

NOTICE CUBE ASSURANCE EMPRUNTEUR ALLIANZ N° 5313

Notice relative au contrat d'assurance de groupe N°5313 souscrit auprès d'Allianz Vie – SA au capital de 643.054.425 euros – 340 234 962 RCS Paris – Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social : 87 rue Richelieu - 75002 PARIS, Allianz – Direction des Opérations Collectives – Emprunteurs – TSA 31007 – 67018 Strasbourg Cedex dénommée l'assureur, par l'association AGRS, dénommée la Contractante.

Article 1 : Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir :

- Option 1 le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie,
- Option 2 le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que le versement de prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale,
- Option 3 le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que le versement de prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle,
- Option 4 le remboursement d'un prêt professionnel en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie si vous êtes pharmacien titulaire d'une officine ou pharmacien propriétaire d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Article 2 : Groupe assuré

Vous êtes admissible si vous êtes emprunteur, co-emprunteur, ou caution pour le compte d'une personne morale ou physique.

Sont admissibles aux garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle, les personnes physiques dont la résidence principale est située en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco.

Si l'emprunteur est une personne morale, peut être admise à l'assurance toute personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de l'entreprise. Son siège social ou son établissement doit être situé en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco.

Vous devez être âgé de moins de 75 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

Si vous êtes âgé de 59 ans ou plus, ou si vous vous portez caution pour le compte d'une personne physique, l'adhésion n'est possible que pour l'option 1, ou 4 si vous êtes pharmacien titulaire d'une officine ou pharmacien propriétaire d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Dans tous les cas, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Une réduction tarifaire est effectuée pour les prêts assurés dans le présent contrat sur plus d'une tête. Si la réduction a été accordée à tort, les cotisations peuvent faire l'objet d'un ajustement tarifaire.

Article 3 : Caractéristiques des prêts assurables

Sont assurables les prêts libellés en euros rédigés en français, et souscrits auprès d'un établissement de crédit situé en France ou à Monaco, amortissables ou non-amortissables, destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel d'un montant minimum de 17 000 euros.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco.

La durée des prêts, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 35 ans.

Article 4 : Limitation des garanties

Le montant maximum du capital qui peut être assuré par personne est limité à 3 000 000 euros, y compris les capitaux restant dus déjà assurés au titre du contrat Allianz N° 5313, au jour de la signature de la nouvelle demande d'adhésion.

Pluralité d'assurés : Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt, emprunteur, co-emprunteur, caution, l'assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100%.

Article 5 : Adhésion à l'assurance

Pour adhérer à l'assurance, vous devez :

- remplir et signer la demande d'adhésion,
- justifier de votre état de santé en vous soumettant aux formalités fixées par l'assureur.

Les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles demandées par l'assureur sont pris en charge par l'assureur.

Ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations complémentaires de l'assureur sont à votre charge.

Pour pouvoir souscrire aux options 2 ou 3, vous devez exercer une activité professionnelle fiscalement déclarée, ou pour les conjoints non salariés d'artisans, de commerçants ou de personnes exerçant une activité libérale, apporter, en votre qualité de co-emprunteur, une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal, et être officiellement déclarés « conjoint de collaborateur » par tout document officiel tel que K bis ou extrait d'assemblée générale. A défaut, seule l'option 1 peut être demandée.

Pour pouvoir souscrire à l'option 4, vous devez exercer la profession de pharmacien telle que définie par les articles L4221-1 et suivants du Code de la santé publique et être titulaire d'une officine de pharmacie ou propriétaire de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Si vous bénéficiez du tarif non-fumeur, vous êtes tenu d'informer l'assureur si vous vous mettez à fumer en cours de contrat, même occasionnellement.

L'assureur se réserve le droit de subordonner son acceptation à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Il peut :

- accepter la demande :
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
 - sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties,
- refuser la demande.

Une fois admis à l'assurance, vous êtes tenu d'informer l'assureur de toute modification relative à l'amortissement du prêt, dans un délai de trois mois. Au-delà, toute modification non signalée ne sera pas opposable et aucun remboursement des cotisations ne sera dû.

L'assureur et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS.

¹ : départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

² : collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

La garantie invalidité spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'assureur.

Un dispositif d'écrêtement des primes d'assurance est prévu par la convention AERAS. Les conditions d'éligibilité à cet écrêtement seront rappelées, le cas échéant, dans les conditions spécifiques à l'adhésion.

