



Prévi-Crédits Particuliers

ASSURANCE EMPRUNTEURS

Notice

Contrat d'assurance de groupe n°5034

Janvier 2017

Sommaire

Préambule	p. 3
I. Que couvre le contrat Prévi-Crédits Particuliers ?	p. 4
1 Objet du contrat	p. 4
2 Garanties et prestations associées	p. 4
2.1 Définitions des garanties	p. 4
2.2 Prestations en cas de sinistre	p. 4
2.3 En cas de rechute ou reprise d'activité	p. 6
2.4 Limites des prestations	p. 6
2.5 Cas particuliers	p. 6
2.6 Modalités de prise en charge en cas de sinistre	p. 7
2.7 Territorialité des garanties	p. 7
3 Exclusions - Ce que le contrat ne couvre pas	p. 7
4 Formules de garanties proposées	p. 9
4.1 Formules de garanties proposées	p. 9
4.2 Option disponible dans le contrat	p. 9
II. L'adhésion au contrat Prévi-Crédits Particuliers	p. 10
1 Conditions et formalités d'adhésion	p. 10
1.1 Conditions d'adhésion	p. 10
1.2 Formalités d'adhésion	p. 10
2 Durée des garanties	p. 10
2.1 Prise d'effet des garanties	p. 10
2.2 Cessation des garanties	p. 11
3 Cotisation	p. 11
4 Crédit faisant l'objet d'une procédure contentieuse	p. 11
5 Modification et résiliation du contrat	p. 11
5.1 Modification des garanties	p. 11
5.2 Résiliation du contrat	p. 11
6 Renonciation	p. 11
III. Les formalités en cas de sinistre	p. 13
1 La déclaration et les pièces à fournir	p. 13
2 L'expertise et le contrôle	p. 13
IV. Autres dispositions	p. 14
1 Loi applicable et langue utilisée	p. 14
2 Fonds de garantie des assurances de personnes	p. 14
3 Informations fournies	p. 14
4 Réclamations	p. 14
5 Prescription	p. 14
6 Lutte contre le blanchiment	p. 14
7 Informatiques et libertés	p. 15
Information assurance emprunteur	p. 16
Lexique	p. 19

Notice

Préambule

Le contrat Prévi-Crédits Particuliers est un contrat d'assurance de groupe n° 5034 souscrit par le Crédit Mutuel Arkéa - SA coopérative de crédit à capital variable et de courtage d'assurances - 1 rue Louis Lichou - 29480 Le Relecq-Kerhuon - Siren 775 577 018 RCS Brest - Orias 07 025 585 pour son compte, pour le compte de l'ensemble des Caisses de Crédit Mutuel rattachées aux Fédérations du Crédit Mutuel de Bretagne, du Crédit Mutuel du Sud-Ouest et du Crédit Mutuel du Massif Central ainsi que pour le compte de Federal Finance ci-après dénommé "le souscripteur",

- auprès de Suravenir, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 420 000 000 euros. Société mixte régie par le Code des assurances. Siren 330 033 127 RCS Brest. Siège social : 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9 (pour les garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Spécifique AERAS (IS) et Incapacité Professionnelle (IP)),

et

- auprès de Suravenir Assurances, Société anonyme au capital entièrement libéré de 38 265 920 euros. Siège social : 2 rue Vasco de Gama - Saint-Herblain - 44931 Nantes cedex 9. RCS Nantes 343 142 659 (pour la garantie Perte d'Emploi).

Suravenir et Suravenir Assurances sont des entreprises régies par le Code des assurances et sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9) ci-après dénommées "l'assureur".

Ce contrat est régi par le Code des assurances et relève des branches 1, 2, 20 (accident, maladie, vie-décès) et 16 (pertes pécuniaires).

En cas de résiliation du contrat souscrit par le souscripteur auprès de l'assureur, que celle-ci soit à l'initiative du souscripteur ou de l'assureur ou en cas de dissolution du souscripteur quelle qu'en soit la cause, le contrat se poursuivra de plein droit entre l'assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat. Aucune adhésion nouvelle ne sera plus acceptée.

L'assureur applique la convention AERAS, s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé, dont les dispositions sont consultables sur le site www.aeras-infos.fr.

La présente notice est applicable à compter de janvier 2017.



I. Que couvre le contrat Prévi-Crédits Particuliers ?

1 Objet du contrat

Prévi-Crédits Particuliers a pour objet de garantir l'assuré, emprunteur, co-emprunteur, caution, selon son âge à l'adhésion, la formule de garanties choisie et la quotité assurée,

- contre les risques suivants :
 - le Décès,
 - la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - l'Incapacité Temporaire Totale de travail,
 - l'Incapacité Professionnelle,
 - l'Invalidité Permanente Partielle,
 - l'Invalidité Permanente Totale,
 - l'Invalidité Spécifique AERAS,
 - la Perte d'Emploi.
- à la condition que l'adhésion couvre un ou plusieurs :
 - prêts immobiliers amortissables, relais, in fine,
 - prêts à la consommation amortissables,
 - prêts études amortissables.

Pour l'ensemble des garanties, le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues assurées.

2 Garanties et prestations associées

L'assuré sera déchu du droit à **garanties en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre.**

2.1 Définitions des garanties

2.1.1 Le Décès

Le contrat Prévi-Crédits Particuliers garantit le décès quelle qu'en soit la cause.

2.1.2 La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'assuré qui est reconnu comme étant dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer **tous** les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer). La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est appréciée par expertise médicale.

2.1.3 L'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Est en Incapacité Temporaire Totale de travail l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident, est contraint d'interrompre totalement et temporairement son activité professionnelle ou toute occupation lui procurant gain ou profit. **Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'assuré doit exercer une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non) au jour du sinistre.** L'état d'ITT doit être constaté médicalement.

2.1.4 L'Incapacité Professionnelle (IP)

Est en Incapacité Professionnelle, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident, est dans l'impossibilité d'exercer sa profession. Le taux d'incapacité professionnelle sera fixé par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe I.2.2.5.

2.1.5 L'Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'Invalidité se définit comme un état de réduction permanente des aptitudes de l'assuré à exercer sa profession ou toute autre activité lui procurant gain ou profit. Cette réduction devra être consécutive à la maladie ou à l'accident ayant provoqué l'ITT ou l'IP.

Les taux d'Invalidité Permanente Partielle et d'Invalidité Permanente Totale, sont appréciés par expertise médicale.

2.1.6 L'Invalidité Spécifique AERAS (IS AERAS)

La garantie IS AERAS correspond à une incapacité fonctionnelle d'au moins 70 % couplée à une incapacité professionnelle, dont les modalités d'appréciation sont définies au paragraphe I.2.2.7.

2.1.7 L'option Assurance Perte d'Emploi

L'option Assurance Perte d'Emploi garantit l'assuré en cas de perte d'emploi consécutive à un licenciement.

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie optionnelle, l'assuré doit réunir, au jour du sinistre, les 2 conditions cumulatives suivantes :

- avoir été licencié de son emploi,
- à ce titre percevoir l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi versée par le Pôle emploi. Dans l'hypothèse où, à la date de la perte d'emploi, cette allocation a été supprimée dans le cadre d'une réforme relative à l'allocation chômage, l'assureur retiendra comme allocation de référence celle qui se substitue à l'Aide au Retour à l'Emploi.

2.2 Prestations en cas de sinistre

2.2.1 Calcul des prestations

Le calcul des prestations versées par l'assureur est basé sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre.

En cas de décès de l'assuré postérieurement à la date de signature de l'offre de prêt, mais avant que les fonds ne soient débloqués, l'assureur versera au bénéficiaire le montant du capital assuré, sous réserve que l'opération pour laquelle le prêt était consenti soit effectivement réalisée.

En cas de diminution de l'échéance pendant l'arrêt de travail ou d'activité, les prestations seront égales au montant assuré de la nouvelle échéance.

2.2.2 Prestations en cas de Décès

L'assureur garantit le paiement du capital restant dû au jour du décès, multiplié par la quotité assurée. Le versement du capital met fin à l'adhésion.

