

**NOTICE D'INFORMATIONS DESTINEE A L'ASSURE
RELATIVE AU CONTRAT N° 7325 GARANTI PAR GENERALI VIE**



PREAMBULE

Le contrat d'assurance n°7325 est un contrat collectif à adhésion facultative régi par le Code des assurances.

Il est souscrit par le **CERCLE DES EPARGNANTS « la Contractante »** (Association sans but lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 14 bd de Douamont - 75017 Paris), auprès de **GENERALI VIE « l'Assureur »** (Société anonyme au capital de 332 321 184 euros, dont le siège social est situé 2 rue Pillet-Will 75009 Paris, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 602 062 481. Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026).

La gestion du contrat est confiée à **Cbp France** (CS 20008 - 44967 NANTES cedex 9).

La langue utilisée dans le cadre du contrat est la langue française.

Le contrat est régi par la loi française et tout litige né de l'exécution, l'inexécution ou l'interprétation du contrat est de la compétence des juridictions françaises.

En cas de résiliation du contrat d'assurance collectif n°7325 par la Contractante ou l'Assureur :

- Les garanties accordées seront maintenues aux assurés dont l'adhésion est en cours, jusqu'au terme des prêts garantis, dans les mêmes conditions que celles de cette notice d'informations,
- Aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée.

OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre de l'opération de prêt/crédit couverte, en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), selon les garanties mises en place sur la tête de l'Assuré.

PERSONNES ASSURABLES

Toutes les personnes physiques sont assurables au titre du contrat, pour l'assurance du prêt/crédit, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- être résidentes fiscales en France métropolitaine, dans les DROM/COM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte, Polynésie Française, Saint Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Saint Martin et Saint Barthélemy), en Nouvelle Calédonie, à Monaco, en Suisse, dans un pays membre de l'Union Européenne ou dans un pays membre de l'OCDE, autres que ceux cités précédemment, en Arabie Saoudite, au Brésil, en Chine, dans les Emirats arabes unis, au Qatar, en Russie, à Singapour.
Pour les personnes résidentes fiscales de l'OCDE (à l'exception des pays faisant également partie de l'Union Européenne), l'Arabie Saoudite, le Brésil, la Chine, les Emirats arabes unis, le Qatar, la Russie et Singapour, seules les garanties Décès et P.T.I.A pourront être mises en place.
- être bénéficiaires en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de ou cautions (*) d'un prêt consenti par un organisme financier (établissements de crédits français ou succursales françaises d'établissements de crédits étrangers), pour le compte d'une personne morale (**)*ou d'une personne physique, (*) caution de personnes physiques : elle doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire et avoir rempli ses obligations de caution depuis plus de 6 mois à la date de survenance de l'I.T.T., I.T.P., I.P.T. ou I.P.P.*

*(**) si l'emprunteur est une personne morale, l'assuré sera la personne physique désignée par cette dernière, jouant un rôle déterminant dans sa bonne marche et sa stabilité.*

- être âgées (âge exact), à la date de signature de la demande d'adhésion et selon les garanties/options souscrites (cf. Titre « OPERATIONS DE PRETS/CREDIT COUVERTES - GARANTIES PROPOSEES » ci-après), de:
 - . Options 1, 2 et 3 : 18 à 65 ans inclus
 - . Option « Senior » : 66 à 79 ans inclus

MODALITÉS D'ADHÉSION

La personne à assurer devra :

- reconnaître adhérer à l'association contractante (Le Cercle des Epargnants) et en acquitter la cotisation unique payable à l'adhésion,
- reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'informations,
- compléter la demande d'adhésion et le questionnaire de santé (qui pourront être adressés sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Assureur),
- se soumettre aux formalités d'adhésion et médicales complémentaires éventuellement demandées par l'Assureur en raison notamment du montant déjà assuré et à assurer ou encore de son état de santé,
- exercer lors de son adhésion une activité professionnelle rémunérée ou être bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent, pour souscrire les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'Assureur.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

DECISION DE L'ASSUREUR :

L'Assureur, à réception de la demande d'adhésion, du questionnaire de santé et, le cas échéant, des examens médicaux et pièces complémentaires, fait connaître sa décision dans les plus brefs délais.

Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ou encore ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

Dans ce cas, l'Assureur fait connaître sa décision par lettre à la personne à assurer.

La décision ne sera définitive pour les acceptations avec surprimes et/ou exclusions, qu'à réception par l'Assureur de l'accord de la personne à assurer sur ses conditions particulières d'acceptation.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE) :

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2^{ème} niveau » et, le cas échéant, de « 3^{ème} »

niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être couverte pour raison de santé par le présent contrat.

L'Assureur s'engage également, le cas échéant et après étude, à proposer la Garantie Invalidité Spécifique AERAS (G.I.S. AERAS). L'étendue et les limites de cette garantie étant précisées à la personne à assurer par annexe spécifique.

Il est par ailleurs précisé que les dispositions de la convention AERAS s'appliquent exclusivement en France, à l'exception de la Polynésie Française et de la Nouvelle Calédonie.

OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN COURS D'ASSURANCE

En cours d'assurance, l'Assuré devra informer l'Assureur par écrit de toute modification des caractéristiques de l'opération de prêt/crédit couverte.

Pour ce faire, il devra transmettre le nouveau tableau d'amortissement et tout autre justificatif demandé par l'Assureur.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet au plus tôt à la date d'acceptation du risque par l'Assureur indiquée sur l'attestation d'assurance, sous réserve :

- que la personne à assurer ait donné son accord écrit en cas d'acceptation à des conditions particulières,

La date d'effet choisie :

- doit être précisée par la personne à assurer sur la demande d'adhésion,
- ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'Assureur, ni lui être postérieure de plus de 180 jours (si toutefois 180 jours se sont écoulés depuis la date d'acceptation du risque sans que les garanties aient pris effet, les formalités d'adhésion devront être renouvelées).

Couverture provisoire en cas de décès accidentel :

Une garantie provisoire en cas de décès accidentel (*) est acquise dès la date de signature de la demande d'adhésion, pendant une durée maximale de 60 jours.

Cette garantie cesse automatiquement :

- à la date d'acceptation du risque par l'Assureur,
- à la date à laquelle l'Assureur notifie à la personne à assurer son refus ou ajournement,
- si la personne à assurer ne répond pas dans un délai maximal de 15 jours aux demandes de renseignements complémentaires de l'Assureur.

(*) le décès accidentel est celui qui est provoqué par une cause extérieure à l'Assuré, indépendante de sa volonté, fortuite et soudaine. Le décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence d'une intervention chirurgicale, d'un accident cardio vasculaire ou d'un accident vasculaire cérébral.

DUREE DE L'ADHESION - RESILIATION

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

Toutefois, l'Assuré peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat dans un délai de 12 mois maximum à compter de la date de signature de son offre de prêt.

Pour ce faire l'Assuré devra adresser par lettre recommandée à Cbp France - CS 20008 - 44967 NANTES cedex 9, sa demande de résiliation au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, ainsi que la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur de la substitution

du contrat d'assurance et la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par Cbp France pour le compte de l'Assureur, de la notification de l'acceptation de substitution par l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

Il est entendu qu'en cas de refus de la substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt, l'Assuré peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat en adressant à Cbp France au moins deux mois avant la date de renouvellement de l'adhésion, une lettre recommandée accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur bénéficiaire acceptant.

Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée ; le cachet de la poste faisant foi. La résiliation prendra alors effet au jour de la date d'échéance annuelle de l'adhésion.

DEFINITION DES GARANTIES

Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

Les risques susceptibles d'être garantis sont :

- **Le Décès.**
- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :**
Invalidité physique ou intellectuelle rendant l'Assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.
- **L'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :**
Etat médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice par l'Assuré de son activité professionnelle lui procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre).
- **L'Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) :**
Etat médicalement constaté d'incapacité partielle et temporaire à l'exercice de l'activité procurant gain ou profit à l'Assuré, lui permettant une reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique. Cet état doit intervenir dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur.
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) :**
Persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale.
- **L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) :**
Persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.P. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale.

OPERATIONS DE PRÊT/CREDIT COUVERTES - GARANTIES PROPOSEES

L'assurance concerne les opérations de prêts suivantes, réalisées en euros (ou en francs-suisse, sous réserve des précisions mentionnées au paragraphe « REMARQUES » ci-après) et consenties par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers :

1/ Les prêts AMORTISSABLES immobiliers ou mobiliers, destinés aux particuliers ou aux professionnels amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec ou sans différé (total ou partiel), avec déblocages totaux ou successifs et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables, d'une durée maximale de 360 mois et d'un montant maximal de 3 000 000 euros.

Garanties proposées :

- Option 1 : Décès / P.T.I.A.
- Option 2 : Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.T.P. / I.P.T.
- Option 3 : Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.T.P. / I.P.T / I.P.P.
- Option Senior : Décès seul

2/ Les prêts REMBOURSABLES IN FINE immobiliers ou mobiliers, destinés aux particuliers ou aux professionnels, d'une durée maximale de 300 mois et d'un montant maximal de 3 000 000 euros.

Garanties proposées : Option 1, 2, 3 ou Senior

3/ Les prêts RELAIS, d'une durée maximale de 36 mois et d'un montant maximal de 3 000 000 euros.

Garanties proposées : Option 1,2, 3 ou Senior

REMARQUES :

- **Montant maximal des capitaux assurables :** le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour une même personne, ne pourra en aucun cas excéder 3 000 000 d'euros et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.
- **Augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance :** il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :
 - . la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
 - . la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 360 mois,
 - . le prêt entre dans la catégorie « Prêts amortissables » telle que définie ci-avant.
- **Prêts libellés en francs-suisse :** Lors de l'adhésion au contrat le capital assuré ainsi que le tableau d'amortissement seront convertis en euros en fonction du barème contre-valeur en vigueur à cette date, intégrant un coefficient de majoration de 1,2 sur le taux de change. Il en sera de même pour les cotisations et les prestations. Ce barème restera valable pendant toute la durée de l'adhésion et ce, même en cas de modification en cours d'assurance impliquant une actualisation du tableau d'amortissement (tel que le remboursement anticipé partiel du prêt). L'attention de l'assuré et de l'emprunteur est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

COTISATIONS

Les garanties définies sont accordées sous réserve du paiement d'une cotisation annuelle exprimée en pourcentage du capital initial.

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties et sont prélevées par Cbp France mensuellement,

trimestriellement, semestriellement ou annuellement sur le compte de l'Assuré (ce compte devant obligatoirement être domicilié en France).

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, Cbp France adresse à l'Assuré une lettre recommandée l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

En cas dépôt d'une demande de surendettement, le délai est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation.

ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement.

Dependant :

- L'Assureur pourra convoquer l'Assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DROM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'Assuré si celui-ci est à l'étranger au moment du sinistre.
- En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DROM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

Il est rappelé que les prestations sont déterminées conformément au tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre. Pour les prêts en Francs, les prestations sont calculées sur la base du tableau d'amortissement converti en euros en fonction du barème contre-valeur en vigueur à la date de la souscription, intégrant le coefficient de majoration de 1,2 sur le taux de change.

DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Décès ou de P.T.I.A., l'Assureur garantit le paiement des prestations telles que définies dans le tableau ci-après, dans la limite de la quotité assurée :

Types de prêts	Prestations
PRETS AMORTISSABLES	<p>Pendant la phase de différé (le cas échéant) : le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.</p> <p>Pendant la phase d'amortissement : le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date</p>
PRETS REMBOURSABLES IN FINE (y compris PRETS RELAIS)	<p>Le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.</p>

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES DECES/P.T.I.A.

- 1/ En cas de sinistre avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que l'assurance ait pris effet : l'Assureur prend en charge le montant du capital assuré dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme aux bénéficiaires autres que l'organisme prêteur (cf. paragraphe « Bénéficiaires » ci-après).
- 2/ En cas de sinistre sur un prêt avec déblocage échelonné : l'Assureur prend en charge le montant du capital assuré dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme :
 - à l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'emprunteur et restant dues en principal,
 - et à l'autre (aux autres) bénéficiaire(s) désigné(s) à concurrence des sommes non débloquées (cf. paragraphe « Bénéficiaires » ci-après).
- 3/ L'échéance échue le jour même du Décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A. est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.
- 4/ En cas de Décès ou P.T.I.A. simultané(e) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant total réglé par l'Assureur n'excédera pas, selon les cas, le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes, et n'excédera en aucun cas le montant total du prêt.
- 5/ Bénéficiaires : l'organisme prêteur est désigné comme bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues. En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées :
 - en cas de P.T.I.A. : à l'Assuré lui-même,
 - en cas de Décès : au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf désignation particulière indiquée sur la demande d'adhésion.

GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) - INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLES (I.T.P.) - INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) - INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

Ces garanties sont optionnelles et ne peuvent être souscrites :

- . qu'en complément de l'assurance Décès / P.T.I.A.,
- . que si la personne à assurer, lors de son adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée ou est bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent.

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) ET INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.) :

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :

En cas d'I.T.T., l'Assureur règle à l'organisme prêteur ou, après accord de ce dernier, à l'Assuré lui-même, à compter du 31^{ème}, 61^{ème} ou 91^{ème} jour continu d'incapacité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau des prestations ci-après, tenant compte de la quotité assurée.

Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) :

En cas d'I.T.P. intervenant dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur, celui-ci verse une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

La durée maximale de prise en charge par l'Assureur, pour une même I.T.P., est limitée à 180 jours continus.

Rechutes : Toute reprise de travail d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du service des prestations, sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé. A tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'Assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

CAS PARTICULIER DES ASSURES SALARIES, FONCTIONNAIRES OU ASSIMILES :

Les prestations versées par l'Assureur en cas d'I.T.T. ou d'I.P.P. sont limitées à la seule perte de salaire, sauf si l'Assuré a demandé la suppression de cette limitation lors de son adhésion au contrat, moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.

Cette limitation ne s'applique pas dans le cadre d'un prêt professionnel.

Le calcul de la perte de salaire se fait par différence entre le revenu de référence perçu avant l'incapacité et le revenu de remplacement perçu pendant la période d'incapacité.

Le revenu de référence (*) est composé par la moyenne des rémunérations et indemnités imposables versées par l'employeur au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail.

Le revenu de remplacement est composé des rémunérations et indemnités versées par l'employeur, des prestations versées par la Sécurité sociale ou organismes assimilés et des prestations versées par tout organisme de prévoyance complémentaire.

(*) le revenu de référence est indexé au 1^{er} juillet de chaque année, dès lors que 18 mois au moins se sont écoulés depuis le 1^{er} jour indemnisé par l'Assureur. L'indice retenu est celui de l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, publié par le Ministère du Travail ou tout autre indice venu s'y substituer. L'indexation est calculée en rapportant l'indice publié applicable au 1^{er} janvier qui précède l'indexation, à celui publié applicable au 1^{er} janvier de l'année antérieure.

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) ET INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) :

En cas d'I.P.T. ou d'I.P.P., l'Assureur détermine les taux d'incapacité par voie d'expertise à l'aide du tableau ci-après, en fonction :

1 - Pour les assurés exerçant une activité professionnelle rémunérée au moment du sinistre :

- du taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise),
- du taux d'Incapacité Permanente Professionnelle : apprécié en fonction de la profession de l'Assuré.

2 - Pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée au moment du sinistre :

- du taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,5	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,4	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Si le taux est égal ou supérieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.T.

L'Assureur règle à l'organisme prêteur ou, après accord de ce dernier à l'Assuré lui-même, à compter 31^{ème}, 61^{ème} ou 91^{ème} jour continu d'invalidité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau ci-après, tenant compte de la quotité assurée.

Toutefois, si l'I.P.T. fait suite à une prise en charge au titre de la garanties I.T.T., I.T.P. ou I.P.P., les règlements interviendront sans application du délai de franchise.

Si le taux est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.P.

L'Assureur règle à l'organisme prêteur ou, après accord de ce dernier à l'Assuré lui-même, à compter 31^{ème}, 61^{ème} ou 91^{ème} jour continu d'invalidité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau ci-après, tenant compte de la quotité assurée.

Toutefois, si l'I.P.P. fait suite à une prise en charge au titre de la garanties I.T.T. ou I.T.P., les règlements interviendront sans application du délai de franchise.

Si le taux est inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Types de prêts	Prestations
PRETS AMORTISSABLES	<u>Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :</u> En fonction de la situation de l'assuré au moment du sinistre : 1- <u>Salarié, fonctionnaire et assimilé :</u> . Les échéances dues, dans la limite de la perte de salaire telle que définie ci-avant 2- <u>Autre activité professionnelle fiscalement déclarée / Sans activité professionnelle fiscalement déclarée :</u> . Les échéances dues
	<u>Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) :</u> En fonction de la situation de l'assuré au moment du sinistre : 1- <u>Salarié, fonctionnaire et assimilé :</u> . 50% des échéances dues, dans la limite de la perte de salaire telle que définie ci-avant 2- <u>Autre activité professionnelle fiscalement déclarée :</u> . 50% des échéances dues 3- <u>Sans activité professionnelle fiscalement déclarée :</u> . pas de prise en charge
PRETS REMBOURSABLES IN FINE (y compris PRETS RELAIS)	<u>Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) :</u> . Les échéances dues
	<u>Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) :</u> (N-33)/33 fois le montant de la prestation prévue ci-dessus en cas d'I.P.T. (N étant le taux d'incapacité reconnu)

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES I.T.T., I.T.P., I.P.T. ET I.P.P. :

1/ **Montant maximal de la prestation versée par l'Assureur en cas d'I.T.T., I.T.P., I.P.T. ou I.P.P. :** 433 euros par jour, quels que soit le nombre et la nature des prêts assurés dans le cadre du présent contrat.

2/ Afin d'accélérer les règlements par l'Assureur, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

3/ **En cas d'I.T.T., I.T.P., I.P.T. ou I.P.P. affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt :** le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des échéances de remboursement du prêt/crédit.

4/ **Prêt avec différé :**
- s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : aucune prestation n'est due,
- s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : seules les échéances d'intérêts sont prises en charge.

5/ **Prêt remboursable in fine (y compris prêt relais) :** Le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement n'est jamais pris en charge par l'Assureur.

6/ **En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt :**

En cas de variation à la hausse :
Toute augmentation des échéances (en nombre ou en montant) devra être communiquée à l'Assureur et pourra donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion.

Il est toutefois précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'Assureur si elle intervient pendant une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. ou d'I.P.P. de l'Assuré, sauf si elle répond aux conditions cumulatives suivantes :

- résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt,
- est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'Assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur,
- intervient au plus une fois par an.

En cas de variation à la baisse :
Toute baisse des échéances (en nombre ou en montant) sera prise en compte par l'Assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. ou d'I.P.P.

7/ **Remboursement des cotisations :** en cas d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T., d'I.P.P. ou de G.I.S. AERAS (sous réserve que ces garanties aient été accordées par l'Assureur), l'Assuré continuera à régler le montant total de ses cotisations à l'Assureur. En revanche, ces cotisations lui seront remboursées dans le cadre de son indemnisation, par ajout de celles-ci à l'échéance prise en charge par l'Assureur.

Ce remboursement sera effectif pendant toute la durée du paiement des prestations prévues en cas d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T., d'I.P.P. ou de G.I.S. AERAS et débutera au plus tôt à compter du 31^{ème}, 61^{ème} ou 91^{ème} jour continu d'incapacité ou d'invalidité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat).

EXCLUSIONS

1/ **Sont exclus de la garantie prévue en cas de DECES**

- le suicide, lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Cette exclusion s'applique à chaque adhésion nouvelle, suite à l'obtention d'un nouveau prêt. Toutefois le suicide est garanti dès la prise d'effet de l'adhésion, dans la limite de 120.000 euros, lorsque l'assureur garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré,

- les risques résultant d'un accident de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même,
- (*) les risques se rapportant à des compétitions aériennes, démonstrations, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, records ou tentatives de records, à des sauts effectués avec des parachutes non homologués, à la pratique du saut à l'élastique, du parapente, du deltaplane, de l'ULM, ou de tout autre appareil comparable, aux sports automobiles et motocyclistes, au motonautisme, à tout autre sport mécanique ou sport nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant, à des compétitions auxquelles l'Assuré participe et comportant l'utilisation d'une arme, à la pratique de la voile ou du yachting en compétition.

(*) sous réserve de l'accord de l'Assureur, les exclusions ci-dessus, marquées d'un astérisque, peuvent être supprimées ou adaptées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire

- les risques consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome,
- les risques consécutifs à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un röntgen par heure, de tous autres accidents dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle. Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux, de fausse manœuvre ou d'erreur dans leur utilisation sont garantis, dès lors qu'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de maladie ou d'accident garanti.

2/ Sont exclus de la garantie prévue en cas de P.T.I.A.

- les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès,
- les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion (sauf si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou exclusion de garantie),
- les conséquences d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire,
- les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement et leurs suites et conséquences avérées.

3/ Sont exclus de la garantie prévue en cas d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. et d'I.P.P

- les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès ou de P.T.I.A.,
 - (*) les conséquences de la participation à des compétitions, courses, matches ou paris ou de toute pratique sportive professionnelle ou sous contrat avec rémunération,
 - (*) les conséquences de la pratique des sports et activités suivantes : sports aériens, plongée sous-marine avec appareil autonome, alpinisme de haute montagne, hockey sur glace, bobsleigh, sport de combat, spéléologie, kitesurf, skysurf,
- (*) sous réserve de l'accord de l'Assureur, les exclusions ci-dessus, marquées d'un astérisque, peuvent être supprimées ou adaptées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.
- les conséquences de rixes, sauf cas de légitime défense, devoir professionnel ou assistance à personne en danger,
 - les conséquences de guerre civile ou étrangère,

- (**) les dépressions nerveuses, qu'elles soient réactionnelles ou endogènes, les fibromyalgies, les affections psychiatriques, neuropsychiatriques ou psychiques, sauf si l'Assuré a été hospitalisé pendant une période continue d'au moins 5 jours dans un établissement spécialisé ou si l'Assuré a été placé par jugement sous tutelle ou curatelle (la prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 31^{ème}, 61^{ème} ou 91^{ème} jour continu d'incapacité ou d'invalidité - selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat - ayant entraîné l'hospitalisation ou le placement sous tutelle ou curatelle, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette hospitalisation ou mise sous tutelle ou curatelle),
- (**) les affections du rachis dorsolombaire et des atteintes vertébrales (lombalgie, sciatique, sciatgie, lumbago, névralgie cervico brachiale, hernie discale, cervicalgie) sauf si cette atteinte a nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation d'au moins 6 jours (la prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 31^{ème}, 61^{ème} ou 91^{ème} jour continu d'incapacité ou d'invalidité - selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat - ayant entraîné l'intervention chirurgicale ou l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette intervention chirurgicale ou hospitalisation)

(**) pour les personnes à assurer qui en font la demande exclusivement lors de leur adhésion au contrat et sous réserve de l'accord de l'Assureur, les exclusions ci-dessus, marquées de deux astérisques, qui sont indissociables, peuvent être supprimées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.

MATERNITE : la période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du Travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées.

Toutefois :

- si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé,
- si avant le début de ce congé l'Assurée était indemnisée par l'Assureur dans le cadre du présent contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'Assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites fixées pour les garanties I.T.T., I.P.T. et I.P.P.

FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations cessent pour tous les risques :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'Assuré,
- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- en cas d'exigibilité anticipée du prêt par suite de non paiement d'une ou plusieurs échéances et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- au jour du règlement anticipé du capital en cas de P.T.I.A.,
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 180 jours par sinistre est atteinte pour la garantie I.T.P.,
- à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré atteint son 85^{ème} anniversaire pour la garantie Décès,
- à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré atteint son 70^{ème} anniversaire pour la garantie P.T.I.A.,
- à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré atteint son 67^{ème} anniversaire pour les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.,

- dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal de la profession ou par anticipation quel qu'en soit le motif, en ce qui concerne les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P. sauf si la préretraite ou la retraite résulte de l'I.T.T., I.T.P., I.P.T. ou I.P.P. qui fait l'objet de la prise en charge par l'Assureur.

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Les demandes d'indemnisation devront être effectuées à :
Cbp France - CS 20008 - 44967 NANTES cedex 9.

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur devront avoir lieu en France, DROM, COM ou Monaco.

FORMALITES ET JUSTIFICATIFS A FOURNIR :

Il conviendra de fournir à l'Assureur l'attestation d'assurance (certificat d'adhésion), les pièces listées ci-après, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire par l'Assureur au règlement des prestations.

1/ En cas de Décès

- un acte de décès et si le décès est accidentel, l'extrait du procès verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, le numéro de ce procès verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, une coupure de presse,
- un certificat médical post-mortem, sur l'imprimé établi par l'Assureur, précisant le genre de maladie ou d'accident auquel a succombé l'Assuré,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date du décès.

Cas particulier : Si le décès survient hors de la France Métropolitaine, d'un DROM COM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

2/ En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical du médecin de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale (ou organisme assimilé), si l'Assuré en bénéficie,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de la P.T.I.A.

3/ En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Incapacité Temporaire Partielle, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle

Au début de l'Incapacité ou de l'Invalidité :

La demande d'indemnisation devra être faite à Cbp France dans un délai maximal de 190 jours à compter du premier jour d'arrêt de travail, sauf en cas de force majeure.

En cas de déclaration tardive, si l'Assureur prouve un préjudice du fait du retard, il prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,

- un certificat médical, sur imprimé établi par l'Assureur,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de l'arrêt de travail,
- les volets ou attestations de prestations de la Sécurité Sociale (ou organisme assimilé) si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle du contrat),

De plus, si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- les fiches de paie des 12 derniers mois précédents l'arrêt de travail,
- la fiche de paie suivant l'arrêt de travail,
- les décomptes des organismes de prévoyance complémentaire.

Au cours de l'incapacité ou de l'invalidité :

Devront être adressés :

- les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'invalidité ou de l'incapacité,
- les volets de la Sécurité Sociale (ou organisme assimilé) attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle du contrat),
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

De plus, si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- les fiches de paie suivant l'arrêt de travail, le cas échéant,
- les décomptes des organismes de prévoyance complémentaire.

A la fin de l'Incapacité :

Il est indispensable de remettre à l'Assureur un certificat de fin d'incapacité rempli par l'Assuré à l'aide d'un formulaire établi et fourni par l'Assureur lors de la première demande d'indemnisation. Cette remise permettra de déterminer les prestations en cas de rechute.

PRESCRIPTION

Pour l'application du présent paragraphe, il faut entendre par le terme « souscripteur », le terme « adhérent ».

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1)- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
 - 2)- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ; La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ; L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

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 interrompt le délai de 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 ces héritiers.

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Elle est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

CONTROLE MEDICAL - ARBITRAGE

CONTROLE MEDICAL

A toute époque, les médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'Assuré en état de P.T.I.A., d'I.T.T., d'I.P.T., d'I.P.P. ou de G.I.S. AERAS, afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continuera à s'exercer même après la dénonciation du contrat par l'association contractante.

Si l'assuré le souhaite, ce contrôle médical pourra avoir lieu en présence du médecin de son choix et à ses frais.

Il est par ailleurs précisé que si l'assuré s'oppose à ce contrôle, il perd ses droits aux prestations.

ARBITRAGE

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

RECLAMATIONS - MEDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit s'adresser prioritairement à :

Cbp France
Service réclamations
CS 20008 - 44967 NANTES cedex 9

Cbp France est en mesure de fournir à l'Assuré (ou ses ayants droit) toutes informations et explications et s'engage à accuser réception de la demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et y apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si l'Assuré (ou ses ayants droit) ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à Generali - Réclamations - TSA 70100 - 75309 PARIS Cedex 09- servicereclamations@generali.fr.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré (ou ses ayants droit) ou par l'Assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'Assuré (ou ses ayants droit) et l'Assureur après examen de la demande par le service réclamations, l'Assuré (ou ses ayants droit) peut saisir le Médiateur en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de la demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles il définit la finalité.

Cbp France en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels, nécessaires à la gestion des adhésions au contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- souscription
- émission des avenants en cours d'assurance
- encaissement et recouvrement des cotisations
- instruction et règlement des sinistres
- réclamations
- archivage

Les finalités et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque

et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis.
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes 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 de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par le courtier. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au

contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou du courtier. 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).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes dont nos délégués de gestion, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- d'un droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.
Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.
- D'un droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande avoir fourni une preuve de votre identité, aux adresses mentionnées au paragraphe « Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles ».

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy - TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles :

- Pour le délégataire de gestion : Délégué à la Protection des Données
- Cbp France - CS 20008 - 44967 NANTES cedex 9.
- Pour l'assureur : Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris
Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdacc@generalif.fr

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire

gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de OPPOSETEL - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

RENONCIATION A L'ASSURANCE

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que son adhésion est conclue (selon les conditions d'acceptation, l'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion ou au plus tard à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Les cotisations éventuellement prélevées seront alors remboursées dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation par lettre recommandée.

Modèle de lettre type : à adresser à Cbp France- CS 20008 - 44967 NANTES cedex 9:

« Nom et prénoms : / Adresse : / N° du contrat :
Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément en vertu de l'article L 132-5-1 du code des assurances à mon adhésion au contrat d'assurance groupe emprunteur n°7325, signée le _____ auprès de M. (Indiquer le nom du conseiller).

Fait à _____, le _____

Signature : » NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références