



SwissLife

SwissLife Assurance
des Emprunteurs
Notice d'information

Contrat n° L1050-3

*Irrévocabilité
des tarifs
et des garanties.*

Sommaire

Préambule	3
1. Qui peut adhérer au contrat ?	3
2. Qui peut être assuré et dans quelles conditions ?	3
3. Fausse déclaration – Omission	3
4. Définitions	3
5. Garanties et formules proposées	4
Les garanties obligatoires	4
La garantie Décès, présente dans toutes les formules	4
La garantie Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), présente dans toutes les formules	4
Les garanties facultatives	4
La garantie Invalidité permanente et totale (IPT), présente dans les formules 2, 3, 4, 7, 8 et 9	4
La garantie Invalidité permanente et partielle (IPP), présente dans les formules 4, 9 et 10	5
La garantie Invalidité permanente professionnelle (IPPRO), présente dans les formules 5, 6 et 10	6
La garantie Incapacité temporaire totale de travail (ITT), présente dans les formules 3, 4, 6, 8, 9 et 10	6
Les options Sérénité et Sérénité+, liées aux affections discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires ou aux affections psychiatriques et/ou psychiques, présentes dans les formules 2 à 10	7
Option Sport+	7
La garantie Perte d'emploi, présente dans les formules 7, 8 et 9	7
6. Exclusions de garantie : les limites de couverture du contrat	8
7. Validité territoriale	9
8. Bénéficiaires	9
9. Comment se déroule la vie du contrat ?	9
10. Comment mettre en œuvre les garanties, qui contacter ?	10
11. Les cotisations	11
12. Convention AERAS – Garantie Invalidité spécifique (pour les prêts immobiliers ou professionnels)	11
13. Renonciation	11
14. Résiliation	11
15. Litiges et réclamations – Médiation – Autorité de contrôle	11
16. Prescription	12
17. Politique de protection des données à caractère personnel	12
Annexe – Statuts AGIS	13

Préambule

Le présent document constitue la notice d'information du contrat SwissLife Assurance des Emprunteurs, régi par le contrat d'assurance de groupe n° 1050-3 souscrit par l'Association générale interprofessionnelle de solidarité, ci-après dénommé AGIS, pour ses adhérents auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine agissant en son nom propre et pour le compte de SwissLife Prévoyance et Santé, ci-après dénommés l'assureur. Il décrit le fonctionnement des différentes garanties accordées. Le contrat n° 1050-3 est constitué par la présente notice, la demande d'adhésion, et le certificat d'assurance. Il est exclusivement régi par le droit français et notamment par le code des assurances.

1. Qui peut adhérer au contrat ?

- Être une personne physique ou morale ayant sa résidence ou ayant son siège social en France (y compris les DROM, la Polynésie française, la Nouvelle-Calédonie), en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, en Grande-Bretagne, au Portugal, au Luxembourg ou en principauté de Monaco. Pour toute personne résidant dans un autre pays, une dérogation peut être demandée à l'assureur.
- Être membre de l'AGIS.
- Contracter ou être caution d'une opération de prêt immobilier ou contenant au moins une part d'immobilier, de prêt professionnel, ou de crédit-bail rédigé en français et libellé en euros ou en francs suisses d'une durée d'au moins 12 mois, souscrit auprès d'un organisme prêteur situé dans l'Union européenne ou en principauté de Monaco.
- Signer la demande d'adhésion.

2. Qui peut être assuré et dans quelles conditions ?

- Être une personne physique résidant en France ou en principauté de Monaco, ou être une personne physique de **nationalité française** résidant en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, en Grande-Bretagne, au Portugal, au Luxembourg ou en principauté de Monaco.
- Être emprunteur principal, co-emprunteur, ou caution de l'opération de prêt souscrite par l'adhérent, et dont le montant minimum est de 17 000 euros et maximum de 50 millions d'euros.
- Signer la demande d'adhésion et satisfaire aux formalités médicales et/ou financières.

L'assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque.

Il est à noter que si l'adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion, ou s'il refuse les conditions proposées par l'assureur alors qu'elles sont sans surprime ou exclusion, les honoraires médicaux engagés restent alors à sa charge.

3. Fausse déclaration – Omission

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à l'assureur entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

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 cette 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.

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 la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

4. Définitions

Accident

Dommege corporel non intentionnel de la part de l'assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme des accidents au titre de ce contrat le suicide ou les tentatives de suicide, et les lésions organiques provoquées par un effort sans cause traumatique extérieure tel qu'un accident vasculaire ou un infarctus du myocarde par exemple.

Actes ordinaires de la vie courante

Se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer sur une surface plane.

AERAS

S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé

Délai de carence

Délai à compter de la date d'adhésion pendant lequel la garantie ne s'applique pas. Tout sinistre survenant pendant le délai de carence ne pourra donner lieu à une prestation, même si sa durée dépasse le délai de carence.

Certificat d'assurance

Document adressé à l'adhérent, décrivant les engagements pris entre l'assureur et l'adhérent. Il personnalise la notice remise à l'adhérent.

Consolidation

Stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, qui n'évolue ni vers une aggravation ni vers une amélioration.

Franchise

Délai à compter de la date d'un sinistre (date de l'arrêt de travail ou date de licenciement) pendant lequel les prestations ne sont pas dues par l'assureur.

Non-fumeur

Personne pouvant déclarer qu'elle n'a pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques, cigares ou pipes pendant les 24 derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion, même occasionnellement, ou qu'elle n'a pas cessé de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Hospitalisation

Est considérée en hospitalisation une personne qui bénéficie de soins lors d'un séjour de minimum une nuit dans un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes ou traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, car possédant les autorisations administratives locales ainsi que le personnel soignant qualifié nécessaires.

Ne sont pas considérés comme un établissement hospitalier les établissements de cures thermales, les maisons de repos ou de plein air, ou les maisons dites de santé médicale, procurant des séjours climatiques, diététiques, de désintoxication ou de sommeil.

Maladie

Altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Occupations habituelles

Gestion de la vie de la famille et de la maison, notamment les travaux domestiques, la préparation quotidienne des repas, les transports de courses ou d'enfants, la surveillance d'enfants.

Proposition d'accord

Suite à la demande d'adhésion de l'adhérent, proposition qui est faite par l'assureur notifiant l'assuré des surprimes et/ou des restrictions de garanties, valable pendant 45 jours, et dont la signature par l'assuré vaut acceptation des conditions des engagements pris de part et d'autre.

Raid sportif

Course de pleine nature, se déroulant dans une zone peu accessible, pendant plusieurs jours, seul ou en équipe, pouvant combiner plusieurs disciplines variées.

Rechute

Aggravation de la maladie initiale ou de l'apparition d'une nouvelle altération de l'état de santé de l'assuré résultant du sinistre initial.

5. Garanties et formules proposées

En fonction de l'âge de l'assuré, de sa situation professionnelle, et du type de prêt souscrit, l'adhérent a le choix des formules suivantes.

Dans le cadre de toutes les formules, les prestations sont forfaitaires.

Garanties	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6	Formule 7	Formule 8	Formule 9	Formule 10
Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Invalidité permanente et totale		✓	✓	✓			✓	✓	✓	
Incapacité temporaire totale de travail			✓	✓		✓		✓	✓	✓
Invalidité permanente partielle				✓					✓	✓
Invalidité professionnelle					✓	✓				✓
Perte d'emploi (France métropolitaine uniquement)							✓	✓	✓	

Dans le cas de restructuration de prêt avec une garantie hypothécaire, seule la formule 1 est possible.

Dans le cadre des formules 2 à 10, l'adhérent peut également, souscrire les options **Sérénité et Sérénité+** de rachat des exclusions relatives aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires ou aux affections psychiatriques et / ou psychiques. **Il est à noter que ces options ne sont pas possibles dans le cas de toutes les restructurations de prêt.**

Pour toutes les formules, notamment en cas de formalités médicales à accomplir, l'adhérent bénéficie d'une **garantie temporaire décès de l'assuré en cas d'accident**, survenant entre la date à laquelle l'assureur réceptionne la demande d'adhésion, et la date de conclusion de l'adhésion, définie chapitre 9 dans « La vie du contrat », dans la limite de 60 jours, sous réserve de l'existence d'une proposition de prêt en faveur de l'adhérent. Le montant garanti est le même que le montant de la garantie décès, dans la limite de 300 000 euros par opération et par assuré. En aucun cas la garantie temporaire décès accidentel ne peut se cumuler avec la garantie décès du contrat.

Quotité assurée

Pour toutes les garanties, le paiement des prestations est dans la limite de la quotité assurée.

Les garanties obligatoires

La garantie Décès, présente dans toutes les formules

L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 85 ans à l'adhésion. Il est couvert pour la durée du prêt qu'il a souscrit, et dans tous les cas au plus tard jusqu'à son 90^e anniversaire.

À la suite du décès de l'assuré survenu pendant la période de validité des garanties, l'assureur prend en charge le capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué sur le dernier tableau d'amortissement fourni figurant dans les conditions particulières en vigueur au jour du décès.