2.2.3 Prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assureur garantit le paiement du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA, multiplié par la quotité assurée. Le versement du capital met fin à l'adhésion.

2.2.4 Prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

À l'issue du délai de franchise défini ci-dessous, l'assureur garantit le paiement de l'échéance de remboursement du prêt exigible, multipliée par la quotité assurée, en fonction du nombre total et ininterrompu de jours d'arrêt de travail ou d'activité excédant la période de franchise.

La **franchise** peut se définir comme la période d'arrêt de travail ou d'activité restant à la charge de l'assuré. Cette période de franchise, comptée à partir du 1^{er} jour d'une période d'arrêt total et ininterrompu de travail ou d'activité, ne sera en aucun cas indemnisée.

Le délai de franchise est de 90 jours. Ce délai est doublé si l'arrêt de travail résulte d'une pathologie du rachis cervico-dorso-lombaire non consécutive à un accident ou de psychoses, névroses, états dépressifs, anxietés. L'accident est défini au paragraphe I.3.

Le versement des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail s'effectue jusqu'à la date de consolidation de l'état de santé, constatée par expertise médicale. Il cesse, au plus tard, au 1095^e jour de prise en charge et, en tout état de cause, à la date de cessation de la garantie (cf. point II.2.2).

► Précision sur les prestations dans le cadre de la couverture "Enseignants" (cf. I.4.1.3)

À l'issue du délai de franchise défini ci-dessus, et dès lors que l'assuré justifie d'une perte de revenu professionnel nette supérieure à 5 %, l'assureur garantit le paiement de l'échéance de remboursement du prêt exigible, multipliée par la quotité assurée, en fonction du nombre total et ininterrompu de jours d'arrêt de travail ou d'activité excédant la période de franchise, dans les limites précisées ci-dessous.

Le montant de la prestation versée ne peut être supérieur à la perte réelle de revenu. Pour le calcul de la perte de revenu, sont pris en compte :

- le revenu net imposable de la période à indemniser, augmenté des primes, indemnités, heures supplémentaires, en tenant compte de leur périodicité (1/12^e d'une prime annuelle pour un revenu mensuel),
- les revenus de substitution à savoir indemnités journalières de la Sécurité sociale, allocations journalières, prestations des régimes complémentaires obligatoires.

Ces éléments sont comparés au revenu professionnel net imposable moyen perçu au titre des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pour déterminer la perte de revenu. Le montant versé par l'assureur correspond à la perte de revenu multipliée par la quotité assurée, dans la limite du montant assuré des échéances. En cas de périodicité annuelle de l'échéance de crédit, le montant assuré de l'échéance sera ramené à 1/12^e pour calculer la limite de prise en charge, le paiement cumulé des échéances ainsi recalculées intervenant au moment de l'exigibilité de l'échéance annuelle de crédit.

Exemples

Montant échéance	750 €	750 €	1 000 €
Montant échéance assuré	750 €	750 €	500 € (50 %)
Revenu net de la période à indemniser + revenus de substitution	800 € (1/2 traitement)	1 600 € (plein traitement)	1 200 €
Revenu net moyen des 12 mois précédant l'arrêt	1 600 €	1 600 €	1 400 €
Montant perte de revenu	800 €	0 €	200 €
Montant versé	750 €	0 €	100 € (50 %)

Toutefois, si l'adhérent bénéficie du maintien de son salaire à plein traitement, aucune indemnisation n'interviendra. Il en va de même si l'adhérent n'a perçu aucun revenu professionnel au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

L'assuré s'engage à fournir les bulletins de salaire et toutes les pièces justificatives nécessaires au calcul de la prestation. Le calcul de la perte de revenu sera effectué sur la base des seuls montants figurant sur les justificatifs correspondant au mois à indemniser, sans que soient prises en compte les éventuelles régularisations de salaire qui pourraient être effectuées par l'employeur a posteriori.

2.2.5 Prestations en cas d'Incapacité Professionnelle

À l'issue du délai de franchise défini au paragraphe I.2.2.4, l'assureur garantit le paiement de l'échéance de remboursement du prêt exigible, multipliée par la quotité assurée, en fonction du nombre total et ininterrompu de jours d'arrêt de travail ou d'activité excédant la période de franchise.

Le taux d'Incapacité Professionnelle, fixé par expertise médicale, devra être supérieur ou égal à 66 % pour donner lieu à indemnisation. En cas d'Incapacité Professionnelle inférieure à 66 %, aucune indemnisation ne pourra intervenir.

Ce taux est fixé en tenant compte :

- de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident,
- des conditions normales d'exercice de cette profession,
- des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Le versement des prestations en cas d'Incapacité Professionnelle cesse après 1080 jours de prise en charge. À l'issue de ce délai, l'assuré pourra être garanti au titre d'une Invalidité Permanente Partielle ou d'une Invalidité Permanente Totale ou, le cas échéant, d'une Invalidité Spécifique AERAS, dans les conditions précisées aux articles I.2.2.6 et I.2.2.7.

Pour déterminer le taux d'Incapacité Professionnelle, l'expert médical ne tiendra pas compte des maladies ou accidents non assurés ou exclus des garanties du contrat.

2.2.6 Prestations en cas d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité Permanente Totale

L'assureur garantit, en fonction du taux d'invalidité, le paiement partiel ou total de l'échéance de remboursement du prêt exigible, multipliée par la quotité assurée. Le taux d'invalidité permanente est déterminé par expertise médicale, comme indiqué dans le tableau ci-dessous, par le croisement entre :

- le taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale, fixé sur la base du barème de droit commun publié par le concours médical,
- et le taux d'incapacité professionnelle, fixé en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession, des possibilités restantes d'exercice, et des possibilités de reclassement professionnel.

Pour déterminer les taux d'incapacité, l'expert médical ne tiendra pas compte des maladies ou accidents exclus des garanties à l'adhésion.

		Taux d'Incapacité Fonctionnelle (en %)								
		20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'Incapacité Professionnelle (en %)	10	15.87	20.80	25.20	29.24	33.02	36.59	40.33	43.27	46.42
	20	20.00	26.21	31.75	36.94	41.60	46.10	50.40	54.51	58.48
	30	22.89	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	35.37	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	84.94
	70	30.37	39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.79	88.79
	80	31.75	41.63	50.40	58.48	66.04	73.19	80.00	86.54	92.33
	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	74.14	78.84	86.18	93.22	100.00

L'Invalidité Permanente est considérée comme Partielle lorsque le taux d'invalidité est compris entre 33 % et 66 %. Dans ce cas, l'assureur garantit le montant de l'échéance assurée de remboursement du prêt multipliée par le taux de prise en charge défini comme suit :
Taux de prise en charge = (taux d'invalidité - 33) / 33.

L'Invalidité Permanente est considérée comme Totale lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 66 %.

En cas d'Invalidité Permanente Totale, l'assureur garantit la totalité du montant de l'échéance assurée.

Le montant de l'échéance assurée correspond à la quotité demandée à l'adhésion pour la garantie concernée multipliée par l'échéance exigible.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33 %.

2.2.7 Prestations en cas d'Invalidité Spécifique AERAS

En cas d'Invalidité Spécifique AERAS, l'assureur garantit, en fonction du taux d'invalidité, le paiement total des échéances de remboursement du prêt multipliées par la quotité assurée.

Le taux d'Invalidité Spécifique AERAS est défini par combinaison :

- d'une incapacité professionnelle attestée par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires et d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés,

- d'une incapacité fonctionnelle dont le taux sera apprécié par expertise médicale suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Pour donner lieu à prestations, le taux d'incapacité fonctionnelle doit être supérieur ou égal à 70 %. En cas d'incapacité fonctionnelle inférieure à 70 %, aucune prise en charge ne pourra intervenir.

Les suites liées aux pathologies déclarées à l'adhésion et formellement exclues par l'assureur dans les conditions d'assurance signées par l'assuré ne seront pas exclues au moment du sinistre dans le cadre de la garantie Invalidité Spécifique AERAS.

