



## NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EMPRUNTEURS N° 6070 / 816607 ORANGE BANK – PRETS PERSONNELS DESIRIO

### → Préambule

Le contrat d'assurance de groupe emprunteurs n° 6070 / 816607 est souscrit par **Orange Bank** – Société Anonyme au capital de 1 152 775 712 euros – 67 rue Robespierre – 93107 Montreuil cedex – 572 043 800 RCS Bobigny – code NAF (ex code APE) : 6419 Z – immatriculée au registre de l'ORIAS – www.orias.fr (n° 07 006 369) en tant que courtier d'assurance ci-après dénommée « **la contractante** » auprès de **Groupama Gan Vie** pour les garanties Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), Incapacité temporaire totale (ITT) et Invalidité Permanente totale (IPT) et de **Gan Assurances** pour la garantie Perte d'emploi (PE) ci-après dénommées « **l'assureur** ».

La gestion du contrat d'assurance de groupe emprunteurs n° 6070 / 816607 est assurée par le Pôle Emprunteurs et Assurances Affinitaires de la Direction Collectives de Groupama Gan Vie – Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.

Ce contrat est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants. Il est en outre régi par le Code de la consommation et ses articles L.312-1 et suivants. Les déclarations de la contractante servent de base au contrat et les déclarations de l'assuré servent de base à l'acceptation de son adhésion et à l'application de ses garanties.

### OBJET DU CONTRAT ET OPTIONS DE GARANTIES

Le contrat a pour objet de garantir, dans les conditions énoncées ci-après le versement des prestations en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), d'incapacité temporaire totale (ITT), d'invalidité permanente totale (IPT) et de perte d'emploi (PE) de l'assuré au titre des prêts personnels définis au § PRETS du Titre I ci-après.

Trois options de garanties sont proposées :

- **Option 1 - assuré de moins de 65 ans au jour de sa demande d'adhésion** : Garanties Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie - Incapacité temporaire totale - Invalidité permanente totale
- **Option 2 - assuré de moins de 62 ans au jour de sa demande d'adhésion** : Garanties Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie - Incapacité temporaire totale - Invalidité permanente totale – Perte d'emploi
- **Option Senior - assuré de 65 ans et plus et de moins de 80 ans au jour de sa demande d'adhésion** : Garantie Décès

Le choix d'adhérer au contrat d'assurance et de l'option de garanties est effectué lors de la conclusion du contrat de crédit. Il est définitif.

### → Titre I - Définitions

Pour l'application du contrat et des garanties, les définitions suivantes sont retenues :

- **ACCIDENT** : Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provoquée par l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure à la victime. Il appartient aux ayants droit de l'assuré ou à l'assuré lui-même, en application de l'article 1353 du Code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie et l'arrêt de travail.

- **ACTIVITE PROFESSIONNELLE** : Activité normalement rémunérée, non occasionnelle au titre de laquelle l'assuré ou son employeur est obligatoirement assujéti au versement des cotisations à un régime social de base.

Le conjoint collaborateur (non salarié) ou le conjoint associé mentionné comme tel au Registre du Commerce et des Sociétés ou au Répertoire des Métiers **est considéré comme exerçant une activité professionnelle sous réserve des dispositions prévues au titre des garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale.**

- **ALLOCATIONS CHOMAGE** : Allocations servies par Pôle Emploi en application des articles L.5422-1 à L.5422-8 du Code du travail (salariés) et L.5424-1 du Code du travail (agents de l'Etat et des collectivités territoriales). **Les autres allocations susceptibles d'être versées aux personnes privées d'emploi par Pôle Emploi ou par tout autre organisme n'ont pas la nature d'allocations chômage au sens du contrat.**

- **ASSURE** : Toute personne physique âgée **au moins de 18 ans** et de **moins de 80 ans** au jour de sa demande d'adhésion :

➢ emprunteur et co-emprunteur d'un prêt personnel tel que défini au § PRETS ci-après,

➢ ayant la nationalité française ou la nationalité de l'un des pays de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe en France.

- **BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS** : La contractante est désignée comme bénéficiaire des prestations.

**Ce versement entre les mains de la contractante est libératoire pour l'assureur.**

- **DELAÏ DE CARENCE** : Période pendant laquelle les garanties Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale, Invalidité permanente totale et Perte d'emploi ne sont pas acquises à l'assuré.

- **DELAÏ DE FRANCHISE** : Période pendant laquelle les garanties Incapacité temporaire totale, Invalidité permanente totale et Perte d'emploi sont acquises à l'assuré mais n'ouvrent pas droit au versement des prestations.

- **INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT)** : Est considéré en état d'incapacité temporaire totale l'assuré âgé de moins de **65 ans**, exerçant une activité professionnelle au jour de l'arrêt de travail qui se trouve de façon temporaire, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer une activité professionnelle quelconque.

*Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.*

- **INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT)** : Est considéré en état d'invalidité permanente totale, un assuré âgé de moins de **65 ans** qui se trouve de façon permanente, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement d'exercer une activité professionnelle quelconque, sous réserve que le taux d'invalidité déterminé par l'assureur soit au moins **à 66 %**.

*Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base, par référence au barème contractuel.*

- **MALADIE** : Toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.

- **ORGANISME PRETEUR** : Orange Bank à savoir la contractante

- **PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)** : La perte totale et irréversible d'autonomie donnant lieu au versement anticipé du capital prévu en cas de décès est celle qui place l'assuré âgé de moins de **65 ans** dans l'impossibilité définitive, par suite d'accident ou de maladie, d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, qui l'oblige à avoir recours de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer), et ce, toute sa vie. *Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.*

- **POLE EMPLOI** : Organisme chargé d'effectuer le paiement des allocations d'assurance chômage.

- **PRETS** : Les prêts concernés sont des prêts personnels Desirio consentis par Orange Bank et sont les suivants :

➢ **Catégorie 1 : Prêts personnels Auto (véhicules neufs ou – 2 ans / d'occasion + 2 ans)**

Ces prêts sont amortissables par échéances mensuelles constantes et sont d'un montant minimum de 1 000 euros et d'un montant maximum de 75 000 euros et d'une durée minimum de 12 mois et maximum de 84 mois.

➢ **Catégorie 2 : Prêts personnels Travaux**

Ces prêts sont amortissables par échéances mensuelles constantes et sont d'un montant minimum de 1 000 euros et d'un montant maximum de 75 000 euros et d'une durée minimum de 12 mois et maximum de 120 mois.

➢ **Catégorie 3 : Prêts personnels Projets**

Ces prêts sont amortissables par échéances mensuelles constantes et sont d'un montant minimum de 1 000 euros et d'un montant maximum de 50 000 euros et d'une durée minimum de 12 mois et maximum de 84 mois.