Dans le cas des contrats de crédit-bail, l'assureur prend en charge la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien au jour du décès. **Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues ne sont pas pris en compte.**

La valeur de rachat intermédiaire est le montant des loyers restant dus hors impayés, augmenté de la valeur résiduelle du bien.

Le montant du capital décès payé ne peut en aucun cas être supérieur au montant du capital restant dû communiqué par l'organisme prêteur au jour du décès.

Le paiement du capital décès entraîne la fin de l'assurance.

La garantie Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), présente dans toutes les formules

Cette garantie est indissociable de la garantie décès. L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 64 ans à l'adhésion.

L'assuré est considéré en PTIA par l'assureur s'il est définitivement incapable de se livrer à un travail ou activité, même de surveillance ou de direction, pouvant procurer salaire, gain ou profit, et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

À noter

L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré.

Vérifiez les **exclusions liées aux garanties Décès / PTIA** au chapitre 6.

Pour bénéficier de cette garantie, la PTIA doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein, et au plus tard, selon le choix fait lors de l'adhésion, à 65 ans, 67 ans ou 70 ans.

À la date de reconnaissance de la PTIA de l'assuré survenue pendant la période de validité des garanties, l'assureur prend en charge le capital restant dû, tel qu'il est indiqué sur le dernier tableau d'amortissement fourni figurant dans les conditions particulières en vigueur au jour de la reconnaissance de la PTIA. **Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues ne sont pas pris en compte.**

Dans le cas des contrats de crédit-bail, l'assureur prend en charge la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien au jour de la date de reconnaissance de la PTIA.

Le montant du capital payé ne peut en aucun cas être supérieur au montant du capital restant dû communiqué par l'organisme prêteur au jour de la reconnaissance de la PTIA.

Le paiement du capital PTIA entraîne la fin de l'assurance.

Les garanties facultatives

L'assuré doit exercer une activité professionnelle rémunérée à la date d'adhésion. Les garanties facultatives ne peuvent être souscrites qu'au moment de l'adhésion, sauf si l'assuré change de situation personnelle ou professionnelle en cours d'adhésion et après accord de l'assureur.

La garantie Invalidité permanente et totale (IPT), présente dans les formules 2, 3, 4, 7, 8 et 9

L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 64 ans à l'adhésion. L'assuré est considéré en IPT à la suite d'une maladie ou d'un accident, lorsqu'après consolidation de son état, il présente un taux d'invalidité

supérieur ou égal à 66 % selon le barème de taux d'invalidité ci-dessous, et qu'il se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer sa profession pratiquée au jour du sinistre.

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle au moment du sinistre, il ne sera tenu compte, sur expertise médicale, que du taux d'invalidité fonctionnelle.

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein, et au plus tard, selon le choix fait lors de l'adhésion, à 65 ans, 67 ans ou 70 ans.

L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré.

À noter

Vérifiez les **exclusions liées à la garantie IPT au chapitre 6, notamment les exclusions liées aux affections discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires ou aux affections psychiatriques et / ou psychiques, et les exclusions liées aux sports à risque.**

À la date de reconnaissance de l'IPT pendant la période de validité des garanties et **selon le choix de l'assuré au moment de la souscription**, l'assureur prend en charge :

- soit le capital restant dû, ou bien la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien dans le cas des contrats de crédit-bail, tel qu'indiqué sur le tableau d'amortissement fourni figurant aux conditions particulières en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPT, limité à 5 millions d'euros pour l'ensemble des prêts au jour de la date de reconnaissance de l'invalidité, sauf dérogation prévue au moment de la souscription ;
- soit les échéances de prêt, ou bien les loyers hors valeur résiduelle dans le cas des contrats de crédit-bail, selon le dernier tableau d'amortissement fourni figurant dans les conditions particulières en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPT, pendant la durée de l'invalidité, limités à 15 000 euros par mois pour l'ensemble des prêts, sauf dérogation prévue au moment de la souscription. Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) du nombre de jours d'IPT selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

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

Dans le cas où l'assuré a choisi la prestation sous forme d'échéances ou de loyers, le versement s'arrête à la première des dates suivantes :

- à l'âge de fin de garantie (65, 67 ou 70 ans) choisi à la souscription ;
- au terme du prêt ;
- à la date de départ à la retraite de l'assuré ;
- à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein ;
- à la date du décès de l'assuré.

La garantie d'**exonération des cotisations** est incluse dans la garantie IPT dans ce cas : l'assuré ne paye pas les cotisations qui seraient dues au titre de son contrat et qui viendraient à échéance pendant la prise en charge de l'IPT. Le paiement des cotisations est suspendu durant cette période.

Le montant de la prestation ne peut en aucun cas être supérieur à l'échéance réelle du prêt payée pendant la durée de l'IPT.

Le montant du capital IPT payé ne peut en aucun cas être supérieur au montant du capital restant dû communiqué par l'organisme prêteur au jour de la reconnaissance de l'IPT.

Le paiement du capital IPT entraîne la fin de l'assurance.

La garantie Invalidité permanente et partielle (IPP), présente dans les formules 4, 9 et 10

Cette garantie est indissociable des garanties IPT ou IPPRO et ITT. L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 64 ans à l'adhésion.

L'assuré est reconnu en IPP à la suite d'une maladie ou d'un accident, lorsqu'après consolidation de son état, il présente, selon le barème de taux d'invalidité ci-dessous, un taux d'invalidité compris entre 33 % et 66 % et qu'il se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein sa profession pratiquée au jour du sinistre. Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle, il ne sera tenu compte, sur expertise médicale, que du taux d'invalidité fonctionnelle.

Pour bénéficier de cette garantie, l'invalidité doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein, et au plus tard, selon le choix fait lors de l'adhésion, à 65 ans, 67 ans ou 70 ans.

L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré.

À noter

Vérifiez les **exclusions liées à la garantie IPP au chapitre 6, notamment les exclusions liées aux affections discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires ou aux affections psychiatriques et / ou psychiques, et les exclusions liées aux sports à risque.**

À la date de reconnaissance de l'IPP pendant la période de validité des garanties, l'assureur prend en charge pendant la durée de l'invalidité les échéances de prêt, ou les loyers hors valeur résiduelle dans le cas des contrats de crédit-bail, limités à 15 000 euros par mois pour l'ensemble des prêts, sauf dérogation prévue au moment de la souscription, à hauteur de (T - 33 %) / 33 %, T étant le taux d'invalidité de l'assuré compris entre 33 % et 66 %, selon le dernier tableau d'amortissement fourni figurant dans les conditions particulières en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPP. Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) du nombre de jours d'IPP selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). **Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues ne sont pas pris en compte.**

Le versement des prestations s'arrête à la première des dates suivantes :

- à l'âge de fin de garantie (65, 67 ou 70 ans) choisi à la souscription ;
- au terme du prêt ;
- à la date de départ à la retraite de l'assuré ;
- à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein ;
- à la date du décès de l'assuré.

La garantie d'**exonération des cotisations** est incluse dans la garantie IPP : l'assuré ne paye pas les cotisations qui seraient dues au titre de son contrat et qui viendraient à échéance pendant la prise en charge de l'IPP. Le paiement des cotisations est suspendu durant cette période.

Le montant de la prestation ne peut en aucun cas être supérieur à l'échéance réelle du prêt payée pendant la durée de l'IPP.

Barème de taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est déterminé par l'assureur en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle de l'assuré.

Ces derniers sont appréciés grâce à une expertise médicale effectuée par un médecin expert missionné par l'assureur, dès lors que ce dernier statue que l'état de l'assuré peut être considéré comme consolidé (stabilisé). L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun du concours médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'assuré.

L'invalidité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle de l'assuré exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette activité et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction de l'invalidité fonctionnelle et professionnelle selon le barème suivant :

Degré d'incapacité professionnelle	Degré d'incapacité fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10	15,9	20,8	25,2	29,2	33,0	36,6	40,0	43,3	46,4	
20	20,0	26,2	31,7	36,8	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5	
30	22,9	30,0	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9	
40	25,2	33,0	40,0	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7	
50	27,1	35,6	43,1	50,0	56,5	62,6	68,4	74,0	79,4	
60	28,8	37,8	45,8	53,1	60,0	66,5	72,7	78,6	84,3	
70	30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70,0	76,5	82,8	88,8	
80	31,7	41,6	50,4	58,5	66,0	73,2	80,0	86,5	92,8	
90	33,0	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90,0	96,5	
100	34,2	44,8	54,3	63,0	71,1	78,8	86,2	93,2	100,0	

La garantie Invalidité permanente professionnelle (IPPRO), présente dans les formules 5, 6 et 10

Cette garantie est réservée exclusivement aux professions suivantes : médecin, pharmacien, vétérinaire, chirurgien-dentiste, sage-femme, kinésithérapeute.

L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 64 ans à l'adhésion. L'assuré est considéré en IPPRO s'il est, par suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité permanente, totale et définitive d'exercer sa profession.