2.2.8 Prestations en cas de Perte d'Emploi

À l'issue du délai de franchise défini ci-dessous, l'assureur garantit le paiement du montant de l'échéance de remboursement du prêt exigible, multiplié par la quotité assurée.

Le délai de **franchise** correspond à la période de chômage pendant laquelle les échéances de prêt ne sont pas prises en charge. Le délai de franchise, qui est de **90 jours pour le prêt à l'habitat** et de **120 jours pour le prêt à la consommation**, est compté à partir du premier jour d'indemnisation continue du Pôle emploi au titre de la période de chômage concernée.

En cas de mise en œuvre de la garantie Assurance Perte d'Emploi, les prestations sont maintenues au titre d'une même période de chômage pendant 540 jours pour les prêts immobiliers et 360 jours pour les prêts à la consommation maximum et pendant 1080 jours maximum au titre de plusieurs périodes de chômage.

2.3 En cas de rechute ou d'une reprise d'activité suivie d'une nouvelle période de chômage

2.3.1 En cas de rechute

Si après une reprise totale d'activité inférieure ou égale à 60 jours, l'assuré est à nouveau contraint de cesser son travail ou son activité pour le même motif, la durée de la reprise totale d'activité sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations et aucun nouveau délai de franchise ne sera appliqué.

Dans les autres cas [nouvel arrêt de travail pour le même motif suite à une reprise totale d'activité supérieure à 60 jours, arrêt de travail pour une cause nouvelle ou poursuite de l'arrêt de travail du fait d'une nouvelle cause ou pathologie], l'indemnisation sera évaluée comme s'il s'agissait d'un nouveau sinistre, avec application d'une nouvelle période de franchise.

2.3.2 En cas de reprise d'activité suivie d'une nouvelle période de chômage

Est considérée comme étant la poursuite de la précédente période d'indemnisation, la nouvelle perte d'emploi qui fait suite à :

- une reprise d'activité inférieure ou égale à 180 jours continus effectuée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée,
- une reprise d'activité effectuée au titre d'un contrat de travail à durée déterminée.

Est considérée comme étant une nouvelle période d'indemnisation avec application d'un nouveau délai de franchise, la nouvelle perte d'emploi qui fait suite à :

- une reprise d'activité de plus de 180 jours continus dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée au moins à mi-temps chez le même employeur.

En cas de reprise d'activité pendant le délai de franchise, suivie à nouveau d'une rupture du contrat de travail :

- la perte d'emploi résultant de la première rupture de contrat de travail ne sera en aucun cas indemnisée,
- seule la perte d'emploi résultant de la rupture du second contrat de travail fera l'objet d'un examen par l'assureur dans les conditions prévues aux points précédents.

2.4 Limites des prestations

En cas de sinistre, le montant pris en charge ne pourra excéder le montant nominal assuré à la date d'adhésion.

Toute modification, à la hausse, des conditions de remboursement de l'emprunt durant une période d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Spécifique AERAS, ou de chômage ne sera pas prise en compte. Par ailleurs, le retard éventuel dans le remboursement du crédit n'est pas couvert.

En cas de diminution de l'échéance de remboursement pendant une période d'arrêt de travail, d'activité ou de chômage, les prestations seront égales au montant assuré de la nouvelle échéance.

Pour les garanties **Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Spécifique AERAS**, l'indemnisation cesse de plein droit du seul fait de la reprise, même partielle, de tout travail ou de toute occupation procurant gain ou profit à l'assuré. Dans le cadre de l'option **Assurance Perte d'Emploi**, l'indemnisation cesse à la date à laquelle l'assuré reprend une activité, que ce soit à titre salarié ou non. Elle cesse également à la date d'arrêt du versement de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi par le Pôle emploi.

En tout état de cause, et pour l'ensemble des prêts d'un même assuré, le montant de la prestation versée en cas de sinistre sera plafonné à une échéance assurée équivalente à **10 000 euros mensuels** pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Spécifique AERAS et à **2 000 euros mensuels** pour l'option Assurance Perte d'Emploi.

ATTENTION

La détermination par l'assureur de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, de l'Incapacité Professionnelle, de l'Invalidité Permanente Partielle, ou de l'Invalidité Permanente Totale sera indépendante des décisions du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

2.5 Cas particuliers

Un délai de carence s'applique à l'option **Assurance Perte d'Emploi**. Cela veut dire que la perte d'emploi intervenant pendant ce délai, suivant la date d'effet des garanties, n'est pas prise en charge quelle que soit sa durée. **Pour les prêts immobiliers**, le délai est de 180 jours pour les emprunteurs titulaires, depuis plus de 12 mois à la date d'effet de l'adhésion, d'un contrat de travail à durée indéterminée chez le même employeur, et de 365 jours, pour les autres emprunteurs. **Pour les prêts à la consommation**, le délai de carence est de 90 jours pour les emprunteurs titulaires, depuis plus de 12 mois à la date d'effet de l'adhésion, d'un contrat de travail à durée indéterminée chez le même employeur, et de 180 jours, pour les autres emprunteurs.

Pour les prêts relais et tous les prêts remboursables en un seul terme, la prise en charge porte sur les seuls intérêts payés périodiquement et en aucun cas sur le capital.

Pour les prêts à échéances modulables sur demande de l'emprunteur : les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS correspondent au montant assuré de l'échéance en cours à la date de l'arrêt de travail ou d'activité, sans pouvoir excéder le montant de l'échéance prévue lors de la conclusion initiale du contrat de prêt si une augmentation de l'échéance est intervenue dans les six mois précédant le sinistre.

2.6 Modalités de prise en charge en cas de sinistre

En cas de sinistre, les échéances continuent d'être prélevées par l'organisme de crédit conformément au contrat de prêt.

Pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'assureur verse directement à l'organisme de crédit le montant garanti tel que défini aux paragraphes I.2.2.2 et I.2.2.3.

Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Spécifique AERAS et Assurance Perte d'Emploi : à l'issue du délai de franchise et sous réserve de transmettre périodiquement les justificatifs demandés, l'assureur crédite le compte de l'assuré sur lequel sont prélevées les échéances du prêt du montant à prendre en charge (cf. paragraphes I.2.2.4, I.2.2.5, I.2.2.6, I.2.2.7 et I.2.2.8).

Pendant toute la durée de prise en charge des échéances par l'assureur en cas de sinistres Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Spécifique AERAS, l'assureur remboursera les cotisations relatives à ces garanties au-delà du délai de franchise à hauteur du taux de prise en charge des échéances, dans la limite de la quotité assurée.

2.7 Territorialité des garanties

Les garanties sont accordées dans le monde entier.

Le décès doit être constaté par une autorité légale (ambassade ou consulat) de l'Union européenne. Il est expressément stipulé qu'en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Spécifique AERAS, les dommages corporels ou la maladie doivent être constatés par un médecin établi en France. Pour les non-résidents français ou en cas d'impossibilité totale de l'assuré de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical), les dommages corporels ou la maladie doivent être constatés par un médecin mandaté par l'assureur. Les frais de déplacement de l'expert restent à la charge de l'assuré, sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par le médecin expert.

En outre, il est rappelé que, selon les dispositions de la notice du contrat seule la législation française reste applicable.

3 Exclusions - Ce que le contrat ne couvre pas

Le tableau des exclusions ci-après vous permet de savoir si l'exclusion est générale ou si elle est limitée à l'une ou l'autre des garanties.

L'accident est défini comme résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté de l'assuré.

Définitions :

- PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- ITT : Incapacité Temporaire Totale de travail.
- IP : Incapacité Professionnelle.
- IPP : Invalidité Permanente Partielle.
- IPT : Invalidité Permanente Totale.
- IS : Invalidité Spécifique AERAS.
- APE : Assurance Perte d'Emploi.