Article 6 : Bénéficiaire de l'assurance

6.1. Bénéfice de l'assurance à concurrence des sommes dues au prêteur.

Le bénéfice de l'assurance est attribué au prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues.

L'organisme prêteur est réputé être bénéficiaire acceptant. Toute demande de modification de garantie et/ou de bénéficiaire de la part de l'assuré doit faire l'objet d'un accord préalable du dit bénéficiaire.

6.2. Bénéfice de l'assurance pour le montant excédentaire en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré avant le déblocage total des fonds ou si le capital restant dû indiqué sur le dernier tableau d'amortissement transmis à l'assureur est supérieur au capital restant dû réel à la date du sinistre.

Dans ce cas, le montant excédentaire sera réglé, sauf désignation particulière, par ordre de préférence selon la clause type ci-après :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps ou lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

La désignation particulière peut être effectuée par acte sous seing privé (lettre recommandée adressée à l'assureur) ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez mentionner les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès.

A tout moment, vous pouvez modifier la désignation contractuelle, ci-dessus, et désigner toute personne physique ou morale de votre choix. Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation tacite de ce dernier.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause type est applicable.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le montant excédentaire sera directement versé à l'assuré.

Article 7 : Prise d'effet des garanties

Une garantie en cas de décès par accident est acquise gratuitement pendant quatre-vingt-dix jours à compter de la signature de la demande d'adhésion. Cette garantie est limitée à 150 000 euros et dans la limite du capital emprunté affecté de la quotité assurée, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance. Si, après examen des pièces médicales fournies, l'assureur se prononce pour le refus de l'adhésion du postulant, la couverture des risques accidentels cesse de plein droit au jour de la signification du refus au postulant. Cette garantie cesse en cas de refus de votre part d'accepter les conditions d'adhésion.

L'accident est défini comme une atteinte corporelle résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, fortuite et indépendante de votre volonté.

Les garanties prennent effet au plus tôt, à la date d'acceptation du risque par l'assureur indiquée sur l'attestation d'assurance.

Vous pouvez cependant choisir comme date de prise d'effet des garanties :

- ◆ soit la date d'acceptation de l'offre ou de la signature du contrat de prêt,
- ◆ soit la date d'accord du prêt,
- ◆ soit la date de premier déblocage des fonds.

Dans ce cas, vous devez préciser la date choisie sur la demande d'adhésion.

La date choisie ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'assureur, ni être modifiée après l'édition de l'attestation d'assurance.

L'assurance est accordée, à compter de la date d'effet précisée sur l'attestation d'assurance, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée le 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction sous réserve des dispositions prévues ci-après.

Article 8 : Base des garanties

Les garanties joueront conformément à l'échéancier porté à la connaissance de l'assureur et servant de base au calcul des cotisations, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

En cas de sinistre avant le prélèvement de la première cotisation, les prestations prévues au contrat sont versées sous déduction du montant de la cotisation due.

Aménagement du prêt en cas de remboursement anticipé partiel

En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties joueront conformément au nouvel échéancier porté à la connaissance de l'assureur, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

Article 9 : Garanties Décès

Montant de la prestation

En cas de décès de l'assuré avant le jour de son 85^{ème} anniversaire, l'assureur verse, à concurrence de la quotité assurée :

- le capital restant dû au jour du décès (si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès),
- les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès,
- le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en compte.

Fin de la garantie :

- le jour de votre 85^{ème} anniversaire de naissance,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- le jour où la déchéance du terme a été prononcée par le prêteur,
- le jour où cesse l'obligation de caution,

- à l'expiration de la période annuelle en cours, si la demande de résiliation est adressée, avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception, et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant,
- à l'expiration d'un délai de un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été débloqué par le prêteur sauf si la période de déblocage des fonds est couverte par un différé d'amortissement déclaré lors de la demande d'adhésion,
- en cas de paiement du capital prévu au titre de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie.

Risques exclus :

Risques de guerre

- Les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements dès lors que l'assuré y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle.

Autres risques

- Le suicide s'il survient au cours de la première année d'assurance, sauf pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du montant fixé par décret, 120 000 euros par décret du 28 mars 2002,
- Les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active,
- Les risques aériens : compétitions, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototype, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire. Par ailleurs, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne ne sont couverts que dans le cas où :
 - l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
 - les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol, et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires.
- Les conséquences de la participation de l'assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur.
- Les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés en l'absence de toute prescription médicale ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,

La pratique des sports à risque cités ci-dessous n'est pas garantie dans le contrat. Toutefois, lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement, c'est à dire au maximum une fois par an, et dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, la garantie est acquise si l'assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

- Le parapente ou le saut à l'élastique.