Cet état d'invalidité est apprécié par l'assureur sur la base d'une expertise médicale réalisée par un médecin expert désigné par l'assureur, en tenant compte des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice qui subsistent après recours à un appareillage médical adapté (canne, prothèse...) et à un équipement adapté des outils et lieux de travail de l'assuré.

Pour bénéficier de cette garantie, l'invalidité doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein, et au plus tard, selon le choix fait lors de l'adhésion, à 65 ans, 67 ans ou 70 ans.

Pharmaciens

La radiation de l'ordre des pharmaciens suite à une invalidité professionnelle est couverte par ce contrat.

À la date de reconnaissance de l'IPPRO pendant la période de validité des garanties et **selon le choix de l'assuré au moment de la souscription**, l'assureur prend en charge :

- soit le capital restant dû ou bien la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien dans le cas des contrats de crédit-bail à la date de reconnaissance de l'IPPRO, tel qu'indiqué sur le tableau d'amortissement fourni figurant dans les conditions particulières en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPPRO, limité à 5 millions d'euros pour l'ensemble des prêts au jour de la date de reconnaissance de l'IPPRO, sauf dérogation prévue au moment de la souscription ;
- soit les échéances de prêt, ou bien les loyers hors valeur résiduelle dans le cas des contrats de crédit-bail pendant la durée de l'invalidité, selon le dernier tableau d'amortissement fourni figurant dans les conditions particulières en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPPRO, limités à 15 000 euros par mois pour l'ensemble des prêts, sauf dérogation prévue au moment de la souscription. Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) du nombre de jours d'IPPRO selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Dans le cas où l'assuré a choisi la prestation sous forme d'échéances ou de loyers, le versement s'arrête à la première des dates suivantes :

- à l'âge de fin de garantie (65, 67 ou 70 ans) choisi à la souscription ;
- au terme du prêt ;
- à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein ;
- à la date de départ à la retraite de l'assuré ;
- à la date du décès de l'assuré.

La garantie d'**exonération des cotisations** est incluse dans la garantie IPPRO dans ce cas : l'assuré ne paye pas les cotisations qui seraient dues au titre de son contrat et qui viendraient à échéance pendant la prise en charge de l'IPPRO. Le paiement des cotisations est suspendu durant cette période. Le montant de la prestation ne peut en aucun cas être supérieur à l'échéance réelle du prêt payée pendant la durée de l'IPPRO.

Le montant du capital IPPRO payé ne peut en aucun cas être supérieur au montant du capital restant dû communiqué par l'organisme prêteur au jour de la reconnaissance de l'IPPRO.

Le paiement du capital IPPRO met fin à l'assurance.

La garantie Incapacité temporaire totale de travail (ITT), présente dans les formules 3, 4, 6, 8, 9 et 10

Cette garantie est indissociable de la garantie IPT ou IPPRO. L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 64 ans à l'adhésion.

L'assuré est considéré en ITT s'il est, suite à une maladie ou un accident, dans l'impossibilité temporaire, totale et continue, médicalement constatée, d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel ou même limitée à la surveillance ou à la direction et donc d'en tirer gain ou profit. L'assuré peut choisir la durée de la franchise lors de l'adhésion : 30, 60, 90, 120 ou 180 jours.

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré ne doit pas avoir la possibilité de faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein.

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre, il est considéré en ITT s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou une maladie garantie, d'observer sur prescription médicale un repos complet, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles. L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. Une franchise de 90 jours est appliquée.

En cas d'ITT survenue pendant la période de validité des garanties, l'assureur prend en charge les échéances de prêt, ou les loyers hors valeur résiduelle dans le cas des contrats de crédit-bail, limitées à 15 000 euros par mois pour l'ensemble des prêts, sauf dérogation prévue au moment de la souscription, selon le dernier tableau d'amortissement fourni figurant dans les conditions particulières en vigueur à la date de reconnaissance de l'arrêt de travail, à compter de la fin de la franchise que l'assuré a choisie lors de son adhésion. Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) du nombre de jours d'ITT selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). **Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues ne sont pas pris en compte.**

Dans le cas des prêts en fine, des prêts différés ou des prêts relais, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt.

En cas de reprise effective du travail en mi-temps thérapeutique, l'assureur prend en charge 50 % des échéances ou des loyers de prêt, hors valeur résiduelle, selon le dernier tableau d'amortissement fourni figurant dans les conditions particulières en vigueur à la date de l'arrêt de travail, pendant une durée de 180 jours maximum.

En cas de rechute dans les 2 mois de la reprise effective du travail ou des occupations habituelles, il ne sera pas fait application de la franchise.

L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré.

À noter

Vérifiez les exclusions liées à la garantie ITT au chapitre 6, notamment les exclusions liées aux affections discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires ou aux affections psychiatriques et / ou psychiques, et les exclusions liées aux sports à risque.

Le versement des prestations s'arrête à la première des dates suivantes :

- à l'âge de fin de garantie (65, 67 ou 70 ans) choisi à la souscription ;
- au terme du prêt ;
- à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein, qu'il exerce ou pas une activité professionnelle à la date de l'arrêt de travail ;
- à la date de départ à la retraite de l'assuré ;
- à la date de consolidation de l'IPT ou de l'IPP de l'assuré ;
- à la date du décès de l'assuré ;
- au 1 095^e jour à compter soit de la date d'arrêt de travail si l'assuré exerce une activité professionnelle à la date du sinistre, soit de la date de prescription médicale du repos complet si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle à la date du sinistre.

La garantie d'**exonération des cotisations** est incluse dans la garantie ITT : l'assuré ne paye pas les cotisations qui seraient dues au titre de son contrat et qui viendraient à échéance pendant la prise en charge de l'ITT. Le paiement des cotisations est suspendu durant cette période.

Le montant de la prestation ne peut en aucun cas être supérieur à l'échéance réelle du prêt payée pendant la durée de l'ITT.

Options Sérénité et Sérénité+

Les options Sérénité et Sérénité+ ne peuvent être souscrites qu'au moment de l'adhésion.

Dans le cadre des garanties ITT, IPT, IPPRO et IPP, l'assuré peut racheter, moyennant une tarification spéciale, les exclusions relatives aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires ou aux affections psychiatriques et / ou psychiques (voir exclusions au chapitre 6).

L'option Sérénité permet la prise en charge des sinistres résultant :

- d'atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires sans condition d'hospitalisation ;
- d'affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et / ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants dès lors que celles-ci nécessitent une hospitalisation d'au moins 9 jours continus.

L'option Sérénité+ permet la prise en charge des sinistres résultant :

- d'atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires sans condition d'hospitalisation ;
- d'affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et / ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants sans condition d'hospitalisation.

Toutefois, une franchise minimale de 90 jours continus sera appliquée pour les garanties ITT, IPT, IPPRO et IPP en cas de sinistre résultant d'une pathologie dont l'exclusion a été rachetée au titre des options Sérénité et Sérénité+ (même si la garantie correspondante a été souscrite initialement avec une franchise inférieure).

Option Sport+

L'assuré a la possibilité de racheter certains sports à risque pratiqués à titre amateur (voir exclusions au chapitre 6). Il doit alors compléter lors de l'adhésion un questionnaire spécifique. Ces sports peuvent être assurés en partie ou en totalité et font l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire par l'assureur, acceptée par l'assuré.

La garantie Perte d'emploi, présente dans les formules 7, 8 et 9

La garantie Perte d'emploi ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion.

L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 60 ans à l'adhésion et résider en France métropolitaine.

L'assuré est considéré en perte d'emploi :

- s'il perd son activité professionnelle en tant que salarié, suite à un licenciement hors faute lourde ou faute grave, après une période d'activité professionnelle salariée d'au moins 365 jours consécutifs sous CDI ouvrant droit au revenu de remplacement de la part de Pôle emploi ou d'un organisme assimilé prévu par le Code du travail ;
- s'il perd son activité professionnelle en tant que chef d'entreprise en nom personnel ou bien en tant que dirigeant d'entreprise mandataire social, ouvrant droit au revenu de remplacement de la part d'un régime privé d'assurance chômage pour dirigeants d'entreprise ;
- suite à la perte de son activité dans l'un des 2 cas précédents, l'assuré ne doit pas cumuler revenu de remplacement et activité professionnelle.

En cas de perte d'emploi après un délai de carence de 3 mois ou 6 mois selon le choix de l'assuré lors de l'adhésion, l'assureur prend en charge un pourcentage des échéances de prêt, ou un pourcentage des loyers du prêt, hors valeur résiduelle dans le cas des contrats de crédit-bail selon le dernier tableau d'amortissement fourni figurant dans les conditions particulières en vigueur, ce pourcentage étant au choix de l'assuré lors de l'adhésion, variant entre 20 % et 100 %. La prise en charge intervient à l'expiration d'une période de franchise au choix de 60 jours, 90 jours ou 120 jours qui débute au premier jour d'indemnisation par Pôle emploi au titre du licenciement considéré ou du régime privé d'assurance chômage.

