

Assurance emprunteurs

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Groupama Gan Vie – 8-10 rue d'Astorg – 75008 Paris – Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros
Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – RCS Paris 340 427 616

Produit : Contrat d'assurance de groupe emprunteurs n° 6070 / 200139

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce contrat dans la documentation pré contractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le présent contrat d'assurance de groupe a pour objet de couvrir contre les risques de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale et d'invalidité permanente totale toute personne physique, âgée de moins de **65 ans** au jour de sa demande d'adhésion, emprunteur d'un prêt personnel consenti par Orange Bank.

Le présent contrat d'assurance de groupe a pour objet de couvrir contre le risque de décès toute personne physique, âgée de **65 ans** et plus et de moins de **80 ans** au jour de sa demande d'adhésion, emprunteur d'un prêt personnel consenti par Orange Bank (Option « Senior »).



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les garanties prévues contractuellement s'appliquent si les conditions d'adhésion sont remplies par l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES (moins de 65 ans au jour de la demande d'adhésion)

- ✓ **Garantie décès** : versement à Orange Bank du capital restant dû au jour du décès.
- ✓ **Garantie perte totale et irréversible d'autonomie** : versement par anticipation à Orange Bank des prestations prévues en cas de décès au jour de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie par l'assureur.
- ✓ **Garantie incapacité temporaire totale** : versement à Orange Bank des mensualités du prêt personnel indépendamment de la perte de revenu subie par l'assuré.
- ✓ **Garantie invalidité permanente totale** : versement des prestations identiques à celles versées au titre de la garantie Incapacité temporaire totale.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES (65 ans et moins de 80 ans au jour de la demande d'adhésion)

- ✓ **Garantie décès** : versement à Orange Bank du capital restant dû au jour du décès.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ L'invalidité permanente dont le taux est inférieur à 66 %.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Pour la garantie décès : le suicide 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.
- ! Pour les autres garanties : 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, 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 résultant d'une guerre mettant en cause l'Etat français.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, le capital garanti sur la tête d'un même assuré est limité à 75 000 euros en une ou plusieurs adhésions au contrat.
- ! Au titre des garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale et invalidité permanente totale, le délai de carence est fixé à 90 jours.
- ! Au titre des garanties incapacité temporaire totale et invalidité permanente totale, le délai de franchise est fixé à 90 jours d'arrêt de travail total et continu de travail.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie s'exercent dans le monde entier.
- ✓ Les garanties incapacité temporaire totale et invalidité permanente totale s'exercent :
 - dans tous les pays de l'Union Européenne
 - dans les départements et régions d'Outre-Mer
 - en Andorre et à Monaco
 - et dans le monde entier à l'occasion de séjour ou de voyage n'excédant pas 3 mois consécutifs.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité de l'adhésion ou de non garantie :

Lors de l'adhésion au contrat :

- Satisfaire aux formalités d'adhésion et aux formalités médicales demandées ; répondre avec exactitude et sincérité aux questions posées par l'assureur dans le formulaire de déclaration du risque afin de lui permettre d'apprécier les risques qu'il prend en charge ;
- Prendre connaissance de la notice d'information établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre et en conserver un exemplaire. La notice d'information est fournie par Orange Bank ;
- Fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur ;
- Régler la première cotisation incluse dans la mensualité du prêt personnel.

En cours de contrat :

- Informer l'assureur de toute modification des caractéristiques du prêt personnel ;
- Déclarer tout sinistre de nature à mettre en jeu l'une des garanties selon les conditions et délais mentionnés dans la notice d'information ;
- Régler la cotisation incluse dans la mensualité du prêt personnel.

En cas de sinistre :

- Fournir à l'assureur les pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations, tels qu'énumérées dans la notice d'information.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations s'ajoutent à la mensualité du prêt personnel.

Elles sont payables selon la même périodicité que la mensualité du prêt personnel prélevée par Orange Bank.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Conformément aux dispositions de la notice d'information, sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur et du paiement de la première cotisation, l'adhésion et les garanties prennent effet à la date d'acceptation de l'offre de contrat de crédit par l'emprunteur et au plus tôt à la date du déblocage des fonds..

L'adhésion est conclue pour la même durée que le prêt personnel.

L'assureur ne peut résilier l'adhésion qu'en cas de non paiement des cotisations ou de fausse déclaration intentionnelle.

La garantie décès cesse le jour du 80^{ème} anniversaire de l'assuré).