L'assurance couvre tous les risques sauf ceux précisés dans le tableau ci-après :

Sont exclus de la garantie (le signe • indique l'exclusion)	Décès	PTIA	ITT/IP IPP/IPT	IS	APE
1. Le suicide s'il survient moins d'une année à compter de la date d'effet des garanties. Toutefois, le décès par suicide est couvert dès la date d'effet des garanties, dans les limites définies par les articles L. 132-7 et R. 132-5 du Code des assurances, lorsque le contrat d'assurance a pour objet de garantir un prêt destiné au financement de l'acquisition du logement principal de l'assuré.	•				
2. Le meurtre de l'assuré par le co-emprunteur.	•				
3. Les suites ou conséquences des affections ou des événements suivants :					
3.1. des accidents, maladies, invalidités dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties, non déclarées à l'adhésion, ou formellement exclues par l'assureur dans les conditions d'assurance signées par l'assuré,		•	•		
3.2. de tentatives de suicide, de mutilation volontaire, ou d'événements qui sont le fait volontaire de l'assuré,		•	•	•	
3.3. d'éthylisme, d'un état d'imprégnation alcoolique défini par un taux supérieur au taux légal, ou de l'usage de stupéfiants ou assimilés, non prescrits médicalement.		•	•	•	
4. Les suites ou conséquences d'accidents survenant sur engins à moteur, terrestres ou nautiques, à l'occasion d'essais, de compétitions, paris, tentatives de record, rallyes de vitesse effectués à titre amateur ou professionnel.	•	•	•	•	
5. Le délai légal du congé de maternité défini par la Sécurité sociale que l'assurée y soit affiliée ou non.			•	•	

Sont exclus de la garantie (le signe • indique l'exclusion)	Décès	PTIA	ITT/IP IPP/IPT	IS	APE
6. Les suites ou conséquences d'accidents de navigation aérienne lorsque le pilote ne possède pas de brevet ou de licence pour l'appareil utilisé et/ou si le véhicule aérien homologué ou non, motorisé ou non, ne dispose pas de certificat valable de navigabilité ou en est dispensé (<i>exemples : parachute, kitesurf, deltaplane, parapente, ULM, aile volante...</i>). Cette exclusion ne s'applique pas aux militaires dans le cadre de l'accomplissement de leur devoir professionnel.	•	•	•	•	
7. Les suites ou conséquences d'actes de piraterie, d'émeutes, de terrorisme, de sabotages, d'insurrections, de rixes sauf en cas de légitime défense. Cette exclusion ne s'applique pas aux militaires, aux policiers, aux pompiers, aux démineurs et au personnel médical d'urgence dans le cadre de l'accomplissement de leur devoir professionnel.	•	•	•	•	
8. Les risques de guerre étrangère ou de guerre civile, sauf législation française particulière à intervenir en période de guerre ou d'accomplissement du devoir professionnel pour les militaires, policiers, pompiers, démineurs et personnel médical d'urgence.	•	•	•	•	
9. Les suites ou conséquences directes ou indirectes d'accidents ayant provoqué explosion, dégagement de chaleur, irradiation, et provenant de la transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité et de l'accélération artificielle de particules. La présente exclusion ne s'applique pas à l'assuré dont la profession l'expose aux risques liés à ces événements, lorsque l'accident survient à l'occasion de l'exercice de sa profession.	•	•	•	•	
10. Les risques particuliers précisés sur le certificat de garantie remis à l'assuré.	•	•	•		
11. Le licenciement pendant le délai de carence.					•
12. La démission pour quelque cause que ce soit, même indemnisée par le Pôle emploi.					•
13. Le licenciement dans le cadre duquel l'assuré est salarié : - de son conjoint, de son concubin, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, - d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par le conjoint de l'assuré, son concubin, son partenaire d'un pacte civil de solidarité, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entrepreneur ou de l'entreprise, à une cessation d'activité liée à une invalidité ou au décès de l'entrepreneur ou du chef d'entreprise.					•
14. La perte d'emploi résultant d'un accord conclu avec l'employeur, même si la perte d'emploi est indemnisée par le Pôle emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi.					•
15. La rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée.					•
16. Toute forme de cessation d'activité impliquant la non-recherche d'un nouvel emploi (<i>notamment contrat de solidarité - accord FNE (Fonds National de l'Emploi) - mise en préretraite</i>) même indemnisée par le Pôle emploi.					•
17. La rupture du contrat de travail en cours ou au terme de la période d'essai*.					•
18. La fin de contrat à durée déterminée ou de toute forme de fin de contrat temporaire à durée indéterminée (<i>tels que mission d'intérim, contrat de chantiers</i>) sauf dans le cas prévu au paragraphe I.2.3.2.					•
19. La procédure de licenciement dont l'assuré aurait été informé à titre individuel ou collectif antérieurement à la date d'effet de la garantie.					•
20. Le licenciement non pris en charge par le Pôle emploi.					•
21. Le licenciement pour faute grave ou lourde, même indemnisée par le Pôle emploi.					•
22. Le licenciement dans le cadre duquel l'assuré, bien qu'indemnisé par le Pôle emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi, exerce ou poursuit une activité professionnelle, à titre salarié ou non.					•

* Est considérée comme date de rupture du contrat de travail celle de la lettre de licenciement.

4 Formules de garanties proposées

4.1 Formules de garanties proposées

Le contrat Prévi-Crédits Particuliers propose différentes formules de garanties adaptées à la situation de l'assuré :

	Décès	PTIA	ITT	IP	IPP	IPT	IS AERAS
FORMULES STANDARD							
Couverture Sérénité	•	•	•		•	•	•
Couverture Confort	•	•	•			•	•
Couverture Tranquillité	•	•	•			•	•
Couverture Sécurité	•	•					
FORMULES SPÉCIFIQUES							
Couverture Enseignants	•	•	• <i>avec perte revenus > 5 %</i>				
Couverture Travailleurs Non Salariés	•	•		•	•	•	•

La quotité assurée est au choix de l'assuré dans une fourchette entre 20 et 100 % sauf pour les prêts à la consommation commercialisés via le web où elle est à 100 %.

4.1.1 Précisions sur la couverture "Tranquillité"

Seuls les prêts immobiliers amortissables peuvent être garantis dans le cadre de la couverture "Tranquillité" qui n'est pas accessible via le web.

Si l'adhérent choisit à l'adhésion la couverture "Tranquillité", la prise en charge des pathologies du rachis cervico-dorso-lombaire, des psychoses, névroses, états dépressifs, anxiétés au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Totale et d'Invalidité Spécifique AERAS est conditionnée à une **hospitalisation supérieure ou égale à cinq jours** :

- si l'hospitalisation a lieu pendant le délai de franchise défini au paragraphe I.2.2.4, l'indemnisation interviendra à l'issue du délai de franchise,
- si l'hospitalisation a lieu après le délai de franchise, défini au paragraphe I.2.2.4, l'indemnisation interviendra à compter du premier jour d'hospitalisation.

4.1.2 Précisions sur la couverture "Sécurité"

Peuvent adhérer à la couverture "Sécurité" en garantie des risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie les assurés âgés de 18 à moins de 67 ans à la date de l'adhésion. La couverture "Sécurité" n'est pas accessible via le web pour les plus de 65 ans.

Si l'assuré est âgé de **67 ans à moins de 75 ans** à la date d'adhésion, il peut adhérer à la couverture "Sécurité" en garantie du risque Décès seul.

Pour les assurés âgés de 65 à moins de 75 ans à la date d'adhésion, la somme des montants à assurer est limitée à **150 000 euros**. Par ailleurs, le cumul de ces montants et des capitaux précédemment assurés encore sous garantie (adhésions antérieures à 65 ans) ne peut dépasser **200 000 euros**.

4.1.3 Précisions sur la couverture "Enseignants"

Cette couverture est réservée aux personnels enseignants et leurs co-emprunteurs, sous réserve qu'ils exercent une activité salariée. Cette garantie est réservée aux prêts immobiliers accordés aux emprunteurs de la Caisse du Crédit Mutuel Enseignants et n'est pas accessible pour les contrats commercialisés via le web. Dans le cadre de cette couverture, le co-emprunteur ne pourra être assuré en Incapacité Temporaire Totale de Travail que s'il exerce une activité salariée ainsi que dans le cadre de l'option Assurance Perte d'Emploi s'il exerce une activité professionnelle salariée éligible à cette garantie.

4.1.4 Précisions sur la couverture "Travailleurs Non Salariés"

Cette couverture est réservée aux **professionnels non salariés**. Elle n'est pas accessible pour les prêts étude et ceux commercialisés via le web.

4.2 Option disponible dans le contrat

Le contrat propose en option la garantie Assurance Perte d'Emploi (APE) en complément des couvertures suivantes :

Couvertures	APE
Sérénité	•
Confort	•
Tranquillité	•
Sécurité	•
Enseignants*	•
Travailleurs Non Salariés	

* Option accessible au co-emprunteur qui exerce une activité professionnelle salariée éligible à ladite option.

Cette option peut être souscrite à hauteur d'une quotité comprise, par prêt assuré toutes têtes confondues, entre 20 % et 75 % dans le cadre des prêts à l'habitat et entre 20 % et 50 % dans le cadre des prêts à la consommation. La quotité de l'Assurance Perte d'Emploi ne peut en aucun cas être supérieure à la quotité de la garantie Décès. Le choix d'une quotité est définitif pour toute la durée du prêt. Dans le cadre des contrats commercialisés via le web, en garantie d'un crédit immobilier, la quotité est automatiquement déterminée en fonction de la quotité choisie par l'assuré pour la garantie Décès et ne peut être supérieure à 75 % par prêt assuré toutes têtes assurées confondues.

Cette option n'est pas accessible dans le cadre des contrats commercialisés via le web en garantie d'un crédit à la consommation.

II. L'adhésion au contrat Prévi-Crédits Particuliers

1 Conditions et formalités d'adhésion

1.1 Conditions d'adhésion

Peuvent être admises à l'assurance les personnes physiques emprunteur, co-emprunteur, ou caution réunissant les critères suivants, à la date de signature de la demande d'adhésion :

- être âgé de plus de 18 ans,
- être majeur capable,
- être âgé de moins de 75 ans pour la garantie Décès,
- être âgé de moins de 65 ans pour les garanties PTIA*, ITT, IPP et IPT,
- être âgé de moins de 60 ans pour la garantie IP,
- résider en France métropolitaine (y compris DOM et Corse), en Nouvelle Calédonie, en Polynésie Française, à Monaco ou au Luxembourg,
- exercer une activité professionnelle procurant gain ou profit pour bénéficiaire des garanties ITT et IP.

** Pour la couverture "Sécurité", l'âge limite d'adhésion à la PTIA est porté à 66 ans inclus (veille du 67^e anniversaire).*

Dans le cadre des contrats commercialisés via le web, le montant maximum des prêts assurés est de 25 000 euros en garantie d'un crédit à la consommation.

Conditions d'adhésion spécifiques à l'option Assurance Perte d'Emploi

Peuvent être assurés dans le cadre de l'option Assurance Perte d'Emploi, l'emprunteur ou le co-emprunteur dès lors qu'ils réunissent chacun, à la date d'acceptation de l'offre de prêt, toutes les conditions suivantes :

- être âgé de moins de 55 ans,
- être titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée, dans le cadre d'un emploi non saisonnier ou non temporaire, chez un employeur ou dans une entreprise ne faisant pas l'objet d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire,
- ne pas faire l'objet d'une procédure de licenciement dont il aurait été informé à titre individuel ou collectif,
- être susceptible de bénéficier de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi versée par le Pôle emploi en cas de chômage,
- ne pas être en chômage partiel ou technique, démissionnaire, en pré-retraite, ne pas avoir été désigné ou ne pas avoir postulé pour un départ dans le cadre d'un contrat de solidarité,
- ne pas avoir de lien familial avec son employeur, personne physique ou les dirigeants d'entreprise qui l'emploient (ascendants, descendants, collatéraux, conjoint, concubin, partenaire d'un pacte civil de solidarité).

Cette option n'est pas ouverte aux cautions, ni au mandataire social d'une personne morale emprunteur. **La demande d'adhésion doit être formulée au plus tard à la date d'acceptation de l'offre de prêt.**

1.2 Formalités d'adhésion

L'assuré doit renseigner et signer la demande d'adhésion. Il doit se soumettre aux formalités médicales le concernant.

L'article L. 113-8 du Code des assurances précise que l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, même si le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'assuré doit faire preuve de la plus grande sincérité et exactitude dans les réponses apportées à la déclaration de santé ou aux questionnaires de santé qui peuvent être complétés en ligne ou adressés directement au Médecin Conseil de la société Suravenir dans une enveloppe comportant

la mention "CONFIDENTIEL MÉDICAL". La durée de validité des déclarations de santé est de quatre mois. Au-delà de ce délai, l'assuré devra compléter une nouvelle déclaration de santé.

L'assureur se prononcera sur l'acceptation ou le refus du risque soumis, dans les conditions énoncées au point II.2.1.

L'assureur se réserve le droit de demander tout complément d'information qu'il jugera nécessaire à l'étude du dossier.

2 Durée des garanties

2.1 Prise d'effet des garanties

Dès que l'emprunteur a rempli et signé sa demande d'adhésion et sous réserve de son acceptation par l'assureur formalisée dans un certificat de garantie, les garanties prennent effet :

- à la date d'acceptation par l'emprunteur de l'offre de prêt. Néanmoins, si la date d'acceptation de l'offre de prêt est antérieure à la **date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie**, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet,
- à la date d'acceptation par l'emprunteur du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit est antérieure à la **date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie**, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet.

En tout état de cause, les garanties (y compris pour l'option Assurance Perte d'Emploi) ne prendront effet qu'à compter de l'encaissement effectif par l'assureur de la première cotisation.

L'assureur se réserve la possibilité de notifier à l'emprunteur des conditions d'acceptation à l'assurance avec réserves, exclusions ou majoration de cotisations. La décision pourra être ajournée. Dans ce cas, l'intéressé pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué. Dans l'attente, il n'est pas couvert par l'assurance.

L'assureur peut également refuser la demande d'adhésion qui lui est présentée.

Le certificat de garantie remis à l'assuré devra être signé par ses soins dans un délai maximum de quatre mois, la date limite figurant sur ce certificat de garantie. À défaut, en cas de refus ou de non réponse de l'assuré dans ce délai de quatre mois, l'adhésion à l'assurance ne pourra prendre effet, et il sera nécessaire d'effectuer une nouvelle demande d'adhésion.

ATTENTION L'assuré devra signaler à l'assureur toute modification de son état de santé pouvant intervenir entre la date de signature de la déclaration de santé et la date de signature du certificat de garantie.

Tant que l'assureur n'a pas pris de décision sur la demande d'adhésion, et sous réserve de l'acceptation de l'offre de prêt par l'emprunteur, ce dernier bénéficie d'une garantie provisoire en cas de décès accidentel (l'accident étant défini au paragraphe I.3 - Exclusions).

Cette garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion à l'assurance, et au plus tôt à la date d'acceptation par l'emprunteur de l'offre de prêt. Cette garantie est limitée à deux mois et prend fin au plus tard à la date de signature du certificat de garantie par l'assuré.

Pour les adhésions en cours de prêt : les garanties prennent effet à la date d'acceptation du certificat de garantie par l'assuré, notifiant les conditions d'acceptation à l'assurance, sous réserve de l'encaissement effectif par l'assureur de la première cotisation.

Toute modification des garanties prendra effet à la date de signature par l'assuré de l'avenant correspondant.

2.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'extinction normale ou anticipée de l'opération de crédit ou,
- à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure sauf accord express de l'assureur pour la poursuite des garanties ou,
- en cas de non-paiement des cotisations (cf. paragraphe II.3) ou,
- en cas de résiliation de l'assurance ou,
- le jour où l'assuré admis comme représentant ou associé d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de la société adhérente,
- en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre.

Et au plus tard :

- pour le risque décès : le 31 décembre de l'année du 80^e anniversaire de l'assuré et au plus tard 10 ans après sa date d'effet pour les adhérents âgés de 65 ans ou plus à l'adhésion,
- pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : le 31 décembre de l'année du 67^e anniversaire de l'assuré,
- pour les risques Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Spécifique AERAS : à la date de liquidation de la pension de retraite dans un régime obligatoire quelle qu'en soit la cause, et au plus tard le 31 décembre de l'année du 67^e anniversaire de l'assuré.

PARTICULARITÉ Lorsque les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Spécifique AERAS cessent, l'intégralité de la cotisation payée par l'assuré est affectée à la couverture de la garantie Décès.

- pour le risque Perte d'Emploi : lorsque l'assuré fait valoir ses droits à la retraite dans un régime obligatoire ou, lorsque l'assuré a atteint la durée maximale d'indemnisation précisée au point I.2.2.8, et au plus tard, le 31 décembre de l'année du 60^e anniversaire de l'assuré.

3 Cotisation

Le montant de la cotisation est précisé par l'organisme de crédit lors de la demande de prêt ou sur le certificat de garantie qui est remis à l'assuré. À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, l'assureur adressera à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties trente jours plus tard. Après un nouveau délai de dix jours, l'assureur résiliera de plein droit le contrat. En outre, il pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

4 Crédit faisant l'objet d'une procédure contentieuse

En cas de défaillance de l'emprunteur et/ou d'exigibilité de la créance par l'organisme de crédit, les garanties d'assurance sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation.

En cas de sinistre, la prise en charge porte conformément au tableau d'amortissement initial :

- en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : uniquement sur le capital restant dû à l'organisme de crédit au jour du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS : sur le montant assuré des échéances.

En aucun cas les échéances en retard de paiement et les intérêts de retard quels qu'ils soient ne pourront donner lieu à indemnisation par l'assurance.

5 Modification et résiliation du contrat

5.1 Modification des garanties

L'assuré peut modifier ses garanties d'assurance dans des conditions qui lui seront précisées à sa demande par son organisme de crédit.

5.2 Résiliation du contrat

5.2.1 Lorsque le contrat d'assurance garantit un crédit immobilier

Conformément à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'assuré a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion dans les 12 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt. Pour ce faire, il doit adresser à l'assureur sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard 15 jours avant le terme des 12 mois. Il doit également notifier à l'assureur par lettre recommandée la décision du prêteur d'acceptation ou de refus d'un autre contrat d'assurance présenté en substitution, ainsi que la date d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation de l'adhésion prendra effet 10 jours après la réception par l'assureur de la décision du prêteur, ou si elle est postérieure, à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur. En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

5.2.2 Lorsque le contrat d'assurance garantit d'autres contrats de crédit

L'adhérent a la possibilité de mettre fin à son adhésion le 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur au moins deux mois avant cette date. Le délai commence à courir à compter de la date de réception du courrier par l'assureur.

6 Renonciation

En cas de démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, l'assuré, qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

En cas de vente à distance, l'assuré a la faculté de renoncer à l'assurance dans un délai de 14 jours calendaires suivant la date de signature du contrat.

En cas de demande expresse de l'assuré d'exécution immédiate du contrat avant l'expiration du délai de 14 jours, l'assureur procédera au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Dans les deux cas, la renonciation à l'adhésion doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur à l'adresse suivante : 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : *“Je soussigné(e) (nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance Prévi-Crédits Particuliers n° 5034, que j'ai conclu le ... Fait à ..., le ... Signature”*.

III. Les formalités en cas de sinistre

1 La déclaration et les pièces à fournir

Tout événement susceptible de mettre en jeu l'assurance doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les **quatre** mois de sa survenance pour les garanties Décès, PTIA, ITT, IP, IPP et IPT, et au plus tard, dans les 180 jours suivant le 1^{er} jour d'indemnisation continue par le Pôle emploi pour les sinistres relatifs à l'option Assurance Perte d'Emploi.

Le sinistre doit être déclaré à l'adresse suivante :

Service Indemnisation Prévoyance

TSA 31706

35917 Rennes cedex 9

Téléphone : 09 69 32 34 04

Courriel : declaration-emprunteur@suravenir.fr

En cas de réalisation du risque	Quelles pièces fournir ?
Dans tous les cas	Le certificat de garantie et les avenants éventuels signés par l'assuré.
Décès	<ul style="list-style-type: none">- Un acte de décès ou un extrait d'acte de naissance.- Un certificat médical constatant la date du décès et indiquant, si possible, la nature de la pathologie ayant entraîné le décès.- Toutes pièces relatant les circonstances en cas d'accident.- Un questionnaire remis par l'assureur.
PTIA	<ul style="list-style-type: none">- Un certificat médical détaillé. <p><i>La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera appréciée par expertise médicale.</i></p>
ITT Standard	<ul style="list-style-type: none">- Un formulaire fourni par l'assureur à compléter par le médecin de l'assuré et précisant notamment la nature et la date de la première constatation de la maladie ou de survenance de l'accident, le point de départ de l'arrêt de travail ou d'activité et sa durée probable.- Pour les assurés salariés, les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance. À défaut de perception d'indemnités journalières, une attestation de l'employeur.- Pour les non-salariés, les certificats médicaux constatant l'arrêt de travail.- Le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation.
ITT "Enseignants"	<ul style="list-style-type: none">- Les pièces prévues dans en cas d'Incapacité Totale de Travail dans le cadre des formules Standard.- Les bulletins de salaire des 12 mois précédant l'arrêt de travail.- Les bulletins de salaire de la période indemnisée.- Les justificatifs des revenus de substitution (cf. point I.2.2.4).- Toutes pièces nécessaires au calcul de la prestation.
IP "Travailleurs Non Salariés"	<ul style="list-style-type: none">- Les pièces prévues en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre des formules Standard.- Les certificats médicaux constatant l'arrêt de travail.
IPP / IPT	<ul style="list-style-type: none">- Les notifications de la Sécurité sociale si l'assuré a la qualité d'assuré social.- Une constatation médicale pour les non-salariés.
IS AERAS	<ul style="list-style-type: none">- Un certificat médical détaillé.- Un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés.- Un congé de longue maladie pour les fonctionnaires.- Une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.
APE	<ul style="list-style-type: none">- La lettre de licenciement.- La notification du Pôle emploi.- Les avis de paiement du Pôle emploi.- Le contrat de travail en vigueur au jour de l'adhésion et au jour du sinistre.- Une attestation à faire compléter par l'employeur (document à réclamer à l'organisme de crédit).

L'assureur pourra compléter le dossier par la demande de tout document qu'il jugera nécessaire pour établir son obligation.

Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites et que les demandes de renseignements de l'assureur sont restées sans réponse, aucune prestation n'est exigible.

En cas de déclaration de sinistre au-delà des délais indiqués ci-dessus, l'indemnisation interviendra au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

2 L'expertise médicale et le contrôle

À toute époque les médecins, agents et délégués mandatés par l'assureur devront pouvoir contrôler l'état de santé de l'assuré atteint d'incapacité ou d'invalidité. À défaut, aucune prestation n'est exigible. Le médecin traitant de l'assuré a toujours la faculté d'assister à la visite du médecin délégué par l'assureur.

En cas de contestation, les parties s'engagent à n'avoir recours à la voie judiciaire qu'après une expertise d'arbitrage amiable effectuée par un médecin délégué et désigné d'un commun accord. Les frais seront alors supportés pour moitié par les deux parties.

IV. Autres dispositions

1 Loi applicable et langue utilisée

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles.

La langue utilisée dans les relations contractuelles entre l'assureur et l'assuré est la langue française.

2 Fonds de garantie des assurances de personnes

L'assureur contribue annuellement aux ressources du Fonds de garantie des assurances de personnes.

3 Informations fournies

Les informations fournies sont valables pendant la durée effective du contrat, sous réserve de l'émission de tout nouvel avenant collectif ou individuel.