À noter

Si Pôle emploi suspend temporairement le revenu de remplacement car l'assuré a retrouvé un emploi temporaire, le décompte de la franchise est aussi suspendu et reprend lorsque le revenu de remplacement est de nouveau versé au titre du même licenciement.

La durée d'indemnisation maximum au titre d'une seule et même période de chômage dépend de l'ancienneté de l'assuré dans le contrat d'assurance :

- si l'ancienneté dans le contrat est de moins de 5 ans depuis la souscription : la durée d'indemnisation par sinistre est de 12 mois ;
- si l'ancienneté dans le contrat est d'au moins 5 ans et de moins de 10 ans depuis la souscription : la durée d'indemnisation par sinistre est de 18 mois ;
- si l'ancienneté dans le contrat est d'au moins 10 ans depuis la souscription : la durée d'indemnisation par sinistre est de 24 mois.

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré ne doit pas avoir la possibilité de faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein, et être âgé au plus de 65 ans.

Le versement cesse également si l'assuré perçoit une aide de l'État au titre de la création d'entreprise.

À noter

Le versement du revenu de remplacement, par Pôle emploi ou assimilé, ou par un régime privé d'assurance chômage pour dirigeants d'entreprise, est une condition indispensable au versement de la prestation perte d'emploi.

Le montant de la prestation est limité à 3 600 euros par mois pour l'ensemble des prêts, et ne peut en aucun cas être supérieur à l'échéance réelle du prêt payée pendant la durée du chômage. Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) du nombre de jours en perte d'emploi selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). **Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues ne sont pas pris en compte.**

Dans tous les cas, la durée maximum d'indemnisation en cas de chômage sur toute la durée du prêt ne peut dépasser 36 mois, et cesse au plus tard au 65^e anniversaire de l'assuré.

À noter

La rupture conventionnelle n'est pas couverte. Vérifiez les exclusions liées à la perte d'emploi au chapitre 6. La date de perte d'emploi est la date de l'entretien préalable de licenciement.

6. Exclusions de garantie : les limites de couverture du contrat

Pour toutes les garanties, ne sont pas couverts les faits suivants :

- le suicide de l'assuré au cours de la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si le prêt contracté, qui sert à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré, est inférieur à 120 000 euros ;
- les tentatives de suicide de l'assuré ou mutilation volontaire, ou faits intentionnels de l'assuré ;
- l'usage de stupéfiants ou de drogues à doses non prescrites médicalement ;
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiation ionisante ou autres. Toutefois, ces effets sont pris en charge en cas d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'assuré est le patient ;
- la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques, sauf s'ils sont utilisés dans le cadre de la profession déclarée à l'assureur et acceptée par lui ;
- les guerres civiles ou étrangères, émeutes, insurrections, mouvements populaires, actes de terrorisme, délits ou rixes, sauf si l'assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements et si en cas de légitime défense, ou en cas d'assistance à personne en danger, ou dans le cadre de la profession si celle-ci a été déclarée à l'assureur et acceptée par lui ;
- les maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties et non déclarées à l'assureur, sous réserve que cet antécédent médical soit à déclarer dans les questionnaires médicaux prévus au contrat. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si l'affection a été déclarée et acceptée par l'assureur ou bien entre dans le cadre défini par le droit à l'oubli (Convention AERAS) ;
- les sports aériens et / ou utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel navigant des lignes commerciales régulières et de vols charters), **sauf si l'option Sport+ est activée** ;
- les sports mécaniques (auto et moto), **sauf si l'option Sport+ est activée** ;
- la participation à des raids sportifs, exercices acrobatiques, tentatives de records, saut à l'élastique, essais préparatoires, paris, défis, sports extrêmes : notamment mais non exhaustivement sky surfing, zorbing, sky flying, streetluge, base jumping, **sauf si l'option Sport+ est activée**.

Pour les garanties ITT, IPT, IPP et IPPRO, ne sont pas couverts les faits suivants :

- les affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et / ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants.
Toutefois, ces affections sont couvertes si elles ont nécessité une hospitalisation d'au moins 9 jours continus, sauf si l'assuré a souscrit l'option Sérénité+ : dans ce cas, il n'y a pas de durée d'hospitalisation requise ;
- les affections discales et / ou vertébrales et / ou radicaire qu'elle qu'en soit la cause ou l'origine.
Toutefois, ces affections sont couvertes si l'affection causale est une fracture ou un processus tumoral ou si elle a nécessité une hospitalisation d'au moins 9 jours continus, sauf si l'assuré a souscrit une des deux options de rachat Sérénité ou Sérénité+ : dans le cas de ces options, il n'y a pas de durée d'hospitalisation requise ;
- les fibromyalgies, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome polyalgique idiopathique diffus, et / ou le syndrome d'asthénie chronique ;
- les traitements esthétiques et / ou interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- les accidents ou maladies pour lesquels l'assuré a refusé de se soumettre à un traitement prescrit médicalement rationnel et adéquat. Toutefois sont pris en charge les sinistres correspondant à la mise en place de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie ;
- l'alcoolisme aigu ou chronique, les accidents de la circulation résultant

de l'état d'ivresse attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux maximal autorisé par la législation en vigueur à la date de l'accident, lorsque l'assuré est conducteur ;

- la pratique de sport à titre professionnel, que ce soit lors de compétitions ou d'entraînements, sauf si une tarification particulière a été demandée ;
- la pratique des sports à titre amateur suivants, **sauf si l'option Sport+ est activée pour un ou plusieurs sports, et mentionnée aux conditions particulières moyennant une tarification spéciale** :
 - sports mécaniques (auto et moto) ;
 - sports aériens, y compris parachutisme, ULM, vol à voile, voltige aérienne, deltaplane, parapente ;
 - navigation maritime, motonautisme (y compris scooter des mers), voile à plus de 25 milles des côtes, plongée sous-marine (autre que la pratique à moins de 20 mètres de profondeur) ;
 - sports de neige (dont motoneige), de glace (dont bobsleigh et skeleton), de montagne, alpinisme (dont varappe). Toutefois les garanties sont acquises pour 1) le patinage sur patinoire ouverte au public, 2) le ski ou le surf sur piste alpine ouverte, 3) le ski de fond sur piste ouverte, 4) la randonnée en raquettes sur chemin balisé, 5) la randonnée à pieds au-dessous de 3 000 mètres sur chemin balisé ou ne nécessitant pas de corde piolet ou crampons ;
 - canyoning, rafting, spéléologie ;
 - sports de combat et arts martiaux ;
 - activités équestres en compétition et chasse à courre.

Il est précisé que la pratique d'un des sports listés ci-dessus est couverte s'il est pratiqué dans le cadre d'une initiation ou d'un baptême encadré par un professionnel habilité.

Pour la garantie ITT spécifiquement, ne sont pas couverts les faits suivants :

- l'état de grossesse et ses suites, pendant le congé légal de maternité. La garantie est acquise en dehors de cette période mais seulement en cas de complications pathologiques ;
- le traitement de la stérilité.

Pour la garantie perte d'emploi, ne sont pas couverts les faits suivants :

- les abandons de poste, démissions volontaires, légitimes ou non même si elles sont indemnisées par Pôle emploi ou par un organisme assimilé ;
- toute forme de cessation d'activité dont la réglementation dispense l'assuré de rechercher un emploi ;
- la perte d'emploi survenant durant ou au terme d'une période d'essai ou de stage ;
- les fins de contrats de travail à durée déterminée (notamment emplois temporaires, saisonniers ; missions d'intérim, contrats de chantier...) sauf lorsque le contrat interrompt une période de chômage garantie et ce dans la limite d'indemnisation de 12 mois au titre de la période de chômage total garantie ;
- le licenciement non pris en charge par Pôle emploi ou par un organisme assimilé (ou par l'État pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires de l'État ou d'une collectivité locale) ;
- le chômage partiel ou saisonnier ;
- le licenciement pour faute lourde ou faute grave ;
- le chômage consécutif au licenciement d'un assuré salarié de son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise ;
- les mises en retraite, préretraites ou départs volontaires dans le cadre des contrats de solidarité ou de conventions conclues entre l'employeur et l'État n'impliquant pas la recherche d'un emploi (Fonds national pour l'emploi...) de convention de conversion ;
- la cessation d'activité résultant d'un accord entre l'employeur et salarié dit « départ négocié » ou « rupture conventionnelle » (y compris ceux donnant lieu à indemnisation par Pôle emploi ou par un organisme assimilé) ;
- le licenciement pour lequel l'assuré avait connaissance d'une procédure de suppression d'emploi le concernant au sein de son entreprise ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion ;
- le licenciement consécutif à une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire de l'entreprise prononcée avant l'adhésion.

7. Validité territoriale

Les garanties proposées s'exercent dans le **monde entier**.

8. Bénéficiaires

En cas de décès accidentel de l'assuré pendant la période d'accomplissement des formalités médicales, le capital assuré est versé à l'assuré(s) survivant(s), à défaut le conjoint de l'assuré à la date du décès, ni divorcé, ni séparé de corps, à défaut son partenaire avec lequel il est lié par un pacs, à défaut ses enfants nés ou à naître, vivants et non renonçants ou représentés, par parts égales, à défaut ses héritiers.

