à l'adhésion est inférieur ou égal à 55 ans :

- Capitaux assurés compris entre 15 000 € et 230 000 € :
- Déclaration d'Etat de Santé (Réf. PAREO-V4 D.E.S.) faisant partie intégrante de la demande d'adhésion.
- Capitaux assurés compris entre 230 001 € et 350 000 € :

- Rapport Médical (Réf. PAREO-V4 R.M.) à remplir par un médecin choisi par la personne à assurer ;
- un examen de sang complet.

Lorsque l'âge à l'adhésion est supérieur à 55 ans :

- Capitaux assurés compris entre 15 000 € et 230 000 € :
- Questionnaire de Santé (Réf. PAREO-V4 Q.S.) dûment complété, daté et signé par la personne à assurer.
- Capitaux assurés compris entre 230 001 € et 350 000 € :
- Rapport Médical (Réf. PAREO-V4 R.M.) à remplir par un médecin choisi par la personne à assurer ;
- un électrocardiogramme au repos ;
- un examen de sang complet.

En cas de réponse(s) positive(s) à la Déclaration d'Etat de Santé, l'Assuré pourra à la demande de l'Assureur, être amené à se soumettre au Questionnaire de Santé (Réf. PAREO-V4 Q.S.) qui devra être transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur.

2.4 Augmentation des capitaux assurés - Formalités simplifiées

Si lors de l'adhésion, l'Assuré a été accepté au tarif normal, il lui est permis durant une période d'un an à compter de l'adhésion initiale, d'augmenter les capitaux assurés en fonction de nouveaux prêts bancaires qui pourraient lui être consentis. L'augmentation est possible dans les limites suivantes : le cumul des capitaux restant dus au titre des prêts en cours et du montant du nouveau capital souscrit et l'âge atteint par l'Assuré ne dépassent pas les plafonds de la tranche des formalités médicales appliquée à l'origine. La nouvelle adhésion est accompagnée d'une Attestation de Santé (Réf. PAREO-V4 A.S.) sur l'honneur pour actualisation. Les délais d'attente prévus au contrat seront appliqués pour la partie des capitaux majorés.

Pour toute nouvelle demande d'augmentation de capitaux au-delà des limites citées ci-dessus ou dans le cas où l'Assuré ne peut signer l'Attestation de Santé ci-dessus indiquée, il sera fait application des formalités médicales, comme pour une adhésion nouvelle.

3. ADHÉSION AUX GARANTIES

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

3.2 Quotité assurée

La garantie couvre l'Assuré à hauteur des pourcentages choisis au moment de l'adhésion pour chacune des garanties précisées sur la demande d'adhésion et repris sur l'attestation d'assurance de prêt, 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.

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

3.3 L'adhésion aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ou à la seule garantie Invalidité Permanente Totale

postérieurement à celle de la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle adhésion aux garanties. Cette adhésion n'est possible qu'en cas de changement de statut professionnel ou en cas de reprise d'une activité par un assuré auparavant sans profession. Les capitaux servant à déterminer les formalités médicales correspondent à la somme du capital restant dû à la date de la nouvelle adhésion et du supplément de capital couvert le cas échéant.

3.4 En cas d'expatriation de l'Assuré en dehors de la France continentale, les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale et les options Décès Plus et Confiance sont automatiquement résiliées, si ces dernières avaient été souscrites. Il est permis à l'Assuré, s'il revient en France continentale, de souscrire de nouveau les garanties, sous réserve que cette demande soit formulée dans les 60 jours du retour, qu'un Questionnaire de Santé (PAREO-V4 Q.S.) soit à nouveau rempli et sous réserve de l'accord de l'Assureur.

4. DATE D'EFFET DES GARANTIES

Sous réserve du paiement de la première cotisation, les garanties prennent effet à la date demandée par l'Adhérent sur la demande d'adhésion après acceptation par l'Assureur et au plus tôt à cette date. Lorsque le prêt fait l'objet d'une offre de crédit, la date de prise d'effet sera au plus tôt celle de l'acceptation de l'offre de crédit, sous réserve du paiement de la première cotisation. Par ailleurs, le risque Décès par accident est couvert à compter de

la réception de la demande d'adhésion par ALPTIS ASSURANCES pour une durée maximale de 2 mois et à hauteur du montant souscrit, sous réserve de l'existence d'une offre de prêt en faveur de l'Adhérent. Cette garantie provisoire cesse en cas d'acceptation de l'Adhérent au bénéfice des garanties complètes ou à la date de confirmation par l'Assureur de son refus d'accepter à l'assurance la personne intéressée.