Ces prêts peuvent comporter un différé d'amortissement total d'une durée maximum de 3 mois.

- **REGIME SOCIAL DE BASE** : Sécurité sociale, Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime de protection sociale de base à adhésion légalement obligatoire. **L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base et celles de l'assureur.**

## → Titre II - Exécution du contrat

### ARTICLE 1 – ADHESION – RENONCIATION – PRESCRIPTION – ETENDUE TERRITORIALE

#### A) ADHESION

L'adhésion est réservée à toute personne physique âgée **au moins de 18 ans** et de **moins de 80 ans** au jour de sa demande d'adhésion :

- emprunteur et co-emprunteur d'un prêt personnel tel que défini au § PRETS ci-avant,
- ayant la nationalité française ou la nationalité de l'un des pays de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe en France.

Au jour de sa demande d'adhésion, toute personne physique assurable doit :

- pour l'option 1 : être âgée de **moins de 65 ans**
- pour l'option 2 : être âgée de **moins de 62 ans** et exercer une activité professionnelle telle que définie au Titre I, au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis plus de 12 mois chez un même employeur et ne pas être en préavis de licenciement, de démission ou de mise en préretraite, ni en période d'essai, ni en chômage partiel, ni en situation de suspension du contrat de travail et être susceptible de bénéficier d'allocations chômage.
- pour l'option Senior : être âgée de **65 ans et plus** et de **moins de 80 ans**

#### A.1 Limites et répartition des garanties

- ✓ Les personnes physiques assurables âgées de moins de 65 ans n'exerçant pas d'activité professionnelle au sens du contrat au jour de leur demande d'adhésion peuvent demander leur adhésion au présent contrat dans le cadre de l'option 1 mais elle sont garanties uniquement en cas de décès et de PTIA. Les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale seront acquises, dès le jour de leur entrée en fonction si elles viennent au cours de leur adhésion à exercer une activité professionnelle. Elles seront accordées dans les conditions fixées lors de l'adhésion sous réserve du paiement de l'intégralité des cotisations applicables à l'ensemble des garanties depuis l'origine. Cette disposition n'est pas applicable aux personnes physiques ayant le statut de conjoint collaborateur ou de conjoint associé au sens du § ACTIVITE PROFESSIONNELLE ci-avant qui peuvent bénéficier des garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale.
- ✓ Les personnes physiques assurables âgées de moins de 62 ans mais ne remplissant pas les conditions de l'option 2 mentionnées ci-dessus ne peuvent pas choisir l'option 2.
- ✓ Les garanties sont accordées à hauteur de 100 % du capital emprunté ; elles peuvent être réparties sur plusieurs têtes (emprunteur et coemprunteur).

**Dans ce cas, au titre de l'ensemble des garanties, chacune des têtes est assurée pour la totalité du prêt personnel.**

Il est toutefois précisé que les prestations de l'assureur restent limitées pour un même prêt personnel au montant des engagements financiers tels qu'ils résultent du contrat de crédit, tant en ce qui concerne le montant du capital restant dû en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie qu'en ce qui concerne le montant des mensualités en cas d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente totale ou de perte d'emploi.

**Dans tous les cas, les garanties seront accordées pour chaque assuré, pour les montants déclarés à l'assureur, sans que la limite prévue au paragraphe A.2 ci-après puisse être dépassée.**

#### A.2 Engagement maximum de l'assureur

L'engagement maximum de l'assureur est limité sur la tête d'un même assuré, en une ou plusieurs adhésions au contrat d'assurance n°6070 / 816607 à 75 000 euros.

En cas de décès ou de PTIA, les prestations versées par l'assureur sont ainsi limitées à 75 000 euros.

#### B) CONDITIONS D'ADHESION

Lors de sa demande d'adhésion au contrat, toute personne physique assurable doit remplir et signer le bulletin d'adhésion intitulé « Adhésion à l'assurance facultative – emprunteurs » intégré dans l'offre de contrat de crédit.

Ce bulletin d'adhésion comporte notamment les nom, prénom et date de naissance de l'emprunteur et du co-emprunteur, le consentement par écrit à l'assurance en cas de décès, les indications relatives au prêt personnel consenti par Orange Bank et l'option de garanties choisie.

En outre, toute personne physique assurable doit satisfaire aux formalités médicales demandées par l'assureur déterminées compte tenu de son âge au jour de la demande d'adhésion et du montant du prêt personnel. Ces formalités médicales sont établies comme suit :

Age au jour de la demande d'adhésion	Montant du prêt personnel		
	Jusqu'à 15 000 euros	De 15 001 à 25 000 euros	De 25 001 à 75 000 euros
< 65 ans	-	-	Questionnaire de santé
De 65 à 79 ans	-	Questionnaire de santé	

Le questionnaire de santé est valable pendant une période de **6 mois** à compter de sa signature.

L'acceptation du risque par l'assureur est faite aux conditions normales dès lors que la personne physique assurable répond « Non » à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.

Dans les autres cas, l'assureur peut prendre l'une des décisions suivantes :

- acceptation de l'adhésion à des conditions particulières moyennant une surprime,
- refus.

Il est précisé que toute acceptation à des conditions particulières ou tout refus est notifiée par lettre recommandée par l'assureur.

L'acceptation du risque par l'assureur est valable pendant une durée de **6 mois**. Le déblocage des fonds en une fois doit intervenir dans ce délai.

Toute personne physique assurable acceptée est dénommée ci-après l'assuré.

#### C) RENONCIATION

L'assuré a la possibilité de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de **30 jours** calendaires révolus à compter de la date à laquelle l'assuré est informé que son adhésion est conclue.

Cette lettre recommandée adressée à l'assureur doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) (nom / prénom) ... déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat n°6070 / 81 6607 et demande le remboursement des cotisations versées dans les conditions définies par l'article L.132-5-1 du Code des assurances. »

La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes versées, dans un délai maximal de **30 jours** calendaires révolus à compter de la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée.

#### D) PRESCRIPTION

**Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

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

**Aux termes de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :**

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice (même en référé) jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution ou une mesure conservatoire pris en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompait la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ses héritiers (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompait le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception (adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement des cotisations et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le versement des prestations).

## E) ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois, si l'assuré se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale suite à un accident ou une maladie survenus hors de France, la constatation médicale de cet état et la détermination du taux d'invalidité sont effectuées en France métropolitaine par le médecin-conseil de l'assureur.

**Les frais de retour en France métropolitaine ou de rapatriement restent en tout état de cause à la charge de l'assuré.**

### ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES – DUREE DE L'ADHESION – MODIFICATIONS EN COURS D'ADHESION A) PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

Sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur et du paiement de la première cotisation, l'adhésion et les garanties prennent effet au plus tôt à la date du déblocage des fonds en une fois.