La garantie perte totale et irréversible d'autonomie cesse le jour du 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

Les garanties incapacité temporaire totale et invalidité permanente totale cessent le jour du 65^{ème} 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 situation de préretraite.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation de l'adhésion peut intervenir à son échéance annuelle, en adressant à l'assureur une lettre recommandée au plus tard 2 mois avant cette échéance annuelle

La date de l'échéance annuelle est la date de prise d'effet de l'adhésion et des garanties.



NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EMPRUNTEURS N° 6070 / 200139 ORANGE BANK – PRETS PERSONNELS

→ Préambule

Le contrat d'assurance de groupe emprunteurs n° 6070 / 200139 est souscrit par **Orange Bank** – SA au capital de 747 775 712 euros – 67 rue Robespierre – 93107 Montreuil cedex – 572 043 800 RCS Bobigny – **Orange Bank** est mandataire d'assurance de Groupama Gan Vie, entreprise régie par le Code des assurances et est immatriculée à l'ORIAS – www.orias.fr (n° 07 006 369) ci-après dénommée « **la contractante** » auprès de **Groupama Gan Vie** ci-après dénommée « **l'assureur** ».

La gestion du contrat d'assurance de groupe emprunteurs n° 6070 / 200139 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 NATURE DES GARANTIES

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

- **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

- **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 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 1315 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.**

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

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

➢ ayant la nationalité française ou la nationalité de l'un des pays de l'Union Européenne telle que composée au jour de la date d'effet du présent contrat (28 membres) et dont la résidence fiscale se situe en France.

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

- **DELAÏ DE CARENCE** : Période pendant laquelle les garanties en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale et d'invalidité permanente totale ne sont pas acquises à l'assuré.

- **DELAÏ DE FRANCHISE** : Période pendant laquelle les garanties en cas d'incapacité temporaire totale et d'invalidité permanente totale 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 de maladie ou d'accident, 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 de maladie ou d'accident, 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.

- **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 de maladie ou d'accident, 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.*

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

➢ **Catégorie 1 : Prêts personnels Auto (véhicules neufs / d'occasion)**

Ces prêts sont amortissables par échéances mensuelles constantes et sont d'un montant minimum de 500 euros et d'un montant maximum de 75 000 euros et d'une durée maximum de 96 mois.

➢ **Catégorie 2 : Prêts personnels Travaux**

Ces prêts sont amortissables par échéances mensuelles constantes et sont d'un montant minimum de 500 euros et d'un montant maximum de 75 000 euros et d'une durée maximum de 120 mois.

➢ **Catégorie 3 : Prêts personnels Projets**

Ces prêts sont amortissables par échéances mensuelles constantes et sont d'un montant minimum de 500 euros et d'un montant maximum de 25 000 euros et d'une durée maximum de 72 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 de moins de **80 ans** au jour de sa demande d'adhésion :

➢ emprunteur et / ou co-emprunteur d'un prêt tel que défini au § PRETS ASSURES ci-avant,

➢ ayant la nationalité française ou la nationalité de l'un des pays de l'Union Européenne telle que composée au jour de la date d'effet du présent contrat (28 membres) et dont la résidence fiscale se situe en France.

A.1 Limites et répartition des garanties

✓ Les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au sens du contrat d'assurance à la date de leur demande d'adhésion sont garantis 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 s'ils 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 garanties sont accordées à hauteur de 100 % du capital emprunté ; elles peuvent être réparties sur plusieurs têtes (assurances multiples).

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

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

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 / 200139 à 75 000 euros. En cas de décès ou de PTIA, le capital garanti sur la tête d'un même assuré est ainsi limité 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/ou du co-emprunteur, le consentement par écrit à l'assurance, les indications relatives au prêt personnel consenti par Orange Bank et les garanties choisies. En outre, toute personne physique assurable doit satisfaire aux formalités médicales demandées par l'assureur.

La personne physique assurable doit ainsi compléter, dater et signer un questionnaire de santé simplifié.

Toutefois, dans le cadre de la Convention AERAS visant à améliorer l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, toute personne assurable âgée de 50 ans au plus au jour de l'adhésion bénéficiant d'un prêt à la consommation affecté ou dédié, d'un montant maximum de 17 000 euros (encours déjà assuré compris) et d'une durée inférieure ou égale à 4 ans (différé d'amortissement compris) pourra demander à adhérer au contrat au titre de la seule garantie en cas de décès et ce, sans aucune formalité médicale. Un site internet officiel est dédié à cette convention - www.aeras-infos.fr.

Les formalités médicales sont valables pendant une période de 6 mois à compter de leur accomplissement.

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

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

- acceptation avec surprime,
- refus.

La durée de validité de l'acceptation du risque par l'assureur est de 9 mois. Le déblocage des fonds doit intervenir dans ce délai.

L'adhésion au présent contrat est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion.

Toute personne 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. En pratique, ce délai court à compter de la date d'émission du certificat d'adhésion.

Cette lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'assureur doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) (nom / prénom) ... déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat n° 6070 / 200139 et demande le remboursement des cotisations versées. »

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 suivante :

- 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 résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance et cette 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) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestations ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressé par l'assureur en ce qui concerne l'action en paiement des cotisations et que l'assuré adresse à l'assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

E) ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties Décès et PTIA s'exercent dans le monde entier.

Les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale s'exercent :

- dans tous les pays de l'Union Européenne,
- dans les départements et régions d'Outre-Mer,
- en Andorre et à Monaco,
- et dans le monde entier à l'occasion de séjour ou de voyage n'excédant pas 3 mois consécutifs. Dans ce dernier cas, les dispositions spéciales ci-après sont prévues :
 - ✓ en cas d'incapacité temporaire totale, la garantie n'est acquise que si l'arrêt de travail a donné lieu à une hospitalisation prise en charge par le régime social de base,

- ✓ en cas d'invalidité permanente totale, la garantie n'est acquise que si la constatation et l'estimation du taux d'invalidité sont effectuées par le médecin-conseil de l'assureur, en France métropolitaine et aux frais 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 3 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

Sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur et du paiement de la première cotisation, l'adhésion et les garanties prennent effet à la date d'acceptation de l'offre de contrat de crédit par l'emprunteur et au plus tôt à la date du déblocage des fonds.

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

- **90 jours** décomptés à partir de la date de 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 date de 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, quelque 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.

ARTICLE 4 – CESSATION DE L'ADHESION, DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

A) Dispositions générales

1) Cessation de l'adhésion

L'adhésion au contrat cesse :

- à la date du terme initialement fixé 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),
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

2) Cessation des garanties et des prestations

Les garanties et les prestations cessent :

- à la date de résiliation de l'adhésion conformément aux dispositions ci-avant,
- pour la garantie Décès : le jour du 80^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie : le jour du 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente totale : le jour du 65^{ème} 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 situation de préretraite.

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.

B) Dispositions particulières

- **Report d'échéance** : Si le report d'échéance autorisé par la contractante conduit à une suspension du paiement d'1 à 3 mensualités par an consécutives ou non, l'adhésion sera poursuivie pour l'assuré concerné, sans accomplissement de nouvelles formalités d'adhésion, sur la base du nouveau tableau d'amortissement du prêt personnel dans la limite d'une durée maximale totale du prêt de 12 ans. Ce maintien de l'adhésion est accordé sous réserve de la poursuite du paiement des cotisations pendant la période de report autorisé et la période de remboursement des échéances reportées et dans les limites d'âge prévues ci-dessus pour la cessation des garanties et des prestations. Cette disposition n'est pas applicable si la demande de report de l'assuré intervient au cours d'un délai de franchise.
- **Allongement de durée** : Si l'allongement de la durée d'amortissement du prêt personnel autorisé par la contractante n'excède pas le quart de la durée initiale du prêt et dans la limite d'une durée maximale totale du prêt de 12 ans, l'adhésion sera poursuivie pour l'assuré concerné, sans accomplissement de nouvelles formalités d'adhésion, sur la base du nouveau tableau d'amortissement du prêt. Ce maintien des garanties est accordé sous réserve de la poursuite du paiement des cotisations pendant la période complémentaire d'amortissement et dans les limites d'âge prévues ci-dessus pour la cessation des garanties et des prestations. Si l'allongement de la durée d'amortissement est supérieur au quart de la durée initiale ou si l'allongement a pour effet de porter la durée totale du prêt à une durée supérieure à 12 ans, cet allongement fera l'objet d'une nouvelle demande d'adhésion.
- **Augmentation du capital garanti** : Toute augmentation du capital garanti fera l'objet d'une nouvelle demande d'adhésion au contrat, l'assuré demeurant toutefois garanti dans les conditions initiales accordées par l'assureur en cas de refus de cette augmentation.
- **Aménagement du prêt dans le cadre de la Loi Neiertz** : L'assureur continue à prendre en charge dans les conditions du contrat, les assurés bénéficiaires d'un aménagement de prêt(s) dans le cadre de la Loi Neiertz du 31/12/1989 relative au surendettement des particuliers). Les personnes concernées sont exemptées des formalités d'adhésion et des formalités médicales, même si le ou les prêts renégociés donnent lieu à l'établissement d'un nouveau contrat de prêt entre la contractante et l'emprunteur. L'aménagement de l'assureur et le montant des cotisations portent dans ce cas sur l'encours déterminé par le nouveau tableau d'amortissement. Les garanties maintenues sont celles dont l'assuré bénéficiait avant la date de réaménagement. Si plusieurs prêts souscrits à différentes dates sont réaménagés en un prêt unique, les garanties maintenues sont celles dont l'assuré bénéficiait au titre du prêt le plus ancien.