5. RENONCIATION À L'ASSURANCE

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours à compter de l'émission de l'attestation d'assurance de prêt 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.

Modèle de lettre de renonciation : "Je vous prie de noter que je renonce à mon adhésion au contrat groupe n° L. 1011/0002".

6. DURÉE DES GARANTIES

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



CONDITIONS GÉNÉRALES PAREO-V4 2007

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,
 - lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au jour du 65^{ème} anniversaire pour le risque PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE,
 - lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au jour du 60^{ème} anniversaire pour les risques INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL et INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE et pour les options DÉCÈS PLUS et CONFIANCE.
- Dans le cas où l'amortissement du prêt se prolongerait au-delà de ces limites, l'assuré ne bénéficierait plus des garanties correspondantes.

7.2 Par ailleurs, les garanties cessent également :

- le jour du paiement du capital restant dû du crédit en cas de Décès, de Perte

Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % de l'option Décès Plus 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 réduit au prorata 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, sous réserve du paiement des primes correspondantes ;

- le jour où le crédit a été intégralement remboursé à l'échéance finale ou par anticipation ;
- au 31 décembre suivant la demande de résiliation par l'Adhérent : l'Adhérent peut résilier son engagement, par lettre recommandée, 2 mois avant la date de renouvellement (soit au plus tard le 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. L'Assureur informe par lettre l'organisme prêteur ;
- à la date de déchéance du terme prononcé 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 dite garantie de base.

- **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 l'attestation d'assurance de prêt.

- **Deux garanties optionnelles :**

- une option à la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : l'option Décès Plus exclusivement réservée aux médecins spécialistes, chirurgiens ou chirurgiens-dentistes.

- une option à la garantie Invalidité Permanente Totale et à la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail ou à la seule garantie Invalidité Permanente Totale : l'option CONFIANCE.

- La garantie Incapacité temporaire Totale de travail ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente Totale. En cas de souscription

de la seule garantie facultative Invalidité Permanente Totale, il est impossible par la suite de souscrire la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

L'option Confiance ne peut être souscrite qu'au moment de la souscription des garanties Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de Travail ou de la seule Garantie Invalidité Permanente Totale. Lorsque l'option Confiance est souscrite conjointement aux garanties Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail, l'option s'applique aux deux garanties.

L'option Décès Plus ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion à la garantie de base.

8.2 Franchise

Seule la franchise 90 jours est disponible pour les fonctionnaires.

En cours de contrat, il est impossible de diminuer le délai de franchise choisi au moment de l'adhésion. En cas d'adhésion aux garanties Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail postérieurement à celle de la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, seule la franchise 90 jours est disponible en Incapacité Temporaire Totale de Travail.

9. DÉFINITIONS DES GARANTIES

9.1 Garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Décès de l'Assuré avant le jour de son 85^{ème} anniversaire ou en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avant le jour de son 65^{ème} anniversaire ou avant d'avoir atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 65 ans, l'Assureur intervient pour le remboursement du montant du prêt restant dû au jour du Décès ou à la date de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, selon le tableau d'amortissement au jour du sinistre et selon la quotité assurée mentionnée sur l'attestation d'assurance de prêt.

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

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

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.

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

Option Décès Plus pour les professions libérales médicales spécialisées

Les Assurés exerçant à titre libéral la profession de médecin spécialiste, de chirurgien, ou de chirurgien-dentiste qui en font la demande et qui acquittent le supplément de cotisation correspondant, bénéficient de l'assimilation au Décès en cas d'invalidité professionnelle permanente à 100 %, appréciée selon barème ci-dessous, si celle-ci est consolidée avant 60 ans ou avant d'avoir atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 60 ans et à condition qu'il exerce de manière effective à la date

du sinistre, la profession indiquée sur la Demande d'Adhésion. Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de cette option correspondant, sous réserve des limites éventuelles prévues à l'attestation d'assurance du prêt, au montant du capital garanti en cas de décès au jour de la consolidation de l'état d'Invalidité Professionnelle Permanente, met fin à l'adhésion.