**Toutefois, les garanties ne sont acquises qu'à l'issue d'un délai de carence de :**

- **90 jours** décomptés à partir de la prise d'effet de l'adhésion pour les garanties Décès et PTIA. **Tout décès ou toute PTIA consécutif à une maladie intervenant pendant le délai de carence ne peut donner lieu à aucune indemnisation par l'assureur.**

Cette disposition n'est pas applicable en cas de décès ou de PTIA consécutif à un accident.

- **90 jours** décomptés à partir de la prise d'effet de l'adhésion pour les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale. **Tout arrêt de travail consécutif à une maladie intervenant pendant le délai de carence ne peut donner lieu à aucune indemnisation, quel que soit la durée de l'incapacité temporaire totale ou de l'invalidité permanente totale.**

Cette disposition n'est pas applicable en cas de d'arrêt de travail consécutif à un accident.

- **90 jours** décomptés à partir de la prise d'effet de l'adhésion pour la garantie Perte d'emploi. **Tout licenciement intervenant pendant le délai de carence ne peut donner lieu à aucune indemnisation, quel que soit la durée du chômage.** La date du licenciement retenue est celle de la lettre de licenciement émise par l'employeur.

### B) DUREE DE L'ADHESION

Sous réserve des dispositions prévues au Titre VI Cotisations et à l'article 3, l'adhésion est souscrite pour toute la durée du prêt personnel.

### C) MODIFICATIONS EN COURS D'ADHESION

• **Modification de la mensualité** : la modification de la mensualité peut porter sur une augmentation ou une réduction dans la limite d'un allongement de la durée du prêt personnel de 12 mois maximum. Cette modification peut intervenir une fois par an et à trois reprises sur la durée du prêt personnel.

• **Suspension d'échéance** : la suspension d'échéance conduit à une suspension du paiement d'1 à 3 mensualités dans la limite d'un allongement de la durée du prêt personnel de 12 mois maximum.

• **En cas de remboursement anticipé partiel** : le remboursement anticipé partiel se traduit soit par une réduction du montant des mensualités restant dues soit par une réduction de la durée du prêt personnel.

### ARTICLE 3 – CESSATION DE L'ADHESION, DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS – DECHEANCE DES GARANTIES – FAUSSE DECLARATION

#### A) CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat cesse :

- à la date du terme du prêt personnel,
- à la date de remboursement total par anticipation du prêt personnel pour quelque cause que ce soit,
- à la date d'exigibilité anticipée du solde restant dû, en cas de non remboursement des échéances contractuelles du prêt (déchéance du terme du prêt prononcée par l'organisme prêteur),
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'assuré dans les conditions définies par l'article L.113-12 du Code des assurances,
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

#### B) CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations cessent :

- à la date de cessation de l'adhésion conformément aux dispositions ci-avant,
- pour la garantie Décès : le jour du 80<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie : le jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré,
- pour les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale : le jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré et en tout état de cause à la date de liquidation de sa pension de retraite y compris pour inaptitude au travail ou en cas de cumul emploi-retraite ou de mise en préretraite.
- pour la garantie Perte d'emploi : le jour du 62<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré et en tout état de cause à la date de liquidation de sa pension de retraite.

**L'attention de l'assuré est attirée sur le fait que dans le cas où l'engagement entre la contractante se prolonge au-delà des dates limites prévues ci-avant, il ne bénéficie plus des garanties et des prestations.**

### C) DECHEANCE DES GARANTIES

L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'assuré dès lors qu'il constate que ce dernier a, intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistre impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une déclaration de sinistre.

### D) FAUSSE DECLARATION

**Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.**

**Conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du Code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle entraîne :**

- si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre, une augmentation des cotisations ou la résiliation de l'adhésion ;
- si la réticence ou la fausse déclaration est constatée après un sinistre, une réduction des prestations en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si le risque avait été complètement et exactement déclaré.

### ARTICLE 4 – RECLAMATION – MEDIATION – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES – DEMATERIALISATION DES ECHANGES – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

#### A) RECLAMATION – MEDIATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat d'assurance, l'assuré peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service en charge des relations avec la clientèle à l'adresse suivante :

- Groupama Gan Vie – Service des relations avec les consommateurs  
Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro  
92024 Nanterre  
Tél. : 01 70 96 62 68  
src-collectives@ggvie.fr

Si cette première réponse ne le satisfait pas, sa réclamation peut être transmise au Service Réclamations de l'assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal : Groupama Gan Vie  
Service Réclamations  
TSA 91414  
35090 Rennes Cedex 9

- par internet sur le site : <https://reclamations.ggvie.fr>

L'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. La réponse définitive à la réclamation sera apportée dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, il peut recourir à la Médiation de l'Assurance sur le site [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) ou par courrier (Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09). Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

#### B) PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies à différentes étapes des activités commerciales ou d'assurance de l'assureur concernant les assurés ou les personnes parties ou intéressés au contrat. Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

#### Les droits de l'assuré sur les données personnelles :

L'assuré dispose de droits sur ses données en justifiant de son identité :

- droit de prendre connaissance des informations dont l'assureur dispose et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification).
- droit de demander l'effacement de ses données ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation).
- droit de s'opposer à l'utilisation de ses données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition).
- droit de récupérer les données qu'il a personnellement fournies pour l'exécution de son contrat ou pour lesquelles il a donné son accord (droit à la portabilité des données).
- droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication des données après son décès.

L'assuré peut exercer ces droits par courrier postal adressé au Délégué à la Protection des Données de l'assureur – Groupama Gan Vie - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre ou par mail à [contact.dpo@ggvie.fr](mailto:contact.dpo@ggvie.fr)

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du médecin-conseil de l'assureur : Groupama Gan Vie - Monsieur le Médecin-conseil - Service Médical Collectives - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.

L'assuré peut également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) s'il estime que l'assureur a manqué ses obligations concernant ses données.

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter l'assuré pour vérifier ou compléter ces informations.

#### **Pourquoi l'assureur collecte-t-il des données personnelles ?**

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous :

#### **• Passation, gestion, exécution du contrat d'assurance et gestion commerciale des clients et prospects**

Les données recueillies à différentes étapes de la souscription ou de la gestion du contrat d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- L'étude des besoins en assurance afin de proposer un contrat adapté à chaque situation.
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque.
- La gestion du contrat (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat) et l'exécution des garanties du contrat.
- La gestion des clients.
- L'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux.
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles.
- La mise en place d'actions de prévention.
- Le respect d'obligations légales ou réglementaires
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées dans la limite de leurs attributions, à l'interlocuteur habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats, aux délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels ou fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées aux contrats ou à leur exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution du contrat d'assurance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord des personnes assurées.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseils de l'assureur, au service médical de l'assureur ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment les délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées 5 ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées 3 ans maximum.