Compte tenu de l'objet de l'assurance, dans tous les autres cas, chaque organisme prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties. Toutefois, en accord avec chaque organisme prêteur, l'adhérent peut modifier cette désignation lors de l'adhésion.

Le contrat ne peut donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % du capital restant dû ou des mensualités même en cas de sinistre touchant simultanément plusieurs assurés au titre d'une même opération de prêt.

9. Comment se déroule la vie du contrat ?

Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue :

- à la date d'émission par l'assureur du certificat d'adhésion lorsque l'adhésion est acceptée sans surprime ou exclusion ;
- ou à la date d'acceptation de l'assuré de la proposition d'accord émise par l'assureur.

Date d'effet de l'adhésion

C'est la date qui correspond à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve du paiement de la première cotisation :

- date de conclusion de l'adhésion ;
- date d'effet souhaitée, indiquée sur la demande d'adhésion, postérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Dans tous les cas, la prise d'effet de l'adhésion et des garanties dépend de la mise en œuvre réelle de l'engagement entre l'adhérent et l'organisme prêteur, cet engagement étant matérialisé par la signature de l'offre de prêt, de crédit-bail ou de l'acte de cautionnement.

En cas d'adhésion électronique, les parties conviennent que les données sous forme électronique conservées par l'assureur valent signature par l'adhérent et l'assuré, leur sont opposables et peuvent être admises comme preuves de leur identité et de leur consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés.

La date d'effet de l'adhésion et des garanties est indiquée sur le certificat d'assurance.

En cas de décès après la signature de l'offre de prêt, mais avant le déblocage de tout ou partie des fonds, la garantie décès produit tous ses effets si l'opération pour laquelle le contrat de prêt est consenti demeure.

Période de validité des garanties

Les garanties s'appliquent dès la date d'effet de l'adhésion, sauf la garantie Perte d'emploi qui s'applique à la fin du délai de carence.

Elles prennent fin :

- dans tous les cas à la date de fin de prêt ou en cas d'exigibilité du prêt avant terme ;
- pour la garantie décès au plus tard au 90^e anniversaire de l'assuré ;
- pour la garantie temporaire décès par accident, à la date de communication par l'assureur de sa décision, au plus tard 60 jours après la date de réception de la demande d'adhésion ;
- pour les garanties PTIA, ITT, IPT, IPPRO et IPP, à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein, et au plus tard selon son choix lors de l'adhésion, à son 65^e, 67^e, ou 70^e anniversaire ;
- pour la garantie Perte d'emploi :
 - à la date à laquelle l'assuré a épuisé tout droit à indemnisation au titre de la garantie Perte d'emploi (durée maximale d'indemnisation atteinte) ;

- à la date de cessation définitive d'activité professionnelle de l'assuré ;
- à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein ;
- à la date à laquelle l'assuré perçoit une aide de l'État au titre de la création d'entreprise ;
- et au plus tard au 65^e anniversaire de l'assuré.

Durée de l'adhésion

Elle est d'un an renouvelable annuellement par tacite reconduction à la date anniversaire de l'effet de l'adhésion, et pendant toute la durée du prêt, sauf résiliation de la part de l'adhérent, avec l'accord de l'organisme prêteur, ou en cas de non-paiement des cotisations.

Changement de situation de l'assuré

En cas de modification de sa situation personnelle ou professionnelle, l'assuré peut le déclarer à l'assureur.



L'assuré n'est pas tenu de déclarer un changement de situation personnelle ou professionnelle. Ses garanties sont valables pendant toute la durée du prêt.

Par ailleurs, l'adhérent doit déclarer toute modification du prêt, du crédit-bail ou de l'engagement de caution couverts, dès qu'il en a connaissance. À défaut, c'est le dernier tableau d'amortissement communiqué et enregistré dans les conditions particulières qui fait foi. S'il s'agit d'une augmentation du capital emprunté ou d'une augmentation du financement pour une durée supérieure à 5 ans (à l'exclusion de toutes autres modifications du financement), la couverture de cette augmentation est subordonnée à l'acceptation préalable de l'assureur.

L'adhérent doit aussi communiquer tout changement de coordonnées téléphoniques, électroniques et postales utilisées pour la communication avec l'assureur, dans les plus brefs délais. À défaut, les courriers, courriels ou SMS seront transmis aux dernières coordonnées connues et produiront tous leurs effets.

Particularité des prêts en devise

Les dispositions de la présente notice s'appliquent aux prêts libellés en francs suisses dans les conditions similaires à celles en vigueur pour les prêts libellés en euros et sont complétées par les dispositions suivantes.

Lors de l'adhésion, le montant du prêt à assurer et le tableau d'amortissement correspondant sont convertis en euros selon le taux de change en vigueur à cette date.

Le montant initial du prêt libellé en devises converti en euros peut être majoré par l'adhérent au moment de l'adhésion, par l'application d'un coefficient multiplicateur pouvant atteindre 120 %.

Ce barème reste valable pendant toute la durée du prêt et ne sera en aucun cas actualisé sauf en cas de renégociation du prêt ou de remboursement anticipé partiel du prêt.

Les cotisations et les prestations sont exprimées en euros.

En cas de sinistre, le montant des prestations est déterminé à partir du tableau d'amortissement remis par l'organisme prêteur, converti en euros selon le taux de change en vigueur au jour du sinistre, dans la limite du montant garanti figurant au certificat d'adhésion.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'assureur étant exprimé en euros, l'adhérent pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

Transférabilité du contrat

Dans le cas d'une renégociation ou du rachat de crédit dans un autre établissement, l'adhérent a la possibilité de transférer son contrat d'assurance sur le nouveau prêt sans formalités médicales, aux conditions suivantes :

- l'objet du nouveau prêt est de même nature que l'acquisition ayant donné lieu à celui initialement financé ;
- le montant du nouveau prêt n'excède pas le capital restant dû du prêt d'origine augmenté de la pénalité de rachat éventuelle, dans la limite de 5 % ;

- la durée du nouveau prêt n'excède pas la durée résiduelle du prêt d'origine, à plus ou moins 2 ans ;
- le montant des échéances de prêt ne dépasse pas 130 % du montant des échéances d'origine ;
- les garanties d'assurance sont les mêmes.

Pour demander la mise en œuvre de la transférabilité, l'adhérent doit transmettre à l'assureur dans un délai de six mois suivant la renégociation du prêt :

- un justificatif soit de remboursement anticipé, soit de renégociation du prêt faisant l'objet du contrat ;
- les caractéristiques du nouveau prêt.

Un certificat d'adhésion provisoire pourra alors être établi sur la base de ces documents, dans l'attente du courrier de renonciation de la part de la banque au bénéfice des prestations prévues par le contrat initial. Dès réception de ce courrier, le certificat d'adhésion définitif sera établi.

Si l'une des conditions ci-dessus n'est pas satisfaite, l'assureur se réserve le droit de demander une expertise ou de faire procéder à un examen médical adéquat.

10. Comment mettre en œuvre les garanties, qui contacter ?

Dans tous les cas, il faut fournir :

- le tableau d'amortissement, ou l'échéancier du prêt ou du crédit-bail en vigueur au jour du sinistre ;
- une copie du contrat de prêt ou de crédit-bail ;
- pour tout bénéficiaire autre que l'organisme prêteur auprès duquel le contrat de prêt ou de crédit-bail a été contracté, la pièce d'identité de ce bénéficiaire (carte d'identité, passeport, extrait Kbis...) ;
- les attestations de Sécurité sociale ou organisme équivalent, ou justificatifs d'arrêt de travail avant l'adhésion de l'assuré,

En cas d'accident, l'adhérent, l'assuré ou les ayants droit de l'assuré doivent fournir les documents suivants :

- un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie...

En cas d'accident ou de maladie survenus hors de France, le bénéfice du paiement de la prestation ne débute qu'au jour de la constatation médicale qui devra être faite soit en France, soit dans le pays du lieu de l'accident ou de la maladie par un médecin mandaté par l'assureur en cas d'impossibilité de se déplacer pour raison médicale, le décompte de la franchise débute ce même jour.

En cas de décès, il faut fournir :

- l'acte de décès de l'assuré comportant l'indication de sa date de naissance ;
- si nécessaire, une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du bénéficiaire, ainsi qu'un acte de notoriété ;
- l'attestation de dissolution du pacs pour cause de décès, si le bénéficiaire est le partenaire d'un pacs ;
- le questionnaire médical qui est fourni par l'assureur, à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès.

