

PREASSUR

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Définitions

Assureur : AFI Europe.

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur. Elle donne son consentement à la prise d'assurance sur sa tête et accepte toutes les clauses du contrat.

Souscripteur : Personne physique ou morale qui accepte les termes du contrat et paie les primes. L'Assuré et le Souscripteur peuvent être la même personne.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque couvert par l'Assureur.

Capital garanti : Montant versé par l'Assureur au Bénéficiaire désigné en cas de réalisation du risque Décès, P.T.I.A. ou I.P.T.. Ce montant est en principe égal aux sommes restant dues à la date de réalisation du risque si le bénéficiaire est un organisme prêteur. Si ces dernières sont inférieures au capital garanti, et sans mention spécifique dans les Dispositions Particulières du contrat, le reliquat sera versé au conjoint, à défaut aux héritiers légaux de l'Assuré.

Décès : Décès survenu à la suite d'une maladie ou d'un accident.

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

Invalidité Permanente et Totale (I.P.T.) : L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente et Totale s'il est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité rémunérée y compris une activité de Direction ou de surveillance et ce, de façon permanente. L'invalidité doit être totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'Assureur se réserve le droit de procéder, à ses frais, au contrôle de l'état d'invalidité de l'Assuré.

Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) : L'Assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est totalement incapable par suite d'accident ou de maladie d'exercer une quelconque activité rémunérée y compris une activité de Direction ou de surveillance. L'incapacité temporaire de travail doit être totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'Assureur se réserve le droit de procéder, à ses frais, au contrôle de l'état d'incapacité de l'Assuré. Par ailleurs, l'indemnisation n'est possible qu'après une période de 90 jours consécutifs d'arrêt de travail (période de franchise).

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

Accident : On entend par Accident, toute atteinte corporelle décelable, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

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

Article 2 - Objet de l'Assurance

PREASSUR est un contrat individuel d'assurance sur la vie.

Il comporte une garantie obligatoire qui prévoit en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, le versement par l'Assureur au Bénéficiaire désigné, d'un capital dont le montant est défini par rapport à une opération de crédit associée au contrat qui est égal :

Pour les crédits à court, moyen et long terme :

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

Pour les contrats de Crédit-Bail :

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

Deux garanties complémentaires sont également proposées :

- l'Invalidité Permanente et Totale,
- l'Incapacité Temporaire et Totale de travail.

Article 3 - Admission à l'Assurance

3.1. Modalités de souscription

Le Souscripteur remplit la Proposition d'assurance jointe à la Note d'Information et accompagne celle-ci, soit du versement de la première prime à l'ordre de l'Assureur, soit de l'autorisation de prélèvement accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

3.2. Âge de l'Assuré à la souscription et activité professionnelle

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

Pour être admis aux garanties P.T.I.A., I.P.T. et I.T.T., le candidat à l'assurance doit être âgé de moins de 60 ans et exercer une activité professionnelle rémunérée.

Le candidat à l'assurance est soumis à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de sa souscription. Les examens médicaux doivent être réalisés en France.

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

Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration, entraîne l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.

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

Si l'Assureur accepte le risque, il établit des "Dispositions Particulières" précisant les garanties souscrites et leurs montants, la date d'effet du contrat, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation ainsi que les bénéficiaires désignés.

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

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

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée sur les Dispositions Particulières ne sera pas pris en charge (sauf application de la garantie "couverture accidentelle immédiate" décrite à l'Article 4.1.).

3.3. Conditions de résidence de l'Assuré

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en France continentale, en Corse ou dans les départements d'Outre mer.

Les personnes résidant à Saint Pierre et Miquelon, à Mayotte, en Nouvelle Calédonie, en Polynésie Française, dans les îles Wallis et Futuna, et dans les terres Australes et Antarctiques françaises ne peuvent être assurées que pour les seules garanties Décès - P.T.I.A.

Les personnes résidant hors de France peuvent être assurées pour les seules garanties Décès - P.T.I.A. sous réserve que le prêt à garantir soit :

- souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en France,
- libellé en euros,
- rédigé en français.