#### **• Lutte contre la fraude à l'assurance**

L'assuré est également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude des dossiers, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, les données personnelles de l'assuré peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice ; officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA - 1 rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées 5 ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données sont conservées jusqu'à la fin de la procédure et expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de 5 ans à compter de l'inscription sur cette liste.

#### **• Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme**

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et, le financement du terrorisme ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et gel des avoirs.

Les données utilisées à cette fin sont conservées 5 ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires.

Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

#### **• Satisfaction / Qualité de services**

Dans son intérêt et celui des assurés ou des personnes parties ou intéressés aux contrats, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent être réalisées. Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone peuvent être enregistrés et analysés.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de 6 mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de 3 ans.

#### **• Études, Statistiques**

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser ou d'exploiter des données à caractère personnel concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer les offres de produits et services, de personnalisation des relations.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat), collectées automatiquement ou communiquées par les intéressés eux-mêmes.

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

#### **• Communication institutionnelle et fonctionnement des instances**

Du fait de la qualité de membre de l'association contractante ou de la souscription de certains contrats, des données peuvent être utilisées pour adresser des communications institutionnelles, des convocations aux Instances légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion de ces instances (ex : convocation aux Assemblées Générales, ...), par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS...).

Ces traitements sont mis en œuvre pour le respect des obligations statutaires ou réglementaires de l'entreprise.

L'assuré peut s'opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles (voir Les droits de l'assuré sur les données personnelles).

L'assuré peut également s'opposer à la réception par voie électronique des documents nécessaires aux Instances (sauf si statutairement prévu). Dans ce cas, ces documents légalement prévus seront adressés soit par courrier postal, soit par tout autre canal.

Ces informations sont conservées le temps de la relation contractuelle ou le temps nécessaire à la gestion des instances, suivi des délais de prescriptions applicables.

#### **• Transferts d'informations hors de l'Union Européenne**

Les données personnelles concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex. : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution du contrat, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées.

## C) DEMATERIALISATION DES ECHANGES

### 1) Echanges dématérialisés avec l'assuré

S'agissant des informations et documents relatifs à votre adhésion, l'assuré est informé que l'assureur peut échanger de façon dématérialisée et notamment fournir à l'assuré ou mettre à sa disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via l'espace client sécurisé.

Par la communication de son adresse électronique lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, l'assuré reconnaît que cette dématérialisation est adaptée à sa situation.

L'assuré peut, à tout moment, s'opposer à la dématérialisation et demander à l'assureur, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à sa charge.

Pour ce faire, l'assuré peut adresser un courrier ou un courrier électronique à l'assureur ou l'appeler. L'assuré peut également faire son choix à partir de son espace client sécurisé.

L'assuré s'engage à informer sans délai à l'assureur de toute modification de son adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de son adhésion.

### 2) Mise à disposition d'un Espace client sécurisé

L'assureur peut mettre à disposition de l'assuré un espace client sécurisé lui permettant :

- de prendre connaissance d'informations et de documents déposés par l'assureur : il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) fournis par l'assureur sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que l'assuré puisse s'y reporter ;
- de bénéficier d'un service de consultation et de gestion de l'adhésion de l'assuré.

### 1. Code d'accès

L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe est communiqué à l'assuré de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par ses soins.

Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction d'identifier l'assuré, permettant ainsi de garantir l'habilitation de l'assuré à consulter et à gérer son adhésion dans l'espace client.

L'assuré s'engage à assurer la confidentialité de son code d'accès.

En cas de perte ou de vol de son code d'accès confidentiel, l'assuré doit impérativement et sans délai informer l'assureur, afin qu'un nouveau mot de passe lui soit attribué.

Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de la responsabilité exclusive de l'assuré.

En cas de négligence de la part de l'assuré, l'assuré est seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de son code d'accès confidentiel.

### 2. Acceptation des Conditions Générales d'Utilisation (CGU)

Lors de sa première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de son code d'accès, l'assuré doit prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de son adhésion et pour prendre connaissance des informations et documents mis à disposition par l'assureur.

### 3) Convention de preuve

La présente convention de preuve s'applique :

- à la fourniture par l'assureur d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à l'attention de l'assuré ;
- à la mise à disposition par l'assureur d'informations ou de documents sur son espace client sécurisé ;
- aux opérations de consultation et de gestion de l'adhésion que l'assuré a effectuées dans son espace client sécurisé.

L'assuré et l'assureur acceptent et reconnaissent mutuellement que :

- toute opération de consultation ou de gestion, et plus généralement toute opération effectuée dans l'espace client sécurisé, après authentification au moyen du code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par l'assuré lui-même ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations que l'assuré a réalisées dans son espace client sécurisé et conservées informatiquement par l'assureur sont opposables à l'assuré et auront valeur de preuve.
- concernant les échanges dématérialisés entre l'assuré et l'assureur, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans le système d'information de l'assureur sont opposables à l'assuré et auront valeur de preuve.

### D) LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En tant qu'entreprise d'assurance, l'assureur est assujéti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme des dispositions de l'article L.561-1 du Code monétaire et financier.

L'assureur est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses assurés.

## → Titre III – Garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

### ARTICLE 5 – GARANTIE DECES

#### A) DEFINITION – MONTANT DES PRESTATIONS

En cas de décès d'un assuré par suite d'accident ou de maladie avant son 80<sup>ème</sup> anniversaire, cette garantie a pour objet de verser à la contractante, sous réserve des dispositions de l'article B) EXCLUSIONS ci-dessous et compte tenu de la limite fixée à l'article A.2 Engagement maximum de l'assureur le capital restant dû (principal et intérêts courus depuis la dernière mensualité) au jour du décès, tel qu'il ressort du tableau d'amortissement arrêté à la date du décès, sous réserve que ce tableau d'amortissement ait été porté à la connaissance de l'assureur.

Si une mensualité survient le jour du décès, elle est considérée comme postérieure à celui-ci et la part d'amortissement comprise dans la mensualité est incluse dans les prestations.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des mensualités (mensualités impayées, intérêts de retard, ...) ne sont pas prises en charge.

Dans tous les cas, les prestations prévues ci-dessus seront versées par l'assureur, sous déduction le cas échéant des sommes versées ou à verser par l'assureur au titre des garanties Incapacité temporaire totale, Invalidité permanente totale ou Perte d'emploi pour la période comprise entre la date de la mensualité précédant le sinistre et la date de celui-ci.