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

- Aliénation totale incurable
- Cécité complète
- Surdité totale des deux oreilles
- Hémiplégie organique complète
- Désarticulation ou ankylose de l'épaule
- Paralyse complète du plexus brachial, du médian du bras, du radial au dessus du triceps
- Amputation du bras, de l'avant bras, du poignet
- Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant bras droit
- Perte de la main
- Perte du pouce ou de la phalange terminale
- Perte de l'index
- Perte du médius
- Perte de l'auriculaire
- Perte des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)
- Amputation de la cuisse au tiers moyen
- Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe

9.2 Garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale

Les prestations Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ainsi que l'option Confiance ne sont accordées qu'aux personnes exerçant de manière effective une activité rémunérée et fiscalement déclarée au moment du sinistre.

Délai d'attente :

Un délai d'attente de 10 mois,   compter de la date d'effet de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, 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.



CONDITIONS GÉNÉRALES PAREO-V4 2007

9. DÉFINITIONS DES GARANTIES (suite)

En cas de souscription ultérieure de garanties :

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

Tout arrêt de travail, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant cette période ne sera en aucun cas pris en charge par l'assureur. Toute rechute consécutive à cet arrêt de travail sera également exclue des garanties. Ces dispositions ne sont toutefois pas applicable lorsque l'arrêt de travail résulte d'un accident.

9.2.1 Incapacité Temporaire Totale de travail

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'Assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, avant le jour de son 60^{ème} anniversaire ou avant d'avoir atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela 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'Assuré au moment de l'adhésion et mentionnée dans l'attestation d'assurance de prêt.

Le calcul de la franchise débute le 1^{er} jour de l'arrêt de travail constaté médicalement en France métropolitaine et au plus tôt à la date de 1^{er} déblocage des fonds par l'organisme créancier.

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

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

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

L'Incapacité Temporaire Totale de Travail doit entraîner une interruption complète des activités de l'Assuré. De plus, l'Assuré doit suivre le traitement qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison. Si l'Assuré a la qualité d'assuré social, il doit bénéficier des indemnités journalières de la Sécurité sociale. Toutefois les décisions prises par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'Assureur.

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

Le versement des prestations Incapacité Temporaire Totale de Travail cesse :

- lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au jour du 60^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale ou de versement de la prestation au titre de l'Option Décès Plus (Invalidité Permanente Professionnelle à 100 %) ;
- à la reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non, totale ou partielle ;
- lorsque la durée maximum d'indemnisation est atteinte ;
- lorsque la date de fin de crédit, telle que prévue au dernier tableau d'amortissement communiqué à l'assureur et validé par ce dernier, est atteinte ;
- lorsque le crédit est intégralement remboursé.

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

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

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

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

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

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

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

Toute modification du plan d'amortissement du prêt durant une période d'indemnisation pour une Incapacité Temporaire Totale de Travail ne peut être prise en compte. Dans le cadre des prêts modulables, l'échéance de référence pour le versement des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail correspond à l'échéance en cours à la date du sinistre, à savoir à la date du premier jour d'arrêt de travail (sauf si une augmentation de l'échéance est

intervenu dans les 6 mois précédant le sinistre. Dans ce cas, l'échéance de référence sera l'échéance en vigueur avant l'augmentation). Les augmentations d'échéance intervenant après la date du sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées.

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

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. L'invalidité Permanente Totale, doit être reconnue avant le jour de son 60^{ème} anniversaire ou avant d'avoir atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 60 ans.

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

		Taux d'invalidité fonctionnelle								
Taux d'invalidité professionnelle	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10	-	-	-	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42	
20	-	-	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48	
30	-	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94	
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68	
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37	
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34	
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79	
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	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 la reconnaissance de l'Invalidité Permanente Totale par l'Assuré, conformément au tableau d'amortissement du crédit à cette date et selon la quotité assurée.

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

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

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

9.2.3 Option Confiance

Les assurés peuvent moyennant un supplément de cotisation correspondant, bénéficier de dispositions spécifiques concernant les risques exclus tels que définis à l'article 12 du présent contrat.



