

Contrat Prêtiléa - CARACTÉRISTIQUES -



PRÊTILÉA est un contrat d'assurance de groupe sur la vie à adhésion facultative de type temporaire décès sans valeur de rachat régi par le Code des assurances. Ce contrat est souscrit auprès de la GMF Vie, ci-après désigné l'assureur, par l'ANS GMF Vie - Association Nationale des Souscripteurs de la GMF Vie, régie par la loi du 1er juillet 1901 – 86-90 rue Saint Lazare - 75009 Paris - au profit de ses membres.

Le contrat PRÊTILÉA a pour objet de garantir les bénéficiaires de prêts contre les risques de décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et, sur option, d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou Totale (IPT) de l'assuré. **Cette opération d'assurance relève de la branche n°20 «vie-décès» du Code des assurances (article R.321-1).**

NOTICE DU CONTRAT PRÊTILÉA (contrat n°11001)

*En application de l'article L.141-4 du Code des assurances,
Valable pour toute adhésion effectuée à partir du 10 février 2017*

SOMMAIRE

- 1 DEFINITIONS
- 2 OBJET DU CONTRAT
- 3 DATE D'EFFET DES GARANTIES
- 4 MODALITES D'ADHESION
 - 4.1 PERSONNES ASSURABLES
 - 4.2 CARACTERISTIQUES DES PRETS ASSURABLES
 - 4.3 FORMALITES D'ADHESION
 - 4.4 QUOTITE ASSUREE
 - 4.5 DUREE DE L'ADHESION
 - 4.6 CONVENTION AERAS
 - 4.7 DECLARATION DU RISQUE
- 5 BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS
- 6 FACULTES DE RENONCIATION
 - 6.1 POUR TOUTE ADHESION REALISEE HORS VENTE A DISTANCE
 - 6.2 DISPOSITIONS PARTICULIERES EN CAS DE VENTE A DISTANCE
 - 6.3 NON OBTENTION DU PRET
- 7 RESILIATION DE L'ADHESION – LOI HAMON
- 8 FRAIS – COTISATIONS
 - 8.1 FRAIS
 - 8.2 CALCUL DES COTISATIONS
 - 8.3 MODE DE PAIEMENT
 - 8.4 NON PAIEMENT DES COTISATIONS
 - 8.5 REMBOURSEMENT DES COTISATIONS EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE, OU D'INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE OU INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS

- 9 EXCLUSIONS
 - 9.1 RISQUES GARANTIS SOUS CONDITIONS
 - 9.2 EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES
 - 9.3 EXCLUSIONS SPECIFIQUES DES GARANTIES OPTIONNELLES
 - 9.4 RACHAT D'EXCLUSIONS
 - 10 DEFINITION DES GARANTIES
 - 10.1 GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL IMMEDIATE ET PROVISOIRE
 - 10.2 GARANTIES DE BASE
 - 10.2.1 GARANTIE DECES
 - 10.2.2 PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE
 - 10.3 GARANTIE OPTIONNELLES
 - 10.3.1 FRANCHISE
 - 10.3.2 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)
 - 10.3.3 INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT)
 - 10.3.4 INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP)
 - 10.3.5 EVALUATION DU DEGRE « N » D'INVALIDITE
 - 10.4 GARANTIE SPECIFIQUE AERAS
 - 10.5 DECLARATION ET REGLEMENT DES PRESTATIONS
 - 11 FIN DES GARANTIES
 - 11.1 GARANTIES DE BASE (DECES ACCIDENTEL/DECES/PTIA)
 - 11.2 GARANTIES OPTIONNELLES (ITT/IPT/IPP)
 - 11.3 FINS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES
 - 12 FIN DES PRESTATIONS LIEES AUX GARANTIES OPTIONNELLES (ITT/IPT/IPP)
 - 13 CONTROLE MEDICAL ET ARBITRAGE
 - 14 VOYAGES ET SEJOUR A L'ETRANGER
 - 15 MODIFICATIONS DES GARANTIES ET DES QUOTITES PAR L'ASSURE
 - 16 DIMINUTION DU CAPITAL ASSURE
 - 17 CHANGEMENTS EN COURS D'ADHESION
 - 17.1 MODIFICATION DE LA SITUATION DE L'ASSURE
 - 17.2 MODIFICATION DU(ES) PRET(S)
 - 18 DECLARATION DU SINISTRE ET PIECES A FOURNIR
 - 18.1 DECLARATION DU SINISTRE A L'ASSUREUR
 - 18.2 PIECES A FOURNIR A L'ASSUREUR
 - 18.3 GARANTIES DE BASE
 - 18.4 GARANTIES OPTIONNELLES
 - 19 ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR ET CUMUL DES GARANTIES
 - 20 INFORMATION DES ASSURES
 - 21 PROCEDURE D'EXAMEN DES LITIGES
 - 22 PARTICIPATION AUX BENEFICES
 - 23 PRESCRIPTION
 - 24 INFORMATIQUE ET LIBERTES
 - 25 AUTORITE DE CONTROLE
 - 26 DISPOSITIONS RELATIVE AU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE
 - 27 ASSISTANCE SUCCESSION
- LEXIQUE

1 – DEFINITIONS

Assureur : La compagnie d'assurance GMF Vie, société anonyme au capital de 186 966 736 euros, dont le siège social est situé 1 rue Raoul Dautry - CS 40003 - 95122 Ermont Cedex, immatriculée au R.C.S. de Pontoise sous le n° 315 814 806 est l'assureur du contrat PRÊTILÉA. À ce titre, pour opérer la gestion des adhésions, elle mandate CBP Solutions, Intermédiaire en assurance enregistré auprès de l'ORIAS sous le n° 07 009 023 - SAS au capital de 336 480 euros - 433 842 285 R.C.S. Nantes - 3 rue Victor Schœlcher – bâtiments E et F – 44800 Saint Herblain.

Assuré : C'est la personne sur la tête de laquelle repose l'assurance. L'adhérent et l'assuré peuvent être des personnes distinctes.

Bénéficiaire : Le bénéficiaire du contrat est l'organisme prêteur. Il est bénéficiaire acceptant.

Capital restant dû : C'est le capital à rembourser à l'organisme prêteur à une date donnée mentionnée sur le tableau d'amortissement du prêt.

Franchise : Elle est exprimée en jours et correspond à la période non indemnisée par l'assureur. Par exemple, pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, pour une franchise choisie à 90 jours, l'indemnisation ne sera possible par l'assureur qu'à compter du 91^e jour d'arrêt de travail consécutif suivant le jour de la survenance de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

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

Décès par accident : Tout décès résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré.

2 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat PRÊTILÉA a pour objet de vous garantir, selon les choix retenus à l'adhésion, contre les risques de :

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Et, **sur option**, contre les risques :

- d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT),
- d'Invalidité Permanente Totale (IPT).
- d'Invalidité Permanente Partielle (IPP).

Le contrat est régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances. En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe, toutes les garanties souscrites sont maintenues aux assurés dans les conditions énoncées dans cette notice, tant que l'adhésion est en cours. Les cotisations continuent d'être dues.

3 – DATE D'EFFET DES GARANTIES

Une garantie décès accidentel vous est accordée dès la date de signature de votre bulletin d'adhésion, tant que les garanties principales et optionnelles du contrat n'ont pas pris effet. Pour ces garanties, la date d'effet de votre adhésion sera la date indiquée sur l'attestation d'assurance. Dans tous les cas, la date d'effet des garanties autre que la garantie décès accidentel immédiate et provisoire ne peut être antérieure à la date à laquelle l'assureur prend sa décision.

4 – MODALITES D'ADHESION

4.1 – Personnes assurables

Emprunteur, caution de personne physique ou représentant désigné par une personne morale résidant en France sont assurables. Les personnes physiques doivent être âgées à l'adhésion :

- de 18 ans minimum,
- de moins de 75 ans pour la garantie décès,
- de 64 ans maximum pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Partielle ou Totale.

L'âge de tarification est déterminé, à la date anniversaire du contrat, par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

4.2 - Caractéristiques des prêts assurables

Sont assurables les prêts souscrits, auprès d'un organisme prêteur situé en France, libellés en euros, rédigés en français, de type immobilier ou professionnel, amortissables ou in fine, y compris les prêts relais. Les prêts personnels liés à une opération immobilière assurée par le présent contrat et les prêts conclus dans le cadre d'une opération de restructuration sont assurables. **Les contrats de crédit-bail, les crédits renouvelables et les prêts en devises ne sont pas assurables.**

Le montant total des capitaux assurés est limité à 5 000 000 euros pour un même assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur pour le contrat PRÊTILÉA numéro 11001.

- Toute demande dont le montant des capitaux assurés excède 1 000 000 euros fera l'objet d'une étude spécifique.

4.3 – Formalités d'adhésion

Pour adhérer au contrat, il est nécessaire de compléter et signer la demande d'adhésion, le questionnaire de santé ainsi que tout autre document demandé par l'assureur. Le questionnaire de santé peut être transmis sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de l'assureur.

La durée de validité du questionnaire de santé est **fixée à 6 mois à compter de sa signature**. Si l'assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, un nouveau questionnaire devra être rempli et signé. En outre, la durée de validité des examens médicaux est **fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été pratiqués**.

L'assureur peut accepter la demande en pratiquant l'une ou plusieurs des conditions suivantes :

- au taux normal de cotisation,
- à un taux majoré,
- en excluant certaines garanties,
- en excluant certaines pathologies,
- en adaptant la franchise choisie.

L'assureur peut refuser la demande.

La décision de l'assureur est **valable 6 mois**. À défaut de prise d'effet des garanties dans ce délai, vous êtes tenu de renouveler les formalités d'adhésion. La décision de l'assureur est donnée pour le montant et la durée du ou des prêts figurant sur la demande d'adhésion.

4.4 – Quotité assurée

Vous choisissez lors de l'adhésion la quotité assurée sur votre tête. Cette quotité s'applique à l'ensemble des garanties accordées et ne peut être supérieure à 100 % par personne assurée. Il est précisé que les sommes dues par l'assureur restent limitées au montant du prêt garanti, pour l'ensemble des têtes assurées.

4.5 - Durée de l'adhésion

L'assurance est accordée, à compter de la date d'effet précisée sur l'attestation d'assurance, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction. L'assurance est prorogable annuellement, au maximum, jusqu'à votre 90^e anniversaire.

4.6 - Convention AERAS

La convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) est destinée à favoriser l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé. Les dispositions de la convention AERAS sont contenues dans le dépliant qui doit vous être remis par votre assureur qui s'engage à les respecter.

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

Par ailleurs, toutes les informations sur cette convention et notamment le droit à l'oubli et la grille de référence sont consultables sur le site officiel de la convention AERAS www.aeras-info.fr

4.7 - Déclaration du risque

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

Une déclaration inexacte non intentionnelle entraîne l'application de la règle proportionnelle prévue par l'article L.113-9 du Code des assurances qui prévoit que l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de la prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

5 – BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le bénéficiaire du contrat est l'organisme prêteur. Il est bénéficiaire acceptant. Le montant du capital décès dû par l'assureur peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur. L'excédent est alors versé, par celui-ci, au bénéficiaire désigné. Ce bénéficiaire est, sauf désignation particulière : le co-emprunteur, à défaut le conjoint non séparé de corps ou lié par un pacte civil de solidarité, à défaut les enfants nés ou à naître par parts égales, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'assuré.

6 – FACULTE DE RENONCIATION

6.1 – Pour toute adhésion réalisée hors vente à distance

Vous pouvez renoncer à votre adhésion, sans justificatif de l'organisme prêteur, et être remboursé intégralement de la cotisation versée, pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous avez été informé que votre adhésion est conclue. En pratique, ce délai court à compter du jour où vous avez reçu votre attestation d'assurance et expire le 30^e jour calendaire à 24 heures. Si le délai de

renonciation expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à CBP Solutions rédigée selon le modèle suivant :

"Je soussigné (M. Mme nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat garantie Emprunteur n° xxx dont la signature date depuis moins de 30 jours. Le xx/xx/xxxx. Signature"

L'assureur remboursera l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. Le service gestion de CBP Solutions adressera alors un courrier à l'organisme prêteur, dans les 5 jours ouvrés suivant la réception de votre demande, afin de l'informer que vous avez exercé votre droit de renonciation à l'adhésion au contrat PRÉTILÉA. La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

6.2 – Dispositions particulières en cas de vente à distance

En application de l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, vous disposez d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter, soit de la réception de l'attestation d'assurance, soit de la réception des pièces contractuelles si l'assuré n'est pas déjà en possession de celles-ci. Pour exercer cette faculté, vous devez faire parvenir à CBP Solutions – CS 20008 – 44967 Nantes Cedex 9, une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée par exemple suivant le modèle ci-après :

"Je soussigné (M. Mme nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat garantie Emprunteur n° xxx dont la signature date depuis moins de 30 jours. Le xx/xx/xxxx. Signature"

Le service gestion de CBP Solutions adressera alors un courrier à l'organisme prêteur, dans les 5 jours ouvrés suivant la réception de votre demande, afin de l'informer que vous avez exercé votre droit de renonciation à l'adhésion au contrat PRÉTILÉA. La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

L'adhésion ne peut normalement prendre effet tant que le délai de renonciation ci-dessus indiqué n'est pas expiré. Néanmoins, il peut être dérogé à ce principe, et l'adhésion peut prendre effet plus tôt si vous en faites la demande. Pour cela, vous devez indiquer la date retenue à l'emplacement prévu à cet effet dans la demande d'adhésion. Vous renoncez alors à sa faculté de renonciation.

Informations complémentaires exigées par l'ordonnance n° 2005-648 du 6 juin 2005, relative à la commercialisation à distance des services financiers auprès des consommateurs (article L.112-2-1 du Code des assurances).

- La loi applicable à ce contrat est la loi française. Il en va de même de la loi sur laquelle sont établies les relations contractuelles.

- L'assureur s'engage à utiliser la langue française pendant la durée du contrat. Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation de ce contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

- Vous êtes informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L.423-1 et suivants du Code des assurances.

6.3 – Non obtention du prêt

Vous pouvez renoncer, selon les mêmes formalités que ci-dessus précisées, à votre adhésion après le délai de 30 jours dès lors que le prêt objet de l'adhésion au contrat garantie Emprunteur n'est pas accordé par l'organisme prêteur. Sur présentation d'un justificatif, l'assureur vous remboursera l'intégralité des sommes alors versées.

7- RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

LOI HAMON

En application des dispositions de l'article L.113-12-2 du Code des assurances, introduit par la loi Hamon n° 2014-344 du 17 mars 2014, vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion au présent contrat dans un délai de 12 mois maximum décompté à

partir de la date de signature de votre offre de prêt. Cette disposition s'applique aux offres de prêts immobiliers émises à compter du 26/07/2014. Vous devrez pour ce faire, adresser à CBP Solutions - CS 20008 - 44967 - Nantes Cedex 9, votre demande de résiliation, par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois. Le cas échéant, vous devrez notifier par courrier recommandé à CBP Solutions l'acceptation du prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion. La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet 10 jours après la réception par CBP Solutions, pour le compte de l'assureur, de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

8 – FRAIS – COTISATIONS

8.1 – Frais

Les frais d'ouverture de dossier de 25 euros sont acquittés à l'adhésion avec la première cotisation.

Chaque année, sur l'ensemble des frais prélevés par GMF Vie, 1,30 euros est reversé à l'ANS GMF Vie au titre de la cotisation annuelle applicable par adhérent.

8.2 – Calcul des cotisations

La cotisation est fixée en fonction :

- de l'âge de l'assuré (l'âge est déterminé par différence de millésime à la date d'adhésion puis à chaque date anniversaire de l'adhésion),
- du capital restant dû affecté de la quotité choisie,
- de l'activité professionnelle de l'assuré,
- de la qualité de fumeur ou non-fumeur de l'assuré,
- des risques sportifs et médicaux déclarés,
- des garanties souscrites,
- du montant du prêt garanti, de sa durée et du taux d'intérêt,
- des taxes applicables.

Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'assuré. Les cotisations sont payables d'avance mensuellement.

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

8.3 – Mode de paiement

Les cotisations sont réglées par prélèvements automatiques. Elles sont mises en prélèvement par CBP Solutions à partir de la date d'effet des garanties. Les cotisations sont régularisées par prélèvement le 5 du mois. Une régularisation de la première cotisation pourra éventuellement être effectuée et calculée au prorata-temporis entre la date de prise d'effet des garanties et la date de première mise en prélèvement. Si à cette date, vous n'avez pas transmis le tableau d'amortissement du prêt, les cotisations seront calculées sur les bases déclarées au moment de l'adhésion : capital, durée, taux d'intérêt.

En cas de sinistre, l'assureur se réserve le droit de procéder à une régularisation des cotisations sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre si un écart est constaté avec les caractéristiques du plan de financement déclarées lors de la demande d'adhésion.

8.4 – Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il vous est adressé un avis d'impayé. Sans réponse de votre part, une mise en demeure par voie de lettre recommandée, vous invitant à vous acquitter du montant dû vous sera adressée. Cette lettre recommandée indiquera conformément à