Rachat d'exclusions liées aux pratiques sportives : vous serez tenu de remplir un questionnaire spécifique qui sera soumis à l'appréciation de l'assureur qui aura la possibilité soit d'accepter le rachat d'exclusions au tarif de base, soit de l'accepter avec une sur-tarification, soit de le refuser. Dans l'hypothèse où vous souhaitez renoncer au rachat de la ou des exclusions, la résiliation ne pourra être effectuée qu'après réception chez CBP Solutions de l'accord préalable de l'organisme prêteur.

Article 10 : Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Définition

Vous êtes considéré en perte totale et irréversible d'autonomie au sens du contrat si :

- par suite de maladie ou d'accident avant le jour de votre 70^{ème} anniversaire de naissance, vous êtes reconnu, par le médecin conseil de l'assureur, totalement et définitivement incapable de vous livrer à aucune occupation ou aucun travail procurant gain ou profit,
- vous devez avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (selon grille AGGIR).

Cas particuliers des pharmaciens titulaires d'une officine ou propriétaires de laboratoire d'analyses de biologie médicale ayant souscrit l'option 4. Vous êtes également considéré en perte totale et irréversible d'autonomie si, par suite de maladie ou d'accident, vous êtes dans l'impossibilité, médicalement constatée, d'exercer votre profession de pharmacien suite à une décision du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens en application de l'article L 5125-21 du Code de la Santé Publique.

Montant de la prestation

L'assureur verse le capital défini à la garantie décès à la date de reconnaissance par le médecin conseil de l'assureur de votre perte totale et irréversible d'autonomie sans que cette date puisse être antérieure de plus de six mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de cette garantie.

Fin de la garantie :

- le jour de votre 70^{ème} anniversaire de naissance,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- le jour où la échéance du terme a été prononcée par le prêteur,
- le jour où cesse l'obligation de caution,
- à l'expiration de la période annuelle en cours, si la demande de résiliation est adressée, avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception, et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant,
- à l'expiration d'un délai de un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été débloqué par le prêteur sauf si la période de déblocage des fonds est couverte par un différé d'amortissement déclaré lors de la demande d'adhésion.

Risques exclus :

- Les exclusions prévues au titre de la garantie décès,
- Les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.
- Les maladies en évolution ou chroniques et les infirmités, constatées médicalement, dont l'Assuré était atteint au moment de son affiliation.
- Les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf lorsqu'il s'agit de sports – autres que sports comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur – que pratique l'assuré ou de compétitions sportives auxquelles il prend part, dans les deux cas en tant qu'amateur.

Article 11 : Garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Totale

11.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

Définition

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident, avant le jour de votre 67^{ème} anniversaire, vous êtes dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur d'exercer votre activité professionnelle ou toute recherche d'emploi, l'assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application du délai de franchise, le paiement des échéances du prêt figurant sur le dernier tableau d'amortissement que vous avez communiqué et venant à échéance, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail.

Vous devrez choisir entre trois délais de franchise lors de la demande d'adhésion : 30 jours, 90 jours ou 180 jours.

Ce délai de franchise court à partir du premier jour de chaque arrêt total de travail.

Prestations garanties

Si, à la date de l'incapacité temporaire totale de travail, le montant du prêt n'a pas encore été débloqué par le prêteur, la prise en charge intervient à la date de déblocage des fonds et au plus tôt à l'expiration de la franchise.

Lorsque l'arrêt de travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont limitées, à l'expiration de la franchise, aux seules échéances d'intérêts affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail. Pour les prêts non amortissables, l'assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, après application du délai de franchise, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la ou les dernières échéances d'intérêts, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail.

L'assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'assuré pendant son arrêt de travail ou moins de quatre-vingt-dix jours avant. Si l'arrêt de travail survient avant l'expiration du délai de quatre-vingt-dix jours, l'assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement précédent pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

Si le tableau d'amortissement qui sert à la détermination des cotisations ne correspond pas au tableau d'amortissement en cours au moment du sinistre, il est procédé à une régularisation des cotisations sur la base du tableau d'amortissement en cours.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus au prêteur ne seront pas pris en compte.