CONDITIONS GÉNÉRALES PAREO-V4 2007



10. LIMITE DES GARANTIES

L'ensemble des prestations que l'Assureur peut être amené à verser dans le cadre d'un même prêt, ne peut excéder le montant des échéances prévues au dernier tableau d'amortissement communiqué à l'assureur et validé par ce dernier par l'émission de l'attestation d'assurance de prêt ou d'un avenant ultérieur, ou le montant total du prêt accordé par l'organisme créancier. Dans tous les cas, quel que soit le nombre d'adhésions au titre du présent contrat, le montant assuré est plafonné à :

- 4 500 € par mois et par Assuré pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail ;
 - 350 000 € par Assuré pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et l'option Décès Plus.
- Les taux de cotisation sont appliqués sur les capitaux assurés qui sont plafonnés selon les limites ci-dessus.

11. ÉTENDUE TERRITORIALE

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

- les exclusions stipulées en cas de Décès ;
- les conséquences d'une tentative de suicide ou d'un fait intentionnel de l'Assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait même indirectement ;
- les conséquences d'accidents ou de maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, les conséquences d'accidents ou de maladies constatées avant l'adhésion, et déclarées à cette occasion ne sont pas exclues, sauf mentions particulières sur l'attestation d'assurance de prêt ;
- les sports pratiqués à titre professionnel et les sports amateurs suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou plongée sous-marine avec équipement autonome, escalade, saut à l'élastique, spéléologie ;
- les conséquences de l'éthylisme, de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;

- les affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (telles que cervicale, cervicalgie, contusion, cruralgie, dorsalgie, hernie discale, lombalgie, sciatique...) qui n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 15 jours consécutifs. Les séjours en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ne sont pas considérés comme des hospitalisations au sens du présent article.

Les assurés ayant souscrit l'Option Confiance peuvent être garantis pour ces affections sans conditions d'hospitalisation ;

- la période de congé légal de maternité ;
- les conséquences de la participation à des compétitions, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'Assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'un engin à moteur ou d'une arme) ou de toute pratique sportive professionnelle ou sous contrat rémunéré ;
- les maladies de type psychique, nerveuse, psycho-neurologique, psychosomatique, psychiatrique, névrotique, y compris les dépressions et les états dépressifs de toute nature, les aliénations mentales, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique et les conséquences de ces affections qui n'entraînent pas une hospitalisation supérieure à 30 jours consécutifs.

Pour les assurés ayant souscrit l'option Confiance, ces affections peuvent être garanties lorsqu'elles donnent lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs.

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

- les cures de toute nature, notamment thermales, marines de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en établissement de repos ;
- les grossesses et accouchements ainsi que les fausses couches sauf s'il s'agit de grossesses pathologiques. La période légale de congé maternité (ou la période assimilée pour les non salariées) est déduite de la période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail en plus de la durée de franchise.

13. PROFESSIONS EXCLUES

Sont exclus 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 en 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, profession comportant l'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. CONVENTION AERAS

s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé

Objet de la convention

Les assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du présent contrat, (niveau 1 de la dite convention) peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'assureur. Ces demandes d'adhésions sont systématiquement examinées individuellement au niveau 2 de la convention AERAS. Sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude du dossier, une proposition tarifaire personnalisée peut être proposée.

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

Garantie substitutive Invalidité Fonctionnelle Permanente en cas de risque aggravé de santé

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

Il ne s'agit pas d'une option, le candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie. De même, une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA, et faisant l'objet de ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

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



CONDITIONS GÉNÉRALES PAREO-V4 2007



14. CONVENTION AERAS (suite)

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

La consolidation de l'état d'invalidité devra avoir lieu avant la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au jour de son 60^{ème} anniversaire. En cas d'Invalidité Fonctionnelle définitive, l'assureur verse à l'organisme financier, selon la quotité assurée, le montant du capital restant dû selon le

tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'assureur de ladite invalidité, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de la reconnaissance de l'invalidité.

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

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

15. RÈGLEMENTS DES PRESTATIONS

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

15.2 Formalités de déclarations

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

Dans tous les cas :

- copie du tableau d'amortissement établi par l'organisme de crédit au moment du sinistre ;
- copie de l'offre de prêt signée par l'organisme de crédit et l'emprunteur ;
- copie de l'attestation d'assurance de prêt.

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, d'Invalidité Permanente Totale, ou d'Invalidité Permanente Professionnelle à 100 % (option Décès Plus) :

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

15.3 Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être déclaré à ALPTIS ASSURANCES par l'Assuré **DANS LES 30 JOURS SUIVANT SA SURVENANCE, accompagné des pièces justificatives énoncées à l'article 15.1. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de la 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.