3.4. Conditions relatives à l'organisme prêteur

Si le prêt est contracté auprès d'un organisme prêteur hors de France mais au sein de l'union européenne ou en Suisse et ayant une succursale en France, la souscription à l'ensemble des garanties est possible sous réserve que le prêt soit :

- libellé en euros,
- rédigé en français.

3.5. Régularisation des Dispositions Particulières

Les différentes parties doivent régulariser l'exemplaire des Dispositions Particulières revenant à la Compagnie. Cependant, cette régularisation ne conditionne ni la validité du contrat, ni la prise d'effet des garanties.

3.6. Durée du contrat

Le contrat est conclu pour la durée indiquée aux Dispositions Particulières et cesse dans les conditions prévues à l'article 9.

Article 4 - Prise d'effet des garanties

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif,
- de la communication à l'Assureur de toutes les pièces nécessaires au prélèvement de la prime ou du paiement de la prime,

les garanties prennent effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières.

En tout état de cause, les garanties prennent effet au plus tôt à la date de prise d'un engagement vis-à-vis d'un organisme prêteur, matérialisé par la signature de l'acte de prêt.

La prise d'effet des garanties entraîne ipso facto, l'émission de la première prime.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la date d'effet des garanties, mais avant que les fonds ne soient totalement débloqués, l'Assureur verse à l'organisme prêteur bénéficiaire, la somme correspondant aux fonds éventuellement débloqués et le surplus éventuel aux bénéficiaires désignés, à défaut au conjoint, à défaut aux héritiers légaux de l'Assuré.

En cas de sinistre Décès avant le prélèvement de la première prime, le capital prévu au contrat est versé sous déduction de la prime due.

En cas de refus du prêt par l'organisme prêteur ou d'abandon de l'opération de prêt par l'Assuré, les sommes perçues lors de la souscription seront remboursées sous déduction d'une indemnité pour frais de dossier de 50 euros et le contrat sera réputé n'avoir jamais pris effet.

Si à la suite d'un déblocage tardif, le terme du prêt se trouve être postérieur à celui indiqué sur les Dispositions Particulières du contrat, tout sinistre éventuel survenant après le terme du contrat sera pris en charge par l'Assureur, si les trois conditions suivantes sont simultanément réunies :

- le prêt est amortissable,
- la durée du contrat est au moins égale à celle du prêt,
- le dépassement n'excède pas six mois.

Dans tous les autres cas, un avenant devra être établi pour ajuster la durée du contrat à celle du prêt.

4.1. Couverture accidentelle immédiate

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

Dans ce cas, l'engagement de l'Assureur sera limité à 150 000 (cent cinquante mille) euros.

Si, pendant cette période de 60 jours, l'étude du dossier de l'Assuré conclut à un refus de toute garantie dans les conditions citées à l'article 3.2., la couverture accidentelle immédiate cesse à compter du jour de la réception par le Souscripteur de cette notification de refus.

NB : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des accidents.

4.2. Répartition des garanties entre plusieurs Assurés

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

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

4.3. Limitation de la garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur pour un même Assuré, est fixé à 36 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale représentant l'assiette maximale servant de base de calcul à la prestation au titre de la Garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail.

Article 5 - Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Cette garantie doit être obligatoirement souscrite.

Elle prévoit en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident non antérieur à la **souscription sauf déclaration du risque à l'Assureur et acceptation du risque par l'Assureur**, le versement au Bénéficiaire :

Pour les crédits à court, moyen et long terme :

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

Pour les contrats de Crédit-Bail :

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

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

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le capital versé ne saurait être supérieur au capital assuré à la date anniversaire de la souscription précédant la date du Décès ou de la reconnaissance de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Article 6 - Garanties complémentaires

Lors de la souscription, ou en cours de contrat, dans les conditions stipulées dans les présentes Dispositions Générales, le Souscripteur a la faculté d'opter pour l'une des garanties suivantes moyennant prime et sous réserve d'acceptation par l'Assureur.