4 Réclamations

Pour toute réclamation relative à son adhésion, l'adhérent doit consulter dans un premier temps son conseiller mandataire. Dans un deuxième temps, si la réponse ne le satisfait pas, il peut adresser ses réclamations au siège social de Suravenir - 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9. Si le désaccord persiste après la réponse définitive donnée par Suravenir, l'adhérent pourra demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en saisissant directement sa demande sur www.mediation-assurance.org ou par courrier postal adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 9. Par ailleurs, l'adhérent peut aussi accéder à la plateforme européenne de Résolution en Ligne des Litiges à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

5 Prescription

Toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, ou l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

En outre, la prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

6 Lutte contre le blanchiment

Les compagnies d'assurance sont assujetties à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les sommes versées au titre de ce contrat ne doivent pas avoir d'origine délictueuse et doivent être conformes aux dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104, codifiées aux articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application. Le contrat Prévi-Crédits Particuliers entrant dans le cadre des contrats présentant un risque faible de blanchiment (art. R. 561-6-1 du CMF), il peut bénéficier de mesures d'identification et de connaissance allégées des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

En application du cadre légal et réglementaire, l'assureur se réserve la faculté de vérifier, ou de faire vérifier par ses intermédiaires distributeurs, l'origine des fonds et, d'une manière générale, les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

Parmi les dispositions particulières applicables, il est précisé :

- que l'assureur n'accepte pas les opérations en espèces.

L'assuré, dès son adhésion et pour toute la durée de son contrat, s'engage à :

- respecter strictement la réglementation sur la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- se conformer aux obligations réglementaires et prudentielles qui en résultent pour l'assureur et pour lui-même,
- permettre à l'assureur et à son courtier de respecter leurs propres obligations réglementaires en leur fournissant, à la première demande de l'un ou de l'autre toute pièce justificative qui serait nécessaire à :
 - l'identification des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou, de représenter l'assuré,
 - à la connaissance de l'origine ou de la destination économique et financière des fonds.

Informatiques et libertés

Les données à caractère personnel recueillies à l'occasion de l'adhésion et de la gestion du présent contrat sont nécessaires au traitement du dossier de l'assuré.

Le responsable du traitement de ces données à caractère personnel est Suravenir qui les utilise principalement pour les finalités suivantes : la gestion des contrats d'assurance-vie, des actions commerciales, les études actuarielles, l'évaluation du risque, le respect de ses obligations en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'assuré peut exercer son droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de Suravenir, de Suravenir Assurances, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou co-assureurs, de toute entité du groupe Crédit Mutuel Arkéa.

L'assuré accepte que les données le concernant leur soient transmises pour les besoins du traitement de son dossier.

Par ailleurs, les données à caractère personnel relatives à l'assuré peuvent également être transmises à toute instance gouvernementale ou de contrôle afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à l'assureur.

Enfin, dans le cadre de son droit d'accès, l'assuré peut obtenir, par courrier adressé à l'assureur, une copie des données à caractère personnel le concernant.

Le droit d'accès, d'opposition ou de rectification de l'assuré peut être exercé auprès de l'assureur à l'adresse suivante : 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9.

Information assurance emprunteur

Information non contractuelle élaborée dans le cadre de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) révisée le 2 septembre 2015.

Lorsque vous empruntez de l'argent à un organisme financier, celui-ci vous demande d'adhérer à une assurance de groupe qui, en cas d'accident ou de maladie, couvre les risques de décès et le plus souvent, d'invalidité ou d'incapacité de travail pouvant vous empêcher de rembourser vos échéances.

Cette assurance emprunteur est un élément clef de protection pour vous et votre famille. Elle permet, dans les circonstances difficiles évoquées ci-dessus, de conserver le bien que vous avez acheté et d'éviter de transmettre la dette à vos héritiers en cas de décès.

Afin d'améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé, une nouvelle convention a été signée entre l'État, la profession bancaire, la profession de l'assurance, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées. Elle comporte des règles relatives au respect de la confidentialité des informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes, ainsi qu'un dispositif particulier pour favoriser l'accès à l'assurance des personnes qui présentent un risque aggravé de santé.

Prenez le temps de lire et d'étudier les documents qui vous sont remis à l'occasion d'une demande de prêt. N'hésitez pas à demander des précisions à votre organisme financier.

Information et confidentialité

L'assurance de groupe qui répond à votre besoin de garantie et à celui du prêteur présente de nombreux avantages pour le client :

- les formalités d'adhésion sont simples,
- les risques sont mutualisés, c'est-à-dire répartis entre tous les emprunteurs ayant adhéré au contrat d'assurance de groupe,
- les coûts sont réduits car il s'agit d'un contrat collectif assurant un grand nombre de personnes.

Une obligation d'information réciproque

Quel que soit le contenu du contrat d'assurance emprunteur, il incombe à l'organisme financier de vous donner toutes les informations nécessaires sur les garanties et leurs coûts. Il vous remettra à cet effet, la notice du contrat décrivant les risques garantis, les modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de sinistre. Les conditions définies dans cette notice restent valables pendant toute la durée du prêt.

Vous pouvez également, lors de la démarche d'assurance, demander l'assistance du référent AERAS qui pourra vous répondre directement. Ses coordonnées vous seront communiquées sur simple demande de votre part.

De votre côté, vous devez de communiquer à l'assureur un certain nombre d'informations qui lui sont indispensables pour l'appréciation du risque qu'il prend en charge.

Vous aurez ainsi à répondre à un questionnaire sur votre état de santé, à l'aide d'un imprimé que vous signerez. Vous devez veiller à répondre vous-même, complètement et avec la plus grande exactitude, car vos déclarations vous engagent.

En effet, s'il y a une fausse déclaration intentionnelle de votre part, l'assureur est en droit de constater, sur la base de l'article L. 113-8 du Code des assurances, la nullité du contrat et d'en tirer les conséquences. Cela signifie, qu'en cas de sinistre, l'assureur ne prendra pas en charge les échéances avec toutes les conséquences financières que cela peut entraîner pour vous-même et votre famille. Ne prenez pas ce risque.

Un droit à une confidentialité préservée

La convention AERAS réaffirme clairement l'obligation de confidentialité des informations personnelles concernant votre santé. Les informations que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel et sont conservées dans le respect des principes posés par la commission nationale informatique et libertés (CNIL).

L'organisme auprès duquel vous constituez votre dossier de prêt préserve la confidentialité des pièces transmises, au même titre que l'assureur.

Ainsi, votre interlocuteur vous remettra un questionnaire de santé et deux enveloppes, l'une cachetée destinée au médecin-conseil de l'assurance, l'autre (plus grande) au service compétent de l'établissement de crédit.

Qu'il s'agisse d'un formulaire papier ou informatique sécurisé, il vous sera proposé de remplir le questionnaire, seul, soit sur place, soit à votre domicile. Toujours par souci de confidentialité, votre conseiller bancaire ne vous assistera qu'à votre demande.

Si vous souhaitez que vos réponses ne soient connues que du médecin-conseil, vous glisserez votre questionnaire sur votre état de santé, dûment rempli, dans l'enveloppe cachetée. Ensuite, vous insérerez cette enveloppe dans l'enveloppe destinée au service compétent de l'établissement de crédit.

Si vous estimez que vos réponses ne nécessitent pas une telle précaution, vous glisserez votre questionnaire sur votre état de santé, dûment rempli, dans l'enveloppe destinée au service compétent de l'établissement de crédit.

Lorsque l'assurance vous est refusée, vous pouvez, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, prendre contact par courrier avec le médecin conseil de l'assureur pour obtenir des précisions sur les raisons médicales du refus.

Comment fonctionne le dispositif, quels sont les types de prêts concernés ?

• Les prêts au logement et les prêts professionnels

Lorsque vous formulez une demande de prêt immobilier, une réponse vous sera apportée dans un délai global de 5 semaines à compter de la réception de votre dossier **complet**, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur à compter de la réception de l'ensemble des pièces et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition d'assurance.

Pour ces prêts, la convention prévoit un dispositif d'examen approfondi de la demande d'assurance. Cet examen comporte trois niveaux :

Les différents niveaux d'examens

Si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré par le contrat standard de **1^{er} niveau**, votre dossier sera automatiquement examiné, sans demande particulière de votre part, à un **2^e niveau** par un service médical spécialisé.

Si, à l'issue de l'examen de **2^e niveau**, une proposition d'assurance ne peut pas vous être établie, votre dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de votre part, à un **3^e niveau**, dans la mesure où il répond aux conditions suivantes :

- l'encours cumulé de prêt ne dépasse pas 320 000 euros. En cas d'achat d'une résidence principale, ce montant ne tient pas compte des crédits relais,
- l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Les examens au 2^e niveau et au 3^e niveau s'appliquent lorsque la demande concerne une personne présentant un risque aggravé ou très aggravé de santé. Par rapport à un contrat standard, le tarif sera peut-être plus important, et/ou les garanties parfois limitées.

Malgré ce dispositif, certaines personnes ne peuvent pas être assurées car le risque lié à leur état de santé ne présente pas de caractère suffisamment aléatoire. Si vous êtes dans ce cas, l'établissement de crédit examinera avec vous les possibilités de garanties alternatives à l'assurance.

Il peut s'agir, par exemple :

- du recours à un contrat spécifique,
- du transfert au profit du prêteur des garanties souscrites dans le cadre d'un contrat d'assurance-vie,
- du nantissement d'un capital dont vous pourriez disposer par ailleurs (bons de capitalisation...),
- du recours à d'autres sûretés, telles que le nantissement d'un portefeuille de valeurs mobilières, la caution ou le gage.

Lorsque la couverture du risque invalidité est possible, les assureurs s'engagent à proposer une **garantie Invalidité Spécifique AERAS**.

Une aide pour les revenus modestes

Pour l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels, dans la limite de 320 000 euros cumulés pour les assurés ayant au plus 70 ans en fin de prêt, un mécanisme de mutualisation est mis en place à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit. Les cotisations demandées aux personnes disposant de revenus inférieurs à des seuils prévus par la convention (par référence au plafond annuel de la Sécurité sociale) ne peuvent représenter plus de 1,4 point du taux effectif global de l'emprunt. Au-delà, la fraction de la surprime est prise en charge grâce à ce mécanisme.

Droit à l'oubli

1 Critères relatifs à votre projet

Pour que vous puissiez bénéficier du dispositif mentionné au point 2 ci-dessous, il est nécessaire que :

- votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel,
- votre demande d'assurance porte sur :
 - un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 euros,
 - un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 euros après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie,
- votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^e anniversaire.

2 Il convient de distinguer deux dispositifs applicables selon votre situation

2.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions

Si votre projet réunit les critères définis au point 1 ci-dessus, vous pourrez bénéficier des dispositions du "droit à l'oubli" :

- a) lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée avant vos 18 ans :
- si la date de fin du protocole thérapeutique⁽¹⁾ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance,
 - et s'il n'a pas été constaté de rechute⁽²⁾ de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

Ou bien

- b) lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans :

- si la date de fin du protocole thérapeutique⁽¹⁾ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance,
- et s'il n'a pas été constaté de rechute⁽²⁾ de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

Si votre projet réunit les critères mentionnés au point 1 et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées point 2.1, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent. En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au point 2.1 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

2.2 L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence

La grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au point 1, que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au 2 et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, alors **vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards.**

Vos droits : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée si la date de fin du protocole thérapeutique⁽¹⁾ remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert.

Evolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence de pathologies a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la convention AERAS, qui publie également le programme de travail AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence de pathologies pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de "droit à l'oubli" inférieurs à ceux mentionnés au point 2.1.

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique "droit à l'oubli" sur le site internet officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

(1) Ce que l'on entend par "date de fin du protocole thérapeutique" : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

(2) Ce que l'on entend par "rechute" : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

Les prêts à la consommation

Si vous souhaitez un crédit à la consommation destiné à un achat précis (objet du prêt spécifié dans l'acte ou justificatif à fournir éventuellement à la banque), vous pourrez bénéficier d'une assurance sans avoir à remplir un questionnaire de santé, sous réserve de respecter les conditions suivantes :

- vous êtes âgé au maximum de **50 ans** à l'adhésion,
- la durée de crédit est inférieure ou égale à **4 ans** (différé de remboursement éventuellement inclus),
- le montant cumulé de vos crédits entrant dans cette catégorie ne dépasse pas **17 000 euros**.

En revanche, les découverts ou les crédits renouvelables, même s'ils sont souscrits en vue d'un achat précis, n'entrent pas dans la catégorie des crédits à la consommation décrite ci-dessus.

Que faire en cas de litige ?

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS, tels qu'ils sont décrits dans le texte de la convention, n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez faire appel à une commission de médiation. Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises. Elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend en favorisant le dialogue entre votre médecin et le médecin-conseil de l'assureur.

Pour déposer un recours auprès de la commission de médiation, vous devez écrire à l'adresse suivante en joignant des copies de tous les documents utiles :

Commission de médiation de la convention AERAS

61 rue Taitbout
75009 Paris

Vous pouvez trouver le texte intégral de la convention AERAS sur le site : www.aeras-infos.fr.

Lexique

Accident : se définit comme résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté de l'assuré.

Adhérent : personne physique ou morale, ayant souscrit un prêt et qui paie les cotisations. L'assuré et l'adhérent peuvent être la même personne.

Affection : toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (accident/maladie).

Ajournement : refus d'assurance fixé pour une période donnée, avec réexamen possible de la demande d'assurance à l'issue de la période considérée.

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

Caution : personne physique ou dirigeant de droit ou associé d'une personne morale qui s'engage à rembourser l'organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir.

Certificat de garantie : document contractuel confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise notamment la formule de garanties et l'option choisies, la personne assurée, le montant des cotisations et, le cas échéant, les éventuelles conditions particulières.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

Convention Aeras (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Délai de carence : période qui démarre à la date d'effet de l'adhésion au contrat et pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de sinistre. Si le sinistre survient pendant ce délai, il ne donnera lieu à aucune prestation, même après expiration de cette période (ne pas confondre avec le délai de franchise).

Demande d'adhésion : c'est le document qui est complété par l'emprunteur, le co-emprunteur ou la caution lors de l'adhésion à l'assurance. La demande d'adhésion précise les caractéristiques de l'assurance : le montant du prêt, le choix des garanties, les quotités...

Exclusions : ce sont les limites de la garantie. Les exclusions peuvent être :
- générales, lorsqu'elles sont attachées à une garantie,
- particulières, lorsqu'elles sont fonction de l'état de santé de l'adhérent.

Franchise : c'est la période d'arrêt de travail, d'activité ou de chômage pendant laquelle l'assuré ne pourra pas être indemnisé.

Quotité : quote-part, exprimée en pourcentage et appliquée au montant du prêt, pour déterminer le montant assuré. À titre d'exemple, si l'assuré emprunte 20 000 euros et choisit une quotité de 50 %, le montant assuré sera de 10 000 euros. Pour chaque prêt, la quotité assurée ne peut dépasser 100 %



Avec Prévi-Crédits Particuliers, empruntez en toute sérénité !



UNE FILIALE DU Crédit Mutuel **ARKEA**

Siège social :
232, rue Général Paulet
BP 103 - 29802 Brest cedex 9
www.suravenir.fr

*Société anonyme à directoire et conseil de surveillance
au capital entièrement libéré de 420 000 000 euros.
SIREN 330 033 127 RCS Brest.*



UNE FILIALE DU Crédit Mutuel **ARKEA**

Siège social :
2, rue Vasco de Gama
Saint-Herblain
44931 Nantes cedex 9

*Société anonyme au capital entièrement
libéré de 38 265 920 euros.
SIREN 343 142 659 RCS Nantes.*

Suravenir et Suravenir Assurances sont des entreprises régies par le Code des assurances et sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9).