#### B) EXCLUSIONS

**Sont exclus de la garantie Décès :**

- le suicide de l'assuré survenant au cours de la première année de l'adhésion à compter de sa prise d'effet.
- le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'Etat français.
- les suites, séquelles et conséquences d'une affection médicalement constatée antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion ou d'un accident survenu antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion.

#### C) FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE DECES

Le décès d'un assuré doit être déclaré à l'assureur par l'intermédiaire de la contractante dans le plus bref délai possible. Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires, lesquelles comprennent notamment :

- la copie du bulletin d'adhésion,
- un original de l'acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical original obtenu par les ayants-droit auprès du médecin traitant de l'assuré indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu. Ce certificat médical devra être adressé sous pli confidentiel par les ayants droit de l'assuré au médecin-conseil de l'assureur.
- une déclaration de décès dûment complétée par les ayants droit de l'assuré,
- le tableau d'amortissement en cours au jour du décès,
- une attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant du capital restant dû par l'assuré au jour du décès.

**Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur – Groupama Gan Vie – Service Médical Collectives – Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.**

L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

### ARTICLE 6 – GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

#### A) DEFINITION – MONTANT DES PRESTATIONS

L'assuré est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie s'il est, avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire dans l'impossibilité définitive, par suite d'accident ou de maladie, d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer), et ce, toute sa vie.

Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.

En cas de PTIA d'un assuré par suite d'accident ou de maladie avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire, cette garantie a pour objet de verser à la contractante, sous réserve des dispositions de l'article **B) EXCLUSIONS** ci-dessous les prestations égales à celles prévues au titre de la garantie Décès au jour de la reconnaissance de la PTIA par l'assureur.

Ce versement par anticipation met fin à l'ensemble des garanties Décès, Incapacité temporaire totale, Invalidité permanente totale et Perte d'emploi pour l'assuré concerné et entraîne la cessation de son adhésion.

Si une mensualité survient le jour de la reconnaissance de la PTIA, elle est considérée comme postérieure à celui-ci et la part d'amortissement comprise dans la mensualité est incluse dans les prestations.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des mensualités (mensualités impayées, intérêts de retard, ...) ne sont pas prises en charge.

Dans tous les cas, les capitaux prévus ci-dessus seront versés par l'assureur, sous déduction le cas échéant des sommes versées ou à verser par l'assureur au titre des garanties Incapacité temporaire totale, Invalidité permanente totale ou Perte d'emploi pour la période comprise entre la date de la mensualité précédant le sinistre et la date de celui-ci.

#### **B) EXCLUSIONS**

**Sont exclues de la garantie PTIA les suites, séquelles et conséquences :**

- d'un accident ou d'une maladie résultant du fait volontaire de l'assuré, de tentative de suicide, de mutilation volontaire,
- d'un accident ou d'une maladie résultant de l'usage de stupéfiants, de psychotropes ou de substances médicamenteuses hors prescription médicale,
- d'une affection médicalement constatée antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion ou d'un accident survenu antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion,
- d'un accident ou d'une maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une émeute, une rixe ou un acte de terrorisme dans lequel l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
- d'un accident ou d'une maladie mettant en cause l'Etat français.

#### **C) FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE PTIA**

La preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration à l'assureur par l'intermédiaire de la contractante. Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires qui comprennent notamment :

- l'original du bulletin d'adhésion,
- un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant de l'assuré. Ce certificat médical devra être adressé sous pli confidentiel par l'assuré au médecin-conseil de l'assureur.
- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité délivrée par le régime social de base dont dépend l'assuré mentionnant la nécessité pour l'assuré d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
- le tableau d'amortissement en cours au jour de la reconnaissance de la PTIA,
- une attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant du capital restant dû par l'assuré au jour de la reconnaissance de la PTIA.

**Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur – Groupama Gan Vie – Service Médical Collectives – Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.**

L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

Pour être recevable, cette déclaration doit parvenir à l'assureur au plus tard 2 mois après le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré sous peine de déchéance.

#### **D) RECONNAISSANCE ET CONTROLE DE LA PTIA**

L'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale jugée utile pour apprécier, reconnaître ou contrôler son état de perte totale et irréversible d'autonomie indépendamment des décisions du régime social de base. Ainsi, les médecins mandatés par l'assureur ou ses médecins-conseils doivent avoir un libre accès auprès de l'assuré. Ils peuvent également convoquer l'assuré.

L'assuré peut, s'il le souhaite, se faire assister par un médecin de son choix, à ses frais.

**En cas de refus de l'assuré, l'assureur est en droit de surseoir de plein droit au paiement de ses prestations.** En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur portant sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré et l'assureur choisissent ensemble un 3<sup>ème</sup> médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal Judiciaire du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés pour moitié entre l'assureur et l'assuré.

### → Titre IV – Garanties Incapacité temporaire totale (ITT) et Invalidité permanente totale (IPT)

Le bénéfice des garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale est accordé aux assurés exerçant une activité professionnelle à la date de leur arrêt de travail. Il n'est pas accordé pendant le différé d'amortissement total.

#### **ARTICLE 7 – DEFINITION ET OBJET DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE**

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour de l'arrêt de travail qui, avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire, se trouve de façon temporaire, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.

En cas de d'incapacité temporaire totale d'un assuré par suite d'accident ou de maladie avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire, cette garantie a pour objet de verser à la contractante, sous réserve des dispositions de l'article **B) EXCLUSIONS** de l'article 9, les mensualités du prêt personnel telles que définies à l'article **A) MONTANT DES PRESTATIONS** de l'article 9, venant à échéance après expiration d'un délai de franchise fixé à **90 jours d'arrêt total et continu de travail**.

**RECHUTE** : Lorsque le versement des prestations par l'assureur a commencé, si l'assuré est médicalement apte à reprendre une activité professionnelle et s'il y a une rechute pour le même accident ou la même maladie dans un délai inférieur à 2 mois après cette aptitude, les versements sont repris par l'assureur comme s'il s'agissait d'un seul et même arrêt de travail sans qu'il soit fait application à nouveau du délai de franchise de 90 jours, la période pendant laquelle l'assuré a repris une activité professionnelle étant considérée comme une simple suspension du versement des prestations. Par contre, une rechute survenant plus de 2 mois après l'aptitude à la reprise d'une activité professionnelle est considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraîne à nouveau l'application du délai de franchise. Il est précisé que la rechute doit entraîner un **arrêt de travail total** pour qu'il y ait reprise du versement des prestations par l'assureur.

#### **ARTICLE 8 – DEFINITION ET OBJET DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE**

Est considéré en état d'invalidité permanente totale, l'assuré qui, avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire, se trouve de façon permanente, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement d'exercer une activité professionnelle quelconque, sous réserve que le taux d'invalidité déterminé par l'assureur soit au moins égal à **66 %**.

Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base, par référence au barème contractuel.

En cas d'invalidité permanente totale (**taux d'invalidité au moins égal à 66 %**) d'un assuré par suite d'accident ou de maladie, cette garantie a pour objet de verser à la contractante sous réserve des dispositions de l'article **B) EXCLUSIONS** de l'article 9, les mensualités du prêt personnel telles que définies à l'article **A) MONTANT DES PRESTATIONS** de l'article 9, venant à échéance après expiration d'un délai de franchise de **90 jours d'arrêt total et continu de travail**. Le délai de franchise ne sera toutefois pas appliqué si l'invalidité permanente totale fait suite sans discontinuité à une incapacité temporaire totale déjà indemnisée par l'assureur.

#### **DETERMINATION DU TAUX D'INVALIDITE**

Le taux d'invalidité retenu pour l'application du contrat, tant pour les non assurés sociaux que pour les assurés sociaux, est déterminé par voie de contrôle médical et par référence au barème croisant le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle sera appréciée de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités en droit commun – Barème du Concours Médical. L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100 % d'après le taux et la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident,

des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

Le tableau suivant indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

**Le taux d'invalidité est déterminé par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.**

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur portant sur le taux d'invalidité, l'assuré et l'assureur choisissent ensemble un 3<sup>ème</sup> médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal Judiciaire du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés pour moitié entre l'assureur et l'assuré.

TIP	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66,94
40	-	-	-	-	-	-	-	68,68	73,68	
50	-	-	-	-	-	-	68,40	73,99	79,37	
60	-	-	-	-	-	66,49	72,69	78,62	84,34	
70	-	-	-	-	-	70,00	76,52	82,79	88,79	
80	-	-	-	-	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83	
90	-	-	-	-	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55	
100	-	-	-	-	71,14	78,84	86,18	93,22	100	

TIP = TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE

**Le taux ouvrant droit aux prestations en cas d'invalidité permanente totale doit être au moins égal à 66 %.**

**Lorsque le taux d'invalidité est ou devient inférieur à 66 %, les prestations ne sont pas dues.**

## ARTICLE 9 – DISPOSITIONS COMMUNES

### A) MONTANT DES PRESTATIONS

La mensualité prise en compte par l'assureur est celle figurant sur le tableau d'amortissement en cours lors du sinistre sous réserve qu'il ait été porté à la connaissance de l'assureur.

En cas de modification de la mensualité en cours d'adhésion :

- en cas d'augmentation : il est précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'assureur si elle intervient pendant une période d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale de l'assuré.

- en cas de baisse : toute baisse des mensualités sera prise en compte par l'assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale.

Les montants de prise en charge de la première et de la dernière mensualité sont calculés au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail pris en considération par l'assureur au cours du mois considéré.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des mensualités (mensualités impayées, intérêts de retard, ...) ne sont pas prises en charge.

Après expiration du délai de franchise, l'assureur règle sous réserve des dispositions de l'article **B) EXCLUSIONS** ci-dessous, dans les conditions prévues ci-avant :

#### ① INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

- les mensualités (en capital et intérêts ou agios) du prêt personnel venant à échéance après expiration du délai de franchise fixé à **90 jours d'arrêt total et continu de travail.**

#### ② INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

- les mensualités (en capital et intérêts ou agios) du prêt personnel venant à échéance au cours de la période d'invalidité.

### B) EXCLUSIONS

**Sont exclues des garanties ITT et IPT les suites, séquelles et conséquences :**

- d'un accident ou d'une maladie résultant du fait volontaire de l'assuré, de tentative de suicide, de mutilation volontaire,
- d'un accident ou d'une maladie résultant de l'usage de stupéfiants, de psychotropes ou de substances médicamenteuses hors prescription médicale,
- d'une affection médicalement constatée antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion ou d'un accident survenu antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion,
- d'un accident ou d'une maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une émeute, une rixe ou un acte de terrorisme dans lequel l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
- d'un accident ou d'une maladie résultant d'une guerre mettant en cause l'Etat français,

- des affections psychiatriques et psychiques, de la fibromyalgie, du burn out et des troubles mentaux et du comportement y compris des troubles du comportement, des troubles de la personnalité, des troubles de l'humeur (dépression, anxiété), des troubles de l'adaptation, des troubles névrotiques, des troubles de l'alimentation, des troubles du sommeil, des troubles schizotypiques, des troubles psychotiques, des troubles délirants, des troubles bipolaires et de la schizophrénie sauf si ces affections ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus.

**En cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus survenant une période d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale, l'assureur verse les mensualités venant à échéance après expiration du délai de franchise fixé à 90 jours d'arrêt total et continu de travail.**

- des affections dorsales, de toute atteinte discale, vertébrale ou radicaire du rachis, y compris cervicologie, dorsalgie, lombalgie, sacralgie, coccyalgie, névralgie cervicobrachiale, sciatique, cruralgie et hernie discale, sauf si l'origine de ces affections est accidentelle ou si ces affections ont nécessité une intervention chirurgicale avec hospitalisation d'au moins 8 jours continus, **En cas d'intervention chirurgicale avec hospitalisation d'au moins 8 jours continus survenant une période d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale, l'assureur verse les mensualités venant à échéance après expiration du délai de franchise fixé à 90 jours d'arrêt total et continu de travail.**
- de la maternité, sauf si pour des causes pathologiques les assurées se trouvent en état d'incapacité ou d'invalidité, leur congé légal de maternité étant alors déduit de la durée d'arrêt de travail en plus du délai de franchise.

### D) FORMALITES A ACCOMPLIR

La preuve de l'incapacité temporaire totale ou de l'invalidité permanente totale incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration à l'assureur par l'intermédiaire de la contractante, au plus tard dans les **120 jours** qui suivent le **premier jour d'arrêt de travail.**

Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires qui comprennent notamment :

- la copie du bulletin d'adhésion,
- l'attestation médicale confidentielle complétée et signée par le médecin traitant de l'assuré. En cas d'invalidité permanente totale, un certificat médical sera établi par le médecin traitant de l'assuré décrivant le degré d'invalidité. Cette attestation et ce certificat devront être adressés sous pli confidentiel par l'assuré au médecin-conseil.
- une déclaration d'arrêt de travail dûment complétée par l'assuré,
- un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de l'assuré au jour du sinistre,
- les avis de prolongation : certificats médicaux et / ou décomptes des indemnités journalières ou attestations d'employeur reprenant les périodes d'arrêt de travail,
- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente accordée par le régime social de base dont dépend l'assuré,
- le tableau d'amortissement du prêt en cours au jour de l'arrêt de travail,
- une attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant des mensualités dues par l'assuré.

**Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de ou au médecin-conseil de l'assureur – Groupama Gan Vie – Service Médical Collectives – Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.**

*L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.*

**En cas de déclaration tardive (au-delà des 120 jours qui suivent le premier jour d'arrêt de travail), sauf cas de force majeure, tout sinistre sera considéré comme s'étant produit le jour de sa déclaration. Dans ce cas, l'assureur sert les prestations à partir de la date de réception de la déclaration, sans application du délai de franchise de 90 jours.**

Tant que l'assuré n'est pas médicalement apte à la reprise d'une activité professionnelle, il est tenu de fournir périodiquement à l'assureur un certificat médical attestant de la permanence de son état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale. L'assureur est autorisé à interrompre le paiement des prestations dans le cas où l'assuré n'apporterait pas la preuve du maintien de son état. Il en sera de même si l'assuré s'oppose aux visites ou examens médicaux demandés.

Le contrôle de l'assureur continuera à s'exercer jusqu'à la date d'expiration du droit aux prestations en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale.

Au titre de la garantie Incapacité temporaire totale, le règlement des prestations est effectué tant que dure l'état d'incapacité temporaire totale. Il cesse lors de la reprise ou de l'aptitude à la reprise d'une activité professionnelle de l'assuré, y compris à temps partiel, et ce quelle que soit la nature de cette activité, sauf application des dispositions prévues en cas de reprise sur prescription médicale d'une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique. En effet, si après avoir bénéficié des prestations de l'assureur au titre de la garantie Incapacité temporaire totale, l'assuré reprend sur prescription médicale, une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, l'assureur poursuit le versement des prestations prévues au titre de la garantie Incapacité temporaire totale à hauteur de **50 %** de leur montant et ce pendant une durée maximum de **6 mois**.

Au titre de la garantie Invalidité permanente totale, le versement des prestations est effectué tant que dure l'état d'invalidité permanente totale. Il cesse lors de la reprise ou de l'aptitude à la reprise d'une activité professionnelle de l'assuré, y compris à temps partiel et ce quelle que soit la nature de cette activité.

Le versement des prestations cesse en outre lorsque l'assuré perd le bénéfice des garanties dans les conditions stipulées à l'article 3.

Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs prévus ci-avant et au résultat du contrôle médical.

#### **E) RECONNAISSANCE ET CONTROLE DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE OU DE L'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE**

L'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale jugée utile pour apprécier, reconnaître ou contrôler son état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale indépendamment des décisions du régime social de base. Ainsi, les médecins mandatés par l'assureur ou ses médecins-conseils doivent avoir un libre accès auprès de l'assuré. Ils peuvent également convoquer l'assuré aux fins de procéder à une expertise médicale étant précisé qu'en cas d'expertise médicale le versement des prestations est interrompu ou suspendu à compter de son déclenchement

### → Titre V – Garantie Perte d'emploi

Le bénéfice de la garantie Perte d'emploi est accordé aux assurés exerçant une activité professionnelle salariée au jour de leur licenciement Il n'est pas accordé pendant le différé d'amortissement total.

#### **ARTICLE 11 – DEFINITION ET OBJET DE LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI**

Est considéré en situation de perte d'emploi l'assuré exerçant une activité professionnelle salariée au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis plus de 12 mois chez un même employeur dont le contrat de travail est rompu dans le cadre des articles L.1231-1 et suivants du Code du travail et demandeur d'emploi bénéficiant pour chômage total des allocations chômage telles que définies au Titre I.

En cas de de perte d'emploi avant son **62<sup>ème</sup>** anniversaire, cette garantie a pour objet de verser à la contractante, sous réserve des dispositions de l'article **13 EXCLUSIONS**, les mensualités du prêt personnel telles que définies à l'article **12 MONTANT DES PRESTATIONS**, venant à échéance après expiration d'un délai de franchise fixé à **90 jours de chômage total et continu décomptés à partir de la date de début de versement des allocations chômage**.

#### **REPRISE D'ACTIVITE :**

- En cas de reprise effective d'une activité professionnelle rémunérée, occasionnelle, temporaire ou partielle, l'assureur verse des prestations réduites au prorata du nombre de jours indemnisés par Pôle Emploi.
- Il ne sera pas appliqué un nouveau délai de franchise en cas de reprise effective d'une activité professionnelle rémunérée inférieure à 2 mois.
- En cas de reprise effective d'une activité professionnelle rémunérée suite à une période indemnisée par l'assureur, dans le cadre d'un contrat de travail à durée déterminée, inférieure à 2 mois, il ne sera pas fait application pour la reprise du versement des prestations d'un nouveau délai de franchise. Si cette reprise est supérieure à 2 mois, le délai de franchise sera appliqué pour le versement des prestations.

#### **ARTICLE 12 – MONTANT DES PRESTATIONS**

La mensualité prise en compte par l'assureur est celle figurant sur le tableau d'amortissement en cours au jour du licenciement sous réserve qu'il ait été porté à la connaissance de l'assureur.

#### **En cas de modification de la mensualité en cours d'adhésion :**

- en cas d'augmentation : il est précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'assureur si elle intervient pendant une période de chômage.
- en cas de baisse : toute baisse des mensualités sera prise en compte par l'assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période de chômage.

Les montants de prise en charge de la première et de la dernière mensualité sont calculés au prorata du nombre de jours de chômage pris en considération par l'assureur au cours du mois considéré.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des mensualités (mensualités impayées, intérêts de retard, ...) ne sont pas prises en charge.

jusqu'à réception des conclusions de l'expertise médicale par le médecin-conseil de l'assureur.

L'assuré peut, s'il le souhaite, se faire assister par un médecin de son choix, à ses frais.

**En cas de refus de l'assuré, l'assureur est en droit de surseoir de plein droit au versement de ses prestations ou de suspendre le versement des prestations.** En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur portant sur l'état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale, l'assuré et l'assureur choisissent ensemble un 3<sup>ème</sup> médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal Judiciaire du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés pour moitié entre l'assureur et l'assuré.

#### **ARTICLE 10 – MAINTIEN DES GARANTIES D'UN ASSURE EN ETAT D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE OU D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE**

L'assuré en état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale demeure garanti en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie et de perte d'emploi.

Ce maintien est accordé sous réserve de la poursuite du paiement des cotisations par l'assuré.

#### **Il est précisé que :**

- en cas de chômage total d'un assuré survenant pendant une période d'incapacité temporaire totale indemnisée, les prestations au titre de la garantie Perte d'emploi seront seules versées par l'assureur, les prestations dues au titre de la garantie Incapacité temporaire totale cessant d'être versées à compter de la date de début du versement des prestations au titre de la garantie Perte d'emploi.
- en cas d'arrêt de travail faisant suite immédiatement à un licenciement, le délai de 90 jours d'arrêt de travail total et continu ne sera pas appliqué si l'arrêt de travail fait suite sans discontinuité à une situation de perte d'emploi indemnisée par l'assureur.