Les garanties et les prestations cessent au terme du nouveau contrat de prêt et dans les conditions prévues ci-dessus, même si le réaménagement porte le nouveau terme de l'engagement au-delà des limites d'âge prévues ci-avant.

ARTICLE 5 – RECLAMATION – MEDIATION – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

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 courriel à l'adresse suivante : service.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 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 aux contrats. Ces données sont traitées dans le respect des réglementations en vigueur, et notamment de la réglementation européenne pour la protection des données (RGPD) UE 2016/679 et de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée.

Les droits de l'assuré sur les données personnelles :

L'assuré dispose de droits sur les données le concernant qu'il peut exercer facilement :

- 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, (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

La Politique de Protection des Données de l'assureur, la description détaillée des traitements mis en œuvre et les modalités d'exercice des droits de l'assuré sont actualisés régulièrement et accessibles auprès de l'assureur.

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.

Toute demande concernant les données de l'assuré peut aussi être adressée au Délégué à la Protection des Données par courrier postal à l'adresse postale susmentionnée ou par mail à contact.dpo@ggvie.fr

L'assuré peut également déposer 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 ?

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription et de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

• **Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance**

Les données recueillies pour la passation, la gestion, et l'exécution des contrats concernent l'assuré ou concernent les personnes parties ou intéressées au contrat ont pour objectifs :

- L'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation.
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque.
- La gestion des contrats (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.

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

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

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées 5 ans maximum à des fins probatoires; les autres données peuvent être conservées 3 ans maximum.

• **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. Dans ce cadre, des enquêtes de satisfaction peuvent être réalisées et les échanges par courrier, e-mail ou téléphone peuvent être enregistrés et analysés.

Enregistrement téléphonique :

Dans le cadre de ses relations avec l'assureur, les assurés ou les personnes parties ou intéressés aux contrats peuvent être amenés à téléphoner à l'assureur. Ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés, afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations de l'assureur à l'égard des assurés ou des personnes parties ou intéressés aux contrats et plus généralement à faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de l'appel. Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de 6 mois et les éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de service de l'assureur sont conservés pour une durée maximale de 3 ans.

• **Études, Statistiques**

Des données à caractère personnel concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées aux contrats) sont également susceptibles d'être utilisées et exploitées par l'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer les offres de produits et services, de personnalisation des relations, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.

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

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

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

L'assureur, qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés et éviter la prise en charge de demandes injustifiées a un intérêt légitime à lutter contre les fraudes.

Des données personnelles (y compris des données de santé) pourront donc être utilisées pour prévenir, détecter et gérer des fraudes quel qu'en soit l'auteur. Ces dispositifs de lutte contre la fraude peuvent conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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 de 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 des obligations légales, l'assureur met en œuvre des dispositifs de surveillance destinés à lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et permettre l'application de sanctions financières.

Les données utilisées à cette fin sont conservées 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la fin de la relation avec l'assureur.

Celles relatives aux opérations réalisées par ces personnes sont conservées 5 ans à compter de leur exécution y compris en cas de clôture du compte ou de fin de la relation avec l'assureur.

TRACFIN peut être destinataire d'informations à cette fin.

Conformément au Code monétaire et financier, le droit d'accès à ces données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).

• **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 par courrier postal.

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 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 des contrats, 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.

A qui sont communiquées ces informations ?

Les données à caractère personnel sont destinées, dans la limite de leurs attributions aux services de l'assureur ou des entreprises du Groupe Groupama en charge des relations commerciales et de la gestion des contrats, de la lutte contre la fraude ou de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, de l'audit et du contrôle.

Ces informations peuvent également être communiquées, dès lors que cela est nécessaire, aux réassureurs, intermédiaires, partenaires, et sous-traitants, ainsi qu'aux personnes susceptibles d'intervenir dans l'activité d'assurance, tels les organismes publics ou autorités de tutelles, ou les, organismes professionnels (dont ALFA à des fins de lutte contre la fraude et TRACFIN pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Les informations relatives à la santé sont exclusivement destinées aux médecins-conseils de l'assureur ou d'autres entités du Groupe, à son service médical ou à des personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

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

ARTICLE 6 – GARANTIE DECES

A) DEFINITION – MONTANT DES PRESTATIONS

En cas de décès d'un assuré par suite de maladie ou d'accident avant son 80^{ème} 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 et Invalidité permanente totale 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.

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,
- l'original du certificat 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 7 – 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^{ème} anniversaire dans l'impossibilité définitive, par suite de maladie ou d'accident, 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 de maladie ou d'accident avant son 65^{ème} 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 et Invalidité permanente totale 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 et Invalidité permanente totale 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,
- l'original du certificat 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.
- 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^{ème} 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^{ème} médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal de Grande Instance 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 salariés exerçant une activité professionnelle à la date de leur arrêt de travail. Il n'est pas accordé pendant le différé d'amortissement total.

ARTICLE 8 – 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^{ème} anniversaire**, se trouve de **façon temporaire**, par suite de maladie ou d'accident, 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 de maladie ou d'accident avant son **65^{ème} anniversaire**, cette garantie a pour objet de verser à l'organisme prêteur, sous réserve des dispositions de l'article **B) EXCLUSIONS** de l'article 10, les mensualités du prêt telles que définies au § A) MONTANT DES PRESTATIONS de l'article 10, 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 rechute pour la même maladie ou le même accident 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 9 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

Est considéré en état d'invalidité permanente totale, l'assuré qui, avant son **65^{ème} anniversaire**, se trouve de **façon permanente**, par suite de maladie ou d'accident, 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 de maladie ou d'accident, cette garantie a pour objet de verser à l'organisme prêteur sous réserve des dispositions de l'article **B) EXCLUSIONS** de l'article 10, les mensualités du prêt telles que définies au paragraphe § A) MONTANT DES PRESTATIONS de l'article 10, 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^{ème} médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal de Grande Instance 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 | 73,68 |
| 50 | - | - | - | - | - | - | 68,40 | 73,99 | 79,37 | 79,37 |
| 60 | - | - | - | - | - | 66,49 | 72,69 | 78,62 | 84,34 | 84,34 |
| 70 | - | - | - | - | - | 70,00 | 76,52 | 82,79 | 88,79 | 88,79 |
| 80 | - | - | - | - | 66,04 | 73,19 | 80,00 | 86,54 | 92,83 | 92,83 |
| 90 | - | - | - | - | 68,68 | 76,12 | 83,20 | 90,00 | 96,55 | 96,55 |
| 100 | - | - | - | - | 71,14 | 78,84 | 86,18 | 93,22 | 100 | 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 10 – 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.

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 venant à échéance pendant l'arrêt de travail.

② INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

➤ les mensualités (en capital et intérêts ou agios) du prêt 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,
- de la fibromyalgie 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 schizotyques, des troubles psychotiques, des troubles délirants, des troubles bipolaires et de la schizophrénie sauf si ces troubles ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus ou sauf si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- de toute atteinte discale, vertébrale ou radiculaire du rachis, y compris cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sacralgie, coccyalgie, névralgie cervicobrachiale, sciatique, cruralgie et hernie discale, sauf si l'origine de cette atteinte est accidentelle ou si cette atteinte a nécessité une intervention chirurgicale avec hospitalisation d'au moins 8 jours continus,
- 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,
- la copie du certificat 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 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.

→ Titre V – Cotisations

A) 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 et compte tenu de son âge.

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

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 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 de chaque assuré concerné, 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.

Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z

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

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

Les produits d'assurance distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers, sont ceux de Groupama Gan Vie

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, 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 règlement 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 règlement des prestations cesse en outre lorsque l'assuré perd le bénéfice des garanties dans les conditions stipulées à l'article 4.

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.

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 de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré et l'assureur choisissent ensemble un 3^{ème} médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés pour moitié entre l'assureur et l'assuré.

ARTICLE 11 – 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 ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

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

B) 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.