16. CONTRÔLE MÉDICAL

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

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

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

17. 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.

18. MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est fixée en fonction de l'âge atteint de l'Assuré, 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 et de la quotité garantie.

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

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

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

Exonération des cotisations

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

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.



CONDITIONS GÉNÉRALES PAREO-V4 2007

18. MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS (suite)

Peuvent bénéficier du tarif non-fumeur, les personnes pouvant certifier qu'elles n'ont pas fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion et pour autant qu'elles n'ont pas arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical. Lors de l'adhésion, l'assuré signe une déclaration spéciale non-fumeur indiquant qu'il s'engage à prévenir ALPTIS ASSURANCES s'il devenait fumeur. Dans ce cas, le tarif fumeur lui sera appliqué au prochain renouvellement annuel.

Classes professionnelles et activité professionnelle

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

Les différentes classes professionnelles sont les suivantes :

- Classe 1 : cadres du secteur privé ou parapublic (contractuels, vacataires, stagiaires, intérimaires...), professions libérales, professions libérales médicales.
- Classe 2 : commerçants, 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, sans profession.

- 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 pour tous les véhicules terrestres à moteur confondus hors train) ;
- et/ou la manutention légère et/ou au plus l'utilisation d'outils à main sans danger et/ou station pénible prolongée ;
- BTP et toutes professions comportant l'utilisation de matériaux, d'engins de chantier/mécaniques ou outils dangereux, lourds ou à bois.

19. RÉVISION DES COTISATIONS

Pour chaque emprunteur, le taux de cotisation en vigueur à la date d'effet de l'adhésion est garanti jusqu'au 31 décembre de l'année de l'adhésion. Par la suite, ce taux est révisable au 1^{er} janvier par périodes annuelles successives. En cas de modification du taux, l'emprunteur en sera informé au plus tard le 1^{er} octobre de chaque année. S'il le souhaite, il pourra alors résilier l'adhésion à ce contrat à condition d'en informer l'organisme créancier et d'obtenir son autorisation avant le 30 novembre de la même année par lettre recommandée. Toute résiliation sera définitive.

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

20.1 Fausse déclaration

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

20.2 Modification

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

Modification du risque

Sous peine de l'application des dispositions de l'article 20.1. (fausse déclaration), l'Adhérent et/ou l'Assuré ont l'obligation d'informer l'Assureur dans les 3 mois de :

- toute modification ou cessation de son 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, l'Assureur se réservera le droit de faire 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'est pas prévue dans le contrat de prêt d'origine, la modification sera soumise à l'acceptation de l'Assureur si elle remet en cause la nature du contrat. Cette modification sera prise en compte à la date d'information d'ALPTIS ASSURANCES. En cas de remboursement anticipé partiel, l'Adhérent s'engage à en aviser ALPTIS ASSURANCES par écrit dans les 3 mois. Au-delà, la modification demandée sera prise en compte à la date de la déclaration.

Modification de la quotité

Toute augmentation de la quotité assurée donne lieu à l'application des formalités médicales, des délais d'attente et est soumise à l'accord de l'Assureur. Toute augmentation de la quotité assurée en cours de prêt intervenue dans les 6 mois précédant un sinistre ne sera pas prise en compte par l'Assureur. En cas de majoration de la quotité, les délais d'attente seront appliqués pour la part des capitaux majorés.

21. DISPOSITIONS DIVERSES

Prescription

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.

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.

Droit d'information et de rectification

Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

Les informations personnelles recueillies dans le cadre du contrat font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales. Ces informations pourront être utilisées par l'organisme assureur pour études statistiques, prévention de la fraude ou obligations légales.

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier indiquant le numéro de contrat et le numéro d'adhérent à l'adresse suivante : ALPTIS ASSURANCES - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Médiation

Les réclamations des Adhérents, des Assurés et de leurs Bénéficiaires concernant l'application du présent contrat sont à formuler par écrit auprès du Secrétariat Général de SWISSLIFE FRANCE- 86, boulevard Haussmann - 75380 PARIS CEDEX 08. Si un désaccord subsiste, le différend est soumis à l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont l'adresse sera communiquée par le secrétariat général de SWISSLIFE FRANCE.

Organisme de contrôle

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS, est chargée du contrôle de SWISSLIFE 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. 512-6 et L. 512-7 du code des assurances