Après expiration du délai de franchise, l'assureur règle sous réserve des dispositions de l'article **13 EXCLUSIONS** ci-dessous, dans les conditions prévues ci-avant les mensualités (en capital et intérêts ou agios) du prêt personnel venant à échéance après expiration du délai de franchise fixé à **90 jours de chômage total et continu**.

**Le versement des prestations ne peut en aucun cas excéder 12 mois au titre d'une même période de chômage et 24 mois au titre de plusieurs périodes de chômage d'un même assuré pendant toute la durée de son adhésion.**

#### **ARTICLE 13 – EXCLUSIONS**

**Sont exclus de la garantie Perte d'emploi :**

- la mise en retraite, préretraite ou départ volontaire dans le cadre de conventions conclues entre l'employeur et l'État et n'impliquant pas la recherche d'un emploi quelle qu'en soit la cause,
- la démission,
- le chômage partiel au sens de l'article L.5122-1 du Code du travail,
- la rupture ou fin de contrat de travail à durée déterminée (emplois temporaires, saisonniers, fins de contrats de chantier, etc.),
- le licenciement pour faute grave ou pour faute lourde,
- la rupture ou fin de contrat de travail pendant ou à l'issue d'une période d'essai non prise en charge par Pôle Emploi,
- le licenciement non pris en charge par Pôle Emploi,
- le licenciement de l'assuré salarié de son conjoint ou partenaire ou de l'un de ses ascendants ou descendants, ou salarié d'une personne morale contrôlée ou dirigée par son conjoint ou partenaire ou par l'un de ses ascendants ou descendants, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise,
- la rupture conventionnelle du contrat de travail.

#### **ARTICLE 14 – FORMALITES A ACCOMPLIR**

La preuve de la perte d'emploi incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration à l'assureur par l'intermédiaire de la contractante, au plus tard dans les **120 jours** qui suivent le **premier jour de chômage**.

Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires qui comprennent notamment :

- la copie du bulletin d'adhésion,
- la photocopie du contrat de travail à durée indéterminée,
- la photocopie de la lettre de licenciement,
- la notification d'ouverture de droit aux allocations chômage,
- les décomptes mensuels de versement des allocations chômage délivrés par l'organisme payeur,
- le tableau d'amortissement du prêt en cours,
- une attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant des mensualités dues par l'assuré.

L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

**En cas de déclaration tardive (au-delà des 120 jours qui suivent le premier jour de chômage), sauf cas de force majeure, tout sinistre sera considéré comme s'étant produit le jour de sa déclaration. Dans ce cas, l'assureur sert les prestations à partir de la date de réception de la déclaration, sans application du délai de franchise de 90 jours.**

Au titre de la garantie Perte d'emploi, le versement des prestations est effectué tant que dure l'état de chômage. Il cesse lors de la reprise effective d'une activité professionnelle par l'assuré, salariée ou non, occasionnelle ou non, temporaire ou non, quelle que soit la nature de cette activité.

Le versement des prestations cesse en outre lorsque l'assuré perd le bénéfice de la garantie dans les conditions stipulées à l'article 3 et en tout état de cause lorsque 12 mensualités ont été versées par l'assureur au titre d'une même période de chômage. En outre, la garantie cesse dans les conditions stipulées à l'article 3 et en tout état de cause lorsque 24 mensualités ont été versées par l'assureur au titre de plusieurs périodes de chômage d'un même assuré pendant toute la durée de l'adhésion.

Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs prévus ci-avant.

#### **ARTICLE 15 – MAINTIEN DES GARANTIES D'UN ASSURE EN SITUATION DE PERTE D'EMPLOI**

L'assuré en situation de perte d'emploi demeure garanti en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale et d'invalidité permanente totale.

Ce maintien est accordé sous réserve de la poursuite du paiement des cotisations par l'assuré.

### **→ Titre VI – Cotisations**

#### **ARTICLE 16 - FIXATION ET PAIEMENT**

Les garanties sont accordées moyennant le paiement des cotisations dont le taux annuel est fixé, pour chaque assuré, en pourcentage du capital initial emprunté au titre du prêt personnel et en fonction de l'option de garanties.

Les cotisations sont appelées par la contractante en même temps que les échéances du prêt personnel.

Les cotisations sont fixées taxes sur les conventions d'assurance comprises. Elles seront éventuellement majorées en cas de relèvement des taxes en vigueur ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables au contrat.

Les cotisations, hormis celles afférentes à la garantie Perte d'emploi sont constantes pendant toute la durée de l'adhésion.

En outre, elles ne subissent pas de réduction aux termes des garanties Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale, la totalité des cotisations afférentes aux garanties Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale étant affectées à la couverture de la garantie Décès dès que l'assuré atteint son 65<sup>ème</sup> anniversaire et la totalité des cotisations afférentes à la garantie Perte d'emploi cessant d'être dues dès que l'assuré atteint son 62<sup>ème</sup> anniversaire.

Il est précisé que :

- en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale d'un assuré survenant pendant une période de chômage indemnisée, les prestations au titre des garanties Incapacité temporaire totale ou Invalidité permanente totale seront seules versées par l'assureur, les prestations dues au titre de la garantie Perte d'emploi cessant d'être versées à compter de la date de début du versement des prestations au titre des garanties Incapacité temporaire totale ou Invalidité permanente totale.

- en cas de licenciement faisant immédiatement suite à un arrêt de travail, le délai de 90 jours de chômage total et continu ne sera pas appliqué si la perte d'emploi fait suite sans discontinuité à un arrêt travail indemnisé par l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de réviser, chaque année, les conditions et/ou les cotisations afférentes à la garantie Perte d'emploi pour l'ensemble des assurés dans le respect des dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances

#### **ARTICLE 17 - DEFAUT DE PAIEMENT**

En application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, la contractante doit au plus tôt 10 jours après la date d'échéance de la première mensualité du prêt impayée intégrant les cotisations adresser à l'assuré qui se place en situation d'impayé des cotisations une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre doit préciser distinctement le montant des cotisations impayées. Cette lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'assuré est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

**Groupama Gan Vie** (pour les garanties Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale et Invalidité Permanente totale)  
Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z

**Gan Assurances** (pour la garantie Perte d'emploi)

Société Anonyme au capital de 109 817 739 euros – RCS Paris 542 063 797 - APE : 6512Z

Sièges sociaux : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

Réf. Orange Bank – Contrat n°6070 / 816607 – Notice d'information - 052022