En cas de PTIA, il faut fournir :

L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de trois (3) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie PTIA, accompagnée des pièces suivantes :

- la notification de mise en invalidité de 3^e catégorie pour les assujettis à la Sécurité sociale ou organisme équivalent, ou un certificat médical attestant de l'invalidité pour les non-assujettis ;

En cas d'ITT, IPT ou IPP, il faut fournir :

L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de trois (3) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre des

garanties ITT, IPT ou IPP, accompagnée des pièces suivantes :

- un certificat médical précisant la période prévue d'arrêt de travail ou de repos complet dans la circonscription, avec la nature et les circonstances de l'accident ou de la maladie justifiant le sinistre ;
- l'éventuel certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail ;
- l'éventuel avis de prolongation d'arrêt de travail ou de repos complet émanant du médecin ;
- les décomptes de règlement des indemnités journalières du régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré ;
- la notification de mise en invalidité pour les assujettis à la Sécurité sociale ou organisme équivalent ;
- en cas d'ITT, le questionnaire médical qui est fourni par l'assureur, à faire remplir et signer par le médecin traitant.

Dans le cas où la déclaration est faite plus de 6 mois après l'arrêt de travail, l'assureur se trouve alors dans l'impossibilité de contrôler l'état d'incapacité de l'assuré, et dans ce cas le sinistre est considéré être survenu le jour de la déclaration.

En cas d'IPPRO, il faut fournir :

L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de trois (3) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie IPPRO, accompagnée :

- d'un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de santé au jour du sinistre.

En cas de perte d'emploi, il faut fournir dans un délai de trois (3) mois à compter du licenciement :

Pour les assurés salariés, copie :

- de la lettre de convocation à l'entretien préalable au licenciement remise par l'employeur ;
- de la lettre de licenciement remise par l'employeur ;
- du certificat de travail ;
- de la lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par Pôle emploi ou organismes assimilés ;
- des décomptes des allocations de chômage versées mensuellement par Pôle emploi ou organismes assimilés.

Pour les assurés exerçant une activité en tant que chef d'entreprise en nom personnel ou dirigeant d'entreprise mandataire social :

- copie de la justification de l'acceptation du service des prestations par un régime privé d'assurance chômage réservé aux dirigeants d'entreprise ;
- les décomptes mensuels correspondant aux allocations chômage.

L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce non citée ci-dessus selon la situation du dossier. En l'absence de transmission des documents sollicités par l'assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.

Expertise médicale

Selon les dispositions de la notice du contrat, il est rappelé que :

- l'assureur se réserve le droit de diligenter à tout moment une expertise ou un contrôle médical pour lui permettre l'appréciation au mieux du risque assuré ;
- seul l'assureur est habilité à fixer le taux d'invalidité permanente totale, d'invalidité professionnelle ou d'invalidité permanente partielle et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire de protection sociale de l'assuré ou organisme équivalent.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, le versement des prestations sera suspendu.

Tierce expertise

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin expert missionné par SwissLife sur l'état de PTIA, IPT, IPPRO, ITT, IPP, GIS, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'assuré.

L'assuré et Swiss Life se porteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à prononciation de la sentence arbitrale.

Qui contacter ? Coordonnées du gestionnaire du contrat

Swiss Life gestion emprunteur

38, rue La Condamine – 75017 Paris – Téléphone : 01 84 23 27 33

11. Les cotisations

La cotisation d'assurance dépend :

- du montant du prêt garanti à la date de conclusion de l'adhésion, et du montant du capital restant dû à la date anniversaire de la conclusion de l'assurance pour les années suivantes ;
- de la quotité assurée ;
- de l'âge de l'assuré à la date d'effet de l'adhésion pour la première année, puis de l'âge atteint de l'assuré à chaque renouvellement de l'adhésion ;
- de la formule choisie lors de l'adhésion ;
- des tarifs et majorations en vigueur lors de l'adhésion ;
- de la profession et du statut fumeur / non-fumeur de l'assuré ;

L'échéancier des cotisations est fixé et communiqué lors de l'adhésion.

Irrévocabilité des tarifs

Les taux de cotisations sont fixés à l'adhésion et sont maintenus pendant toute la durée du contrat, sous réserve de conservation des garanties souscrites.

Ils peuvent uniquement évoluer en cas de changement des taxes ou impôts applicables à l'adhésion.

Dans la limite de la législation en vigueur, chaque cotisation est payable par l'adhérent à la date indiquée dans l'échéancier des cotisations qui lui est remis, et prélevée par l'assureur sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou bien, sur demande adressée à l'assureur, dans un autre pays de la zone SEPA.

L'adhérent peut opter, au moment de l'adhésion, pour un paiement par prélèvement annuel, semestriel, trimestriel, ou mensuel, à condition que chaque prélèvement de cotisation soit supérieur à 20 euros TTC.

Le non-paiement des cotisations entraîne la résiliation de l'adhésion (dans les conditions prévues à l'article L. 113-3 du Code des assurances) ou bien l'exclusion de l'adhérent (dans les conditions prévues à l'article L. 141-3 du Code des assurances).

12. Convention AERAS – Garantie Invalidité spécifique (pour les prêts immobiliers ou professionnels)

- Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties ITT, IPP et IPT ont été refusées pour des raisons médicales ou assorties d'une exclusion de la (des) pathologie(s) déclarée(s). Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en décès/PTIA, et faisant l'objet de ce titre d'une exclusion et / ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie Invalidité spécifique à la convention AERAS se déclenche si vous vous retrouvez définitivement en invalidité professionnelle totale et si votre taux d'incapacité fonctionnelle, au sens du barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires, est au moins égal à 70 %. Lorsqu'elle est accordée, cette garantie spécifique ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'assuré ; en revanche les exclusions contractuelles prévues en ITT au chapitre 6 s'appliquent.

En cas de survenance d'une invalidité spécifique, les prestations sont celles qui auraient été versées en cas d'IPT, dans la limite de la quotité assurée et du même âge de fin de garantie qu'en IPT, et sous réserve :

- d'un classement en 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale ou organisme équivalent pour les salariés ;
- d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ;
- d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Vous pouvez retrouver toutes les informations sur la convention AERAS sur le site www.aeras-infos.fr.

13. Renonciation

L'assuré peut renoncer à l'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion. Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle suivant, à votre service clients (rubrique « Qui contacter » au chapitre 10 :

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (*prénom et nom*), né(e) le (*date de naissance*) demeurant à (*adresse*) désire renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance SwissLife Assurance des Emprunteurs n° (*numéro de contrat*) pour laquelle j'ai effectué un versement de (*montant*).

Je demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L.132-5-1 du Code des assurances.

Date et signature

Article L. 132-5-1

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel. Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de 2 mois.

Les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion cessent immédiatement leurs effets à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).

L'assureur avertira par écrit le prêteur.

14. Résiliation

L'assuré peut mettre fin au contrat :

- à chaque échéance annuelle par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant cette date accompagné de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur
- pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel, durant les douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard quinze jours avant le terme de la période des douze mois mentionnés ci-avant accompagnée de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution si celle-ci est postérieure à la résiliation.

L'assureur peut mettre fin au contrat :

- en cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, conformément à l'article L. 132.20 du Code des assurances. Dans ce cas, l'assureur adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de cette lettre, le défaut de paiement entraîne la résiliation de plein droit du contrat. La résiliation ne donne lieu à aucun remboursement de cotisations de la part de l'assureur.

15. Litiges et réclamations – Médiation – Autorité de contrôle

15.1 Litiges et réclamations

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, vous êtes invité dans un premier temps, à prendre contact avec votre intermédiaire commercial ou bien le service clients (rubrique « Qui contacter » au chapitre 10).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations : Swiss Life gestion emprunteurs – Service Réclamations – 38, rue de la condamine – 75017 Paris.

15.2 Médiation

En dernier recours : la Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

15.3 Autorité de contrôle

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR – est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance – 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

16. Prescription

La prescription se définit comme le mode d'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. La prescription des actions dérivant d'un contrat d'assurance est régie par les articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances, ci-après reproduits dans leur version en vigueur à la date d'émission des présentes dispositions générales.

Article L. 114-1

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'assuré 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, nonobstant 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

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

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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité, sont énumérées aux articles 2240 à 2246 du Code civil. Au titre des dispositions de ces articles, la prescription est interrompue :

- en cas de reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;

- en cas de demande en justice, même en référé, y compris lorsque la demande est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé en raison d'un vice de procédure ; l'interruption de la prescription produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance mais sera considérée comme non avenue si le demandeur se désiste de sa demande, laisse périmer l'instance ou si sa demande est définitivement rejetée ;
- par une mesure conservatoire prise en application du Code de procédure civile d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil.

L'ensemble des articles cités ci-avant est disponible à la rubrique « Les Codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

17. Politique de protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité filiale de la holding Swiss Life France (dénommée groupe Swiss Life France) mentionnée sur ce document.

Les données collectées sont utilisées par les sociétés d'assurance du groupe Swiss Life France, à savoir SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises entre les trois sociétés d'assurances du groupe, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités au sein du groupe Swiss Life France pour les besoins de ces opérations.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre contrat. Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime. Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et e-mail des offres commerciales de la part des trois sociétés d'assurances du groupe Swiss Life France (SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens) pour des services et produits analogues. Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser à la direction gouvernance et qualité de la donnée : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil. Vous pouvez également écrire à notre délégué à la protection des données (DPO) : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret (DPOswisslife@swisslife.fr).