6.1. Garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail

En cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail de l'Assuré, l'Assureur prend en charge les remboursements d'emprunt, multipliés par la quotité garantie sur la tête assurée (intérêts et principal) ou les échéances de loyers Hors Taxes pour les contrats de Crédit-Bail pendant toute la durée de l'incapacité (**limitée à 365 jours d'indemnisation en cas d'affection psychiatrique ou neuropsychiatrique**) aux conditions définies ci-après. Dans le cas d'un crédit in fine, la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêts échue.

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

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

Durée de la prise en charge

La prise en charge des remboursements d'emprunt (ou loyers Hors Taxes) par l'Assureur ne prendra effet qu'à compter du 91ème jour d'Incapacité Temporaire et Totale de travail ininterrompue de l'Assuré. Cette prise en charge ne pourra prendre effet que dans le respect des formalités prévues à l'Article 13.3.

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

Le montant des échéances éventuellement prises en charge résulte des caractéristiques du (des) prêt(s) fournies par le Souscripteur et mentionnées sur les Dispositions Particulières du contrat ou sur les éventuels avenants postérieurs.

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

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

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

Toute reprise d'une activité rémunérée par l'Assuré mettra fin à la présente garantie. En outre, cette garantie prend fin dans les conditions stipulées à l'article 9.

6.2. Garantie en cas d'Invalidité Permanente et Totale

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

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

En cas d'Invalidité Permanente et Totale, le capital versé ne saurait être supérieur au capital assuré à la date anniversaire de la souscription précédant la date de reconnaissance de l'invalidité.

Article 7 - Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont assurées dans le monde entier.

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

Article 8 - Modification des garanties

Le Souscripteur peut demander, à tout moment, une modification des garanties :

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

Le Souscripteur s'engage à adresser dès qu'il en a connaissance le tableau d'amortissement définitif à l'Assureur afin que ce dernier ajuste ses garanties. Un avenant sera établi à la date à laquelle l'Assureur aura été informé des modifications à effectuer.

A défaut, en cas de réalisation du risque garanti, les prestations versées ne pourront être supérieures à celles calculées sur la base des caractéristiques du prêt fournies lors de la souscription conformément aux Dispositions Particulières du contrat ou des éventuels avenants.

Toute modification prend effet après paiement de la prime y afférente et envoi de l'avenant au contrat correspondant. A cet effet, **des frais d'avenant de 15 euros seront prélevés par l'Assureur.**

Avant d'accorder toute augmentation de garantie ou souscription à de nouvelles garanties et d'adresser l'avenant correspondant, l'Assureur se réserve le droit de demander les informations prévues à l'article 3.2. et l'accord écrit de l'organisme prêteur s'il a accepté le bénéfice du contrat.

Lorsque le Souscripteur est différent de l'Assuré, l'augmentation des garanties se fait sous réserve de l'obtention de l'accord écrit de l'Assuré sur le nouveau montant.

En cas de remboursement anticipé (partiel ou total) du prêt, le Souscripteur s'engage à adresser à l'Assureur, une attestation de l'organisme prêteur mentionnant la date et le montant du remboursement, accompagnée du tableau d'amortissement en cas de remboursement partiel, afin que l'Assureur procède soit à la résiliation, soit à la modification du contrat.

Article 9 - Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite société,
- le jour où la déchéance du terme a été prononcée par le prêteur,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - pour la garantie Décès au 90ème anniversaire de l'Assuré,
 - pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire et Totale de travail au 65ème anniversaire de l'Assuré,
 - pour la garantie Invalidité Permanente Totale au 60ème anniversaire de l'Assuré,
 - et au plus tard pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire et Totale de travail, au jour du départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail ou de la mise en retraite ou préretraite.
- en cas de cessation du paiement des primes conformément à l'article L 132-20 du Code des Assurances,
- le jour où le contrat est résilié.

Article 10 - Modification des risques garantis

Toute modification d'une ou plusieurs caractéristiques du prêt entraînant une augmentation du risque à garantir devra être soumise à l'acceptation de l'Assureur pour être prise en compte.

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

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

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

Article 11 - Exclusions concernant la garantie Décès et la couverture accidentelle immédiate

Aucune garantie n'est due pour les cas où le Décès de l'Assuré est la conséquence des faits suivants :

- **Suicide au cours de la 1ère année du contrat,**
- **Faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- **Guerre civile ou étrangère, émeute, insurrection quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels qu'en soient les protagonistes,**
- **Affections ou accidents médicalement constatés à une date antérieure à celle de la prise d'effet des garanties. Toutefois, les suites et conséquences des affections et accidents déclarés à l'Assureur sont garanties, sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée aux Dispositions Particulières,**
- **Accidents occasionnés par l'Assuré alors que celui-ci est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux maximal légal en vigueur au jour de l'accident,**
- **Vols sur un appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, ou vols sur ailes volantes ou tout autre appareil comparable : ULM, deltaplane, parapente,**
- **Pratique des sports suivants : parachutisme, saut à l'élastique, spéléologie,**

- Usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement.

Article 12 - Exclusions concernant les autres garanties

12.1. Outre les exclusions mentionnées à l'article 11, les exclusions ci-après s'appliquent aux autres garanties (P.T.I.A. - I.T.T. - I.P.T.)

- Accidents, maladies, invalidités et infirmités :
 - résultant de la pratique de tous sports à titre professionnel,
 - résultant de compétitions sportives (y compris les entraînements) nécessitant l'utilisation d'animaux, de véhicules (avec ou sans moteur) ou d'embarcations motorisées,
 - survenant au cours de voyages d'exploration,
 - résultant du fait de la navigation sous-marine,
 - résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,
 - survenant lors de la participation de l'Assuré à tout mouvement populaire, rixe, émeute, acte de terrorisme, sauf cas de légitime défense,
 - résultant de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcool dans le sang égal ou supérieur au taux maximal légal en vigueur au jour du sinistre), sauf si l'Assuré n'est pas responsable du sinistre,
 - résultant de traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti.
- Toutes pathologies de la colonne vertébrale ainsi que les affections para-vertébrales résultant d'un accident ou d'une maladie, ainsi que leurs suites et conséquences, sauf si la pathologie en question a une origine tumorale constatée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, ou a entraîné une hospitalisation continue d'une durée supérieure à 15 jours en milieu spécialisé dans les 3 mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail,
- Conséquences d'une tentative de suicide.

12.2. Outre les exclusions mentionnées aux articles 11 et 12.1, les exclusions supplémentaires ci-après s'appliquent à la garantie complémentaire Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.)

- Cures thermales ou de désintoxication,
- Fibromyalgies et fatigues chroniques,
- Les maladies psychiques dont les syndromes de type anxio-dépressif, névrotique, psychotique, neuropsychique ou neuropsychiatrique, ainsi que leurs suites et conséquences, survenant pendant les 2 premières années du contrat sauf en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique d'une durée supérieure à 15 jours et ce dans les 3 mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail,
- Les arrêts de travail correspondant à la durée du congé légal de maternité telle qu'elle est définie à l'article L 122-26 du Code du Travail que l'Assurée soit salariée ou non.

Article 13 - Formalités

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

13.1. En cas de Décès

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

- un extrait de l'acte de Décès de l'Assuré,
 - le formulaire de déclaration "Décès" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
 - le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
 - une copie du Procès Verbal de Gendarmerie ou de Police en cas d'accident,
 - l'original du contrat et de ses avenants,
 - le tableau d'amortissement au jour du décès avec une attestation de l'organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) prêt(s).
- L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.

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

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

- le formulaire de déclaration "Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente et Totale" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
 - le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
 - une copie du Procès Verbal de Gendarmerie ou de Police en cas d'accident,
 - le tableau d'amortissement et une attestation de l'organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) prêt(s) à la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente et Totale.
- L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.
- Si l'Assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent à titre obligatoire), il doit transmettre l'attestation de la Sécurité Sociale (ou du régime équivalent) classant son invalidité en deuxième ou troisième catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale (art L 341-1). Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur son état d'invalidité, la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le Bénéficiaire ou son administrateur légal doit transmettre à l'Assureur l'original du contrat et du dernier avenant.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, tout sinistre faisant intervenir la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Invalidité Permanente Totale sera réputé survenir le jour de la déclaration à l'Assureur.

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

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

A défaut de déclaration dans le délai imparti, la période de franchise commencera à courir le jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

L'Assuré doit remettre au Médecin Conseil de l'Assureur :

- le formulaire de déclaration "Incapacité Temporaire et Totale de travail" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
- une copie du Procès Verbal de Gendarmerie ou de Police en cas d'accident,
- le tableau d'amortissement actualisé et définitif indiquant le montant de l'échéance du(des) prêt(s) à la date de l'arrêt de travail,
- les décomptes d'indemnités journalières perçues.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.

Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, la reconnaissance de cet état par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur.

Si l'Incapacité Temporaire et Totale de travail se poursuit sans interruption, l'Assuré devra fournir chaque mois, à compter de la première déclaration d'Incapacité Temporaire et Totale de travail et dans un délai de 40 jours à compter du dernier jour d'Incapacité Temporaire et Totale de travail justifié, un certificat médical justifiant la continuité de son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, les décomptes d'indemnités journalières perçues, une attestation sur l'honneur d'Incapacité Temporaire et Totale de travail ainsi que toute autre pièce jugée utile par l'Assureur ou nécessitée par la réglementation, à défaut de quoi l'Incapacité Temporaire et Totale de travail sera de plein droit réputée avoir pris fin.

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

13.4. Contrôle de l'état de santé de l'Assuré

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

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

Article 14 - Calcul des primes

14.1. Tarification

Les bases de la tarification sont fixées à partir des informations transmises par le Souscripteur lors de sa souscription et indiquées sur son contrat ou ses avenants éventuels.

Celles-ci tiennent compte notamment :

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

14.2. Évolution des primes

Le Souscripteur a le choix entre des primes :

- dont le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du capital garanti,

- dont le montant est fixe pendant toute la durée du contrat. **Le choix de la prime fixe est réservé aux prêts amortissables, avec éventuellement un différé d'amortissement maximum de 24 mois.**

Le choix est fait à la souscription, il est irrévocable jusqu'au terme du contrat.

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

Article 15 - Frais de dossier

Lors de la souscription, il est prélevé des frais de dossier de 20 euros.

Article 16 - Défaut de paiement

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

Article 17 - Résiliation

A tout moment, le Souscripteur peut résilier son contrat en adressant, au Siège d'AFI Europe, une lettre recommandée, accompagnée de l'original des Dispositions Particulières et de ses avenants éventuels, ainsi qu'une copie recto-verso d'une pièce d'identité du Souscripteur.

Article 18 - Loi applicable - Autorité de contrôle

Le contrat est régi par la loi française et par les dispositions du Code des Assurances.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

Article 19 - Information du Souscripteur

19.1. A tout moment

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

19.2. En cas de modification du contrat

L'Assureur adresse au Souscripteur un avenant au contrat précisant les nouvelles conditions de garantie.

Article 20 - Faculté de renonciation

Le Souscripteur peut renoncer à son contrat et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent le paiement de la première prime ou la date d'acceptation par l'Assuré des nouvelles conditions d'assurance, il adresse au Siège d'AFI Europe, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon contrat

n° _____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre,

Signature"

Article 21 - Arbitrage

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

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

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

Article 22 - Réclamation

Toute réclamation concernant le contrat doit être envoyée au Service Relation Clientèle de l'Assureur - 4 Square Dutilleul 59042 LILLE CEDEX.

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

Article 23 - Prescription

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

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

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

Article 24 - Informatique et Libertés

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

Article 25 - Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge du Souscripteur.