Les prestations au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail cessent à la date de consolidation prévue dans le cadre des garanties invalidité permanente partielle et invalidité permanente totale.

Reprise du travail

Toute reprise, même partielle, d'une activité professionnelle entraîne l'interruption du versement des prestations.

Une rechute dans les quatre-vingt-dix jours suivant une reprise d'activité professionnelle ne donne pas lieu à l'application de la franchise si le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Les prestations dues par l'assureur au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail sont limitées à 270 euros par jour et par assuré pour tous les prêts assurés au titre du contrat n° 5313.

11.2 Garantie Invalidité Permanente

Consolidation

La consolidation est le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de votre état de santé.

A la date de consolidation de votre état de santé ou au plus tard trois ans après le début de votre arrêt de travail, le médecin conseil de l'assureur fixe votre degré d'invalidité sur la base du tableau ci-après. Ce degré est déterminé en fonction de vos taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle sera établie de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours Médical la plus récente au jour de l'expertise).

L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100% en tenant compte de l'incidence du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Le taux d'incapacité professionnelle fixé tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le degré « n » d'invalidité est déterminé selon le barème ci-après, en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin conseil de l'assureur.

		Taux d'Incapacité Fonctionnelle								
		20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'Incapacité Professionnelle	10				29	33	37	40	43	46
	20			32	37	42	46	50	54	58
	30		30	36	42	48	53	58	62	67
	40	24	33	40	46	52	58	64	69	74
	50	27	36	43	50	56	63	68	74	79
	60	29	38	46	53	60	66	73	79	84
	70	30	40	48	56	63	70	77	83	89
	80	32	42	50	58	66	73	80	87	93
	90	33	43	52	61	69	76	83	90	97
	100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Légende

- Le degré d'invalidité est inférieur à 33 %
- Le degré d'invalidité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %
- Le degré d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %

Les taux ci-dessus sont exprimés en pourcentage.

11.2.1 Garantie Invalidité Permanente Partielle

Vous êtes considéré en invalidité permanente partielle, si vous êtes reconnu par l'assureur, avant votre 67^{ème} anniversaire, atteint d'une invalidité dont le taux est égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66%.

En cas d'invalidité permanente partielle, l'assureur prend en charge 50% du montant de l'échéance affectée de la quotité assurée.

Les prestations dues par l'assureur au titre de la garantie invalidité permanente partielle sont limitées à 135 euros par jour et par assuré pour tous les prêts assurés au titre du contrat n° 5313.

11.2.2 Garantie Invalidité Permanente Totale

Vous êtes considéré en invalidité permanente totale, si vous êtes reconnu par l'assureur, avant votre 65^{ème} anniversaire, atteint d'une invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 66%.

En cas d'invalidité permanente totale, l'assureur prend en charge 100% du montant de l'échéance affectée de la quotité assurée.

Les prestations dues par l'assureur au titre de la garantie invalidité permanente totale sont limitées à 270 euros par jour et par assuré pour tous les prêts assurés au titre du contrat n° 5313.

11.3 Fin des garanties et des prestations incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente partielle et invalidité permanente totale

Les garanties cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- le jour où la déchéance du terme a été prononcée par le prêteur,
- le jour où cesse l'obligation de caution,
- à l'expiration de la période annuelle en cours, si la demande de résiliation est adressée, avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception, et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant,
- à l'expiration d'un délai de un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été débloqué par le prêteur sauf si la période de déblocage des fonds est couverte par un différé d'amortissement déclaré lors de la demande d'adhésion,
- le jour où vous avez acquis vos droits à la retraite ou à la préretraite liquidés au titre de votre activité professionnelle, sauf en cas de mise en retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'arrêt de travail sous réserve que vous continuez à remplir les autres conditions prévues par le contrat,
- si vous êtes reconnu en état de perte totale et irréversible d'autonomie et pris en charge à ce titre,
- au plus tard le jour de votre 67^{ème} anniversaire.

Fin de prestations spécifique pour l'invalidité permanente totale :

- le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel,
- dès que le taux d'incapacité constaté par le médecin devient inférieur à 66%.

Fin de prestations spécifique pour l'invalidité permanente partielle :

- dès que le taux d'incapacité constaté par le médecin devient inférieur à 33%,
- si vous êtes reconnu en état d'invalidité permanente totale et pris en charge à ce titre,
- le jour de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet.

11.4 Risques exclus :

- Les exclusions prévues au titre des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie,
- Les arrêts de travail correspondants à la durée légale du congé de maternité, telle qu'elle est définie par le Code du Travail que l'assurée soit salariée ou non,
- Les incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle qui résultent directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,
- Les incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle, consécutives à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- Les incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle consécutives à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.

IMPORTANT

Ces deux dernières exclusions peuvent être rachetées, **de manière indissociable**, lors de l'adhésion au contrat. La demande sera soumise à l'assureur qui aura soit la possibilité de l'accepter en contrepartie d'une tarification adaptée, soit de la refuser.

Aucune demande ne sera acceptée en cours de contrat

Article 12 : Garantie Invalidité Spécifique AERAS

L'assuré bénéficie de la garantie invalidité spécifique AERAS lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé est consolidé ;
- son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70 %;
- il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2^{ème} et 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie «Arrêt de Travail» à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

Article 13 : Résidence - Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Le certificat de décès devra donc émaner de l'une de ces deux autorités. Les risques de perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente partielle et invalidité permanente totale sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que la preuve en soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'assureur dans les conditions prévues à l'article 15 «Contrôle médical – Arbitrage».

A défaut de preuve, le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco. Ces documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou limitrophes de la France métropolitaine dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou à Monaco. Si vous résidez dans un pays membre de l'Union Européenne ou de l'OCDE, la mise en jeu des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie se fera dans les mêmes conditions que ci-dessus.

Article 14 : Contrôle médical - Arbitrage

Contrôle

A tout moment, l'assureur peut vous demander de vous soumettre à un contrôle médical auprès d'un médecin désigné.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du médecin conseil de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie, l'incapacité temporaire totale de travail, l'invalidité permanente partielle et l'invalidité permanente totale et les décisions de la Sécurité Sociale.

L'assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis.

Il peut alors faire contrôler à ses frais, par un médecin, votre état de santé. Si vous le souhaitez ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de votre choix et à vos frais.

Le contrôle médical suspend le paiement des prestations. Si vous vous opposez à ce contrôle, vous perdez droit aux prestations.

Arbitrage

Le médecin que vous avez choisi et le médecin choisi par l'assureur peuvent être en désaccord. Vous pouvez alors convenir avec l'assureur de vous en remettre à un troisième médecin. Faute d'entente sur le choix de ce 3^{ème} médecin, celui-ci sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile. La moitié des frais et honoraires engendrés par cette procédure sera à votre charge.

Article 15 : Déclaration des sinistres et règlement des prestations

Délai de déclaration

Vous devez déclarer votre incapacité de travail dans les 12 mois qui suivent le premier jour d'arrêt de travail.

Si vous déclarez votre incapacité de travail après ce délai et si l'assureur démontre l'existence d'un préjudice, l'arrêt est pris en charge à compter du jour de la réception de la déclaration, sans application du délai de franchise.

Destinataire de la déclaration

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du contrat doit être déclaré au courtier gestionnaire du contrat :

CBP Solutions
Service Cube Assurances Emprunteur
BP 11615
44016 NANTES CEDEX 1
N° ORIAS : 07 009 023

Pièces à fournir

En cas de décès :

- un certificat médical et un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant sur l'imprimé de l'assureur,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale, d'invalidité permanente partielle, ou d'invalidité spécifique AERAS :

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant et vous-même, sur l'imprimé de l'assureur.

Si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- les bordereaux de paiement des prestations versées par votre organisme de régime social,
- les documents qui justifient de votre état de santé,
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension ou rente.

Si vous n'êtes pas salarié :

- les certificats médicaux d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de votre demande.

Article 16 : Cotisations

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement. Cependant vous pouvez choisir une autre périodicité lors de votre adhésion. Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû à la date anniversaire du point de départ du prêt, compte-tenu de la quotité assurée. L'évolution du capital restant dû est celle du dernier tableau d'amortissement que vous avez communiqué au courtier gestionnaire du contrat.

Dans le mode de calcul des cotisations, votre âge change à la date anniversaire de l'adhésion.

En cas de modifications des taxes applicables, la cotisation pourra être révisée par l'assureur.

¹ : départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

² : collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il vous est adressé une lettre recommandée, vous invitant à vous acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L 141-3 du Code des Assurances que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera résiliée de plein droit sans autre formalité et une copie de la lettre de résiliation sera adressée à chaque organisme prêteur.

Article 17 : Remboursement des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente partielle et d'invalidité permanente totale, d'invalidité spécifique AERAS

Pendant votre incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente partielle, invalidité permanente totale ou invalidité spécifique AERAS, vous continuez à régler le montant de vos cotisations à l'assureur. En revanche, ces cotisations vous sont remboursées dans le cadre de votre indemnisation, par ajout de celles-ci à la mensualité prise en charge par l'assureur.

Article 18 : Changement dans la situation de l'assuré

En cas de modification intervenant après acceptation du risque par l'assureur et avant la mise en place du prêt, vous devez renouveler les formalités d'adhésion si cette modification n'était pas prévue au contrat de prêt, et qu'elle entraîne un allongement de la durée du prêt ou une augmentation du montant assuré, sauf dans les cas suivants :

- lorsque l'augmentation du capital assuré est inférieure ou égale à 15% du montant initial. Elle peut résulter de l'augmentation de capital ou de la modification de quotité, sous réserve que le nouveau capital assuré soit inférieur au seuil de déclenchement des formalités médicales contractuelles,
- lorsque l'allongement de durée du prêt est inférieur ou égal à 60 mois.

A défaut, l'assureur se réserve le droit de réviser les conditions de garanties.

S'il s'agit d'une diminution du capital assuré, cette modification prend effet le jour de réception de la demande par l'assureur, sous réserve de l'accord écrit de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant.

Pour les prêts à échéances modulables, l'allongement de la durée du prêt qui découle du fonctionnement normal du contrat de prêt est accepté d'office par l'assureur.

Dans le cas de la mise en place d'un plan de surendettement, le nouveau plan de financement résultant du prêt assuré à l'origine est accepté d'office par l'assureur, sous réserve de la poursuite du paiement des cotisations.

Modifications des garanties et des quotités en cours de contrat – cas du remboursement anticipé partiel.

Le choix de l'option et de la quotité assurée sont définitifs et irrévocables pour la durée du prêt sauf :

- en cas de cessation d'activité professionnelle y compris pour cause de retraite ou de préretraite. Vous avez alors la faculté de choisir l'option 1 en remplacement de l'option 2 ou 3 ;
- ou en cas de changement de situation matrimoniale. Dans ce cas, s'il s'agit d'une augmentation de la quotité assurée, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats d'éventuelles formalités d'adhésion.

Article 19 : Prescription

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci après :

Article L 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de 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.

Article L 114-3 du Code des assurances :

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.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil précités.

Article 20 : Articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances

Le contrat est régi par le Code des Assurances, dont l'article L 113-8 prévoit notamment : «*Indépendamment des causes ordinaires de nullité, sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.(...)*»

Une déclaration inexacte non intentionnelle entraîne l'application de la règle proportionnelle prévue par l'article L 113-9 du Code des Assurances qui prévoit «*l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.*»

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après le sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux de primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.»

Article 21 : Réclamation

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions, CBP Solutions est en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses ne satisfont pas vos attentes, vous pouvez adresser votre réclamation à :

Allianz Vie – Médiation Assurances de Personnes
Case Courrier 1304
20, place de Seine – 92086 Paris La Défense Cedex

Enfin, en cas de désaccord définitif avec l'assureur relatif à une garantie, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur, dont l'assureur vous indiquera, sur simple demande, les coordonnées, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 22 : Autorité de contrôle

L'assureur et le courtier gestionnaire sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09

Article 23 : Informatique et Libertés – traitement des données personnelles

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant un courrier auprès **CBP Solutions - Informatique et libertés - Service Clientèle – BP 11615 - 44016 Nantes Cedex 1**, Numéro ORIAS 07 009 023.

La demande d'adhésion ainsi que le questionnaire de santé doivent être adressés à CBP Solutions — par courrier à l'adresse suivante :
CBP Solutions – Service Cube Assurance Emprunteur – BP 11615 – 44016 NANTES CEDEX 1

Allianz Vie - Direction des Opérations Collectives
Emprunteurs – TSA 31007 – 67018 Strasbourg Cedex
Allianz Vie : S.A. au capital de 643.054.425 euros, 340 234 962 RCS Paris.
Entreprise régie par le Code des Assurances. Siège social : 87, rue de Richelieu, 75002 PARIS