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, vous pouvez vous adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité. Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires. Vous pouvez en prendre connaissance sur notre site Internet : <http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees> ou demander que le document vous soit envoyé à l'adresse e-mail que vous nous indiquerez.

Annexe – Association générale interprofessionnelle de solidarité (AGIS)

Statuts modifiés par l'assemblée générale mixte du 13 juin 2018

Titre premier

Clauses générales

Article 1 – Création

Entre les membres fondateurs soussignés, il est créé une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par les textes qui l'ont modifiée ainsi que par les présents statuts.

Article 2 – Dénomination et siège social

L'association prend la dénomination de Association générale interprofessionnelle de solidarité (« AGIS ») et sera dénommée dans le cadre des présents statuts comme (« Association »).

Son siège social est établi 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret.

Le siège social pourra être déplacé sur le territoire français sur décision du conseil d'administration, qui dispose à cet effet, du pouvoir de modifier les statuts.

Le conseil d'administration pourra créer, s'il le juge opportun, pour la bonne gestion ou pour le développement de l'Association, des sections locales ou professionnelles.

Article 3 – Durée – Exercice social

L'Association est fondée pour une durée illimitée.

L'exercice social de l'Association commence le 1^{er} janvier et s'achève le 31 décembre de chaque année civile.

Article 4 – Objet

L'Association a pour but, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur :

1. de développer l'esprit de solidarité et d'entraide ;
2. de défendre les intérêts de ses membres ;
3. de coordonner l'action des différentes institutions avec lesquelles elle aura passé un accord à cette fin, d'assurer leur promotion et la gestion de leurs œuvres ou services ;
4. de négocier et de proposer à ses membres un ou plusieurs contrats, bons, garanties ou couvertures permettant la garantie des risques de prévoyance, le financement de la retraite, l'optimisation de placements. En particulier, de proposer à ses membres l'adhésion facultative à des contrats collectifs d'assurance vie ou des bons collectifs de capitalisation ;
5. d'assurer la gestion desdits contrats, bons, garanties ou couvertures proposés à ses membres ou d'autres contrats d'assurance, bons ou couvertures ;
6. d'apporter à tous ses membres l'aide matérielle et morale dont ils peuvent avoir besoin en toutes circonstances, en particulier les informer sur les possibilités qui leur sont offertes dans les domaines de la prévoyance, de la retraite, des placements et en matière d'assurance vie et de capitalisation ;
7. plus largement tout acte entrant dans le cadre de cet objet social ou permettant sa réalisation.

Article 5 – Composition – Membres

L'Association se compose des personnes physiques adhérant à un contrat d'assurance ou de capitalisation, garantie, bon ou couverture souscrit par l'Association. L'adhésion à l'Association et à ses statuts résulte automatiquement de l'adhésion à tout contrat, garantie, bon ou couverture souscrit par l'Association auprès d'un organisme habilité.

Article 6 – Perte de la qualité de membre

La qualité de membre se perd :

- automatiquement, à compter de la date à laquelle le membre cesse d'être partie à un contrat, bon, garantie ou couverture souscrit par l'Association, quelle qu'en soit la raison, y compris en cas de décès. Dans ce dernier cas, les droits et obligations pris antérieurement par le membre décédé pourront, le cas échéant, perdurer auprès de ses ayants droits en fonction de la nature des engagements ;

- à compter de l'exclusion d'un adhérent, notamment pour défaut de paiement des primes relatives à son adhésion dans les conditions de l'article L. 141-3 du Code des assurances ou pour atteinte grave aux intérêts de l'Association. Dans ce dernier cas, le membre concerné sera invité à fournir des explications ou produire tout élément matériel préalablement à la réunion au cours de laquelle sera décidée l'exclusion. Le membre pourra être assisté lors de cette réunion par un autre membre de l'Association. La décision d'exclusion sera, le cas échéant, notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec AR.

Article 7 – Cotisation

Il est institué une cotisation à la charge des membres de l'Association. Le montant et les modalités de règlement de cette cotisation sont fixés par le conseil d'administration.

Titre deuxième

Administration

Article 8 – Conseil d'administration

Article 8-1 – Composition

L'Association est administrée par un conseil d'administration composé de 12 administrateurs maximum élus par l'assemblée générale.

Le conseil d'administration doit être composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenant au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt, ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout administrateur venant en cours de mandat à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association, s'engage à en informer immédiatement le président par lettre recommandée avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration venait à faire passer le taux d'administrateurs dits indépendants à moins de 51 %, l'administrateur en question perdrait automatiquement sa qualité d'administrateur et il serait procédé à son remplacement au cours de la plus prochaine assemblée générale.

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans, et renouvelés par 1/3 tous les 2 ans. L'ordre de sortie est déterminé d'après l'ancienneté des nominations. Les administrateurs sortants sont rééligibles.

Les candidatures doivent être adressées au président du conseil d'administration au plus tard 15 jours avant la date de l'assemblée. Le conseil d'administration arrête les propositions de candidature soumises à l'assemblée générale ordinaire, sans pouvoir n'en écarter aucune.

Tout administrateur peut être révoqué *ad nutum* sur proposition de trois administrateurs au moins, lesquels doivent alors solliciter du président ou du conseil d'administration la convocation, dans un délai raisonnable, d'une assemblée générale ordinaire de l'Association qui statuera sur cette révocation et élira un nouvel administrateur en lieu et place de l'administrateur révoqué.

Le conseil d'administration procède à l'élection de son président et à sa révocation *ad nutum*, ce dernier ne prenant pas part au vote.

Article 8-2 – Pouvoirs du conseil d'administration

Le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions se rapportant à l'objet de l'Association, à son fonctionnement et à ses réalisations à la condition que celles-ci ne soient pas réservées à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration est notamment habilité à décider la souscription d'un contrat, bon, garantie ou couverture offert à l'adhésion des membres de l'Association.

Sur délégation de l'assemblée générale, conformément aux dispositions de l'article 10-1, le conseil d'administration peut également décider la signature d'un avenant.

Le conseil d'administration autorise tous achats, aliénations, contrats ou locations nécessaires au fonctionnement de l'Association et à l'atteinte de ses objectifs. D'une manière générale, le conseil peut déléguer une partie de ses pouvoirs à un administrateur, un membre du bureau ou un tiers. Cette délégation sera limitée dans son champ et dans sa durée. Le conseil d'administration surveille la gestion courante opérée par les membres du Bureau et dispose de la faculté de se faire rendre des comptes des actes et décisions prises.

En cas de besoin, le conseil d'administration ou le président peut s'assurer les services d'un conseiller technique ou expert nommé parmi les administrateurs ou non.

Le conseil d'administration peut convoquer les assemblées générales en cas de carence du président. Le conseil d'administration sera convoqué à la diligence du vice-président ou à défaut par un autre membre du bureau.

Article 8-3 – Président du conseil d'administration Bureau du conseil d'administration

Le conseil d'administration choisit un bureau comprenant :

- un président ;
- un vice-président ;
- un secrétaire ;
- un trésorier.

Les membres du bureau du conseil d'administration sont nommés pour deux ans. Ils sont rééligibles. Sous la responsabilité du conseil d'administration, le bureau du conseil d'administration assure l'expédition des affaires courantes ou urgentes.

Le bureau du conseil d'administration peut se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, membres de l'Association ou non.

Le président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et en justice, et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il a également pour rôle d'assurer la gestion courante de l'Association en liaison avec le bureau du conseil d'administration. Il a qualité pour ester en justice, peut former tous appels et pourvois et transiger sans autorisation.

Il ne peut en revanche procéder à tous achats, aliénations, contrats ou locations nécessaires au fonctionnement de l'Association et à l'atteinte de ses objectifs sans autorisation du conseil d'administration.

Le président convoque les assemblées générales et le conseil d'administration.

Il rend compte de sa gestion et de celle du bureau du conseil d'administration à l'assemblée générale ordinaire annuelle de l'Association.

Il peut déléguer pour des questions et un temps limité une partie de ses pouvoirs à un membre du conseil d'administration, à un membre du bureau du conseil d'administration, soit à un tiers.

Le président, au nom du conseil d'administration, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication prescrites par la législation et la réglementation en vigueur.

Article 8-4 – Réunions du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par an et toutes les fois qu'il est convoqué par le président à son initiative ou à celle de la moitié des administrateurs au moins.

Il délibère valablement à la majorité simple, quel que soit le nombre d'administrateurs présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 8-5 – Défraiement et indemnisation des administrateurs

Les frais entraînés par l'exercice de leurs fonctions sont remboursés aux administrateurs. Ils peuvent également recevoir des indemnités ou rétributions fixées chaque année par l'assemblée générale.

Article 9 – Règlement intérieur

S'il le juge nécessaire, le conseil d'administration pourra adopter un règlement intérieur qui précise les modalités d'application des présents statuts. Le conseil d'administration peut modifier le règlement intérieur à tout moment. Ce règlement Intérieur, ainsi que ses modifications éventuelles, devra être soumis à la ratification de la prochaine assemblée générale ordi-

naire de l'Association.

Le président, au nom du conseil d'administration, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication du règlement intérieur prescrites par la législation et la réglementation en vigueur.

Titre troisième

Assemblées générales

Article 10 – Assemblées générales (ordinaire et extraordinaire)

Article 10-1 – Assemblée générale ordinaire

L'assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'Association présents ou représentés.

L'assemblée générale ordinaire est seule compétente pour :

- nommer, renouveler et révoquer les membres du conseil d'administration (le ou les administrateurs concernés s'abstenant) ;
- contrôler la gestion du président ou du conseil d'administration et par délégation celle du bureau du conseil d'administration et leur en donner quitus ;
- statuer au moins une fois par an sur les comptes de l'Association et voter le budget de l'exercice suivant de l'Association ;
- autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe au sens de l'article L. 141-1 du Code des assurances souscrits par l'Association. L'assemblée générale peut toutefois déléguer au conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le conseil d'administration exerce alors ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'assemblée générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, en fait rapport à la plus proche assemblée. En application de l'article L. 141-7 du Code des assurances, l'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles des contrats d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation souscrits par l'association ;
- ratifier les avenants signés par le conseil d'administration sur délégation de l'assemblée ;
- et généralement pour délibérer sur les questions mises à l'ordre du jour.

L'assemblée générale ordinaire se réunit au moins une fois par an, dans les six mois de la clôture de l'exercice précédent.

Les membres sont informés de la tenue de l'assemblée générale ordinaire :

- uniquement les membres de l'Association titulaires d'une adhésion à un contrat d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation : sur convocation individuelle écrite adressée par lettre simple ou par courrier électronique ;
- pour les autres membres de l'Association : au moyen d'une insertion dans un journal d'annonces légales du ressort du siège social ou par tout autre moyen décidé par le conseil d'administration.

La convocation est effectuée, par le recours à un(des) moyen(s) susvisé(s), à l'initiative du président ou du conseil d'administration trente (30) jours au moins avant la date de la tenue de l'assemblée.

L'ordre du jour de l'assemblée générale ordinaire est arrêté par l'auteur de la convocation.

Tout projet de résolution communiqué au conseil d'administration soixante (60) jours au moins avant la date de l'assemblée générale ordinaire par le dixième des membres titulaires de droit de vote au moins, ou si ce nombre excède cent, par au moins cent (100) membres titulaires de droit de vote, sera soumis au vote de l'assemblée générale. Tout projet de résolution présenté par la moitié au moins des administrateurs et déposé auprès du conseil au moins soixante (60) jours avant la réunion sera également soumis à l'assemblée générale ordinaire.

La convocation mentionne l'ordre du jour, les projets de résolution, le lieu et l'heure de l'assemblée générale ordinaire.

L'assemblée générale ordinaire entend les rapports sur la gestion du président ou du conseil d'administration et par délégation celle du bureau du conseil d'administration, sur la situation financière et morale de l'Association.

L'assemblée générale ordinaire délibère à la majorité simple des membres titulaires de droit de vote, présents ou représentés, à raison d'une voix par membre, quel que soit le nombre d'adhésions à un(des) contrat(s) de groupe sur la vie ou de capitalisation du même membre. Cependant, concernant les délibérations relatives aux contrats d'assurance, ont voix délibérative uniquement les membres de l'Association titulaires d'une adhésion à un contrat d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation, tels que visés par l'article L. 141-7 du Code des assurances. Les autres membres n'ont voix délibérative que pour les délibérations relatives à la modification des contrats auxquels ils ont adhéré.

Chaque membre peut se faire représenter par son conjoint ou un membre de l'Association, ce dernier disposant à son tour de la capacité de remettre le pouvoir confié à son conjoint ou à un autre membre, étant précisé qu'il n'est pas possible d'être porteur de plus d'un pouvoir. Le pouvoir donné vaut pour une seule assemblée générale, ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint. Le cas échéant, le pouvoir vaut pour une assemblée générale mixte (assemblées ordinaire et extraordinaire tenues le même jour) ou deux, si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint. Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au président et donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le conseil d'administration.

L'assemblée générale ordinaire ne peut valablement délibérer que si mille membres titulaires du droit de vote ou un trentième desdits membres au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres titulaires du droit de vote présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance. La convocation de l'assemblée générale peut mentionner qu'en l'absence de quorum sur première convocation, une seconde assemblée est convoquée à une autre date que ladite convocation précise, et qui est postérieure d'au moins 15 jours à la date fixée pour la première assemblée. La convocation précise que dans ce cas, une information serait communiquée, après la première assemblée, sur un site Internet indiqué dans la convocation ainsi que dans un journal d'annonces légales du département du siège de l'association AGIS.

La présidence de l'assemblée générale ordinaire est assurée par le président du conseil d'administration ou, à défaut, par un administrateur désigné par le conseil d'administration.

Toutes les délibérations de l'assemblée générale ordinaire sont prises à la main levée. Le scrutin secret est de droit s'il est demandé par le président ou le conseil d'administration. Sur demande du conseil d'administration, le vote pourra être recueilli au moyen de procédés de communication à distance. Dans ce cas, tous les votes (à distance et à main levée) sont comptabilisés ensemble.

Les délibérations de l'assemblée font l'objet d'un procès-verbal rédigé sur un registre spécial signé par le président, le scrutateur et le secrétaire, puis sont transcrites sur un registre spécial signé par le président et par un administrateur. Une copie du procès-verbal de l'assemblée peut être consultée au siège de l'Association au plus tôt quinze (15) jours après la tenue de l'assemblée.

Article 10-2 – Assemblée générale extraordinaire

L'assemblée générale extraordinaire comprend tous les membres de l'Association.

Elle est convoquée dans les mêmes conditions de forme et de délais que l'assemblée générale ordinaire à l'initiative du président du conseil d'administration, ou sur proposition du conseil d'administration ou de 9 % des membres titulaires de droit de vote au moins.

L'assemblée générale extraordinaire a seule compétence pour décider :

- de modifier les statuts de l'Association sous réserve des clauses particulières concernant le transfert du siège ;
- de fusionner l'Association avec une autre association ayant le même objet ;
- de dissoudre l'Association.

Les délibérations proposées par des membres dans les conditions visées ci-dessus concernant les assemblées générales ordinaires devront également être soumises au vote de l'assemblée générale extraordinaire.

L'assemblée générale extraordinaire statue à la majorité simple des membres titulaires de droit de vote présents ou représentés pour toutes les décisions de modification des statuts et à la majorité des deux tiers des membres titulaires de droit de vote présents ou représentés pour toutes les autres décisions.

Sauf clause contraire, le déroulement de l'assemblée générale extraordinaire obéira aux règles prévues pour les assemblées générales ordinaires, en particulier en ce qui concerne les règles de quorum et de présidence.

Article 11 – Commissaires aux comptes

Il est prévu la faculté pour le conseil d'administration de désigner un ou plusieurs commissaires aux comptes. Cette désignation est soumise à la ratification de l'assemblée générale.

Titre quatrième

Ressources – Dépenses – Avoirs de l'Association

Article 12 – Ressources

Les ressources de l'Association comprennent :

- les cotisations de ses membres dans les conditions fixées par le conseil d'administration ;
- les subventions publiques qui pourront lui être accordées ;
- les revenus des biens qu'elle possède ;
- les sommes perçues en contrepartie des prestations qu'elle fournit ;
- de toutes autres ressources (subventions ou versements) autorisées par les textes législatifs et réglementaires.

L'Association n'a pas de but lucratif.

Article 13 – Dépenses

Les dépenses de l'Association comprennent toutes les sommes destinées à faire face aux charges découlant de son activité et son fonctionnement. Ces dépenses sont décidées par le conseil d'administration ou par toute autre personne que le conseil d'administration aura délégué expressément à cet effet.

L'Association répond de ses engagements sur ses propres ressources, sans aucune responsabilité personnelle de ses membres.

Article 14 – Avoir

L'avoir de l'Association est employé en toutes valeurs ou tous placements autorisés par la législation en vigueur.

Titre cinquième

Dissolution

Article 15 – Dissolution

La dissolution de l'Association est décidée par l'assemblée générale extraordinaire. L'assemblée désigne alors un administrateur ou un tiers pour prendre l'ensemble des décisions pour procéder à sa dissolution et en particulier liquidé les biens de l'Association.

Elle détermine les conditions de cette liquidation dans le cadre des lois et règlements en vigueur. En cas d'existence d'un actif net, ce montant sera versé à toute association ayant un objet similaire. En aucun cas, les membres de l'Association ne peuvent se voir attribuer une part quelconque des actifs de l'Association.

Conformément à l'article L. 140-6 du Code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'Association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.



SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 150 000 000 €

entreprise régie par

le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre

SwissLife Assurance

et Patrimoine

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 169 036 086,38 €

entreprise régie par

le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre

www.swisslife.fr

Association générale

interprofessionnelle de solidarité

AGIS

Association régie par la loi

du 1^{er} juillet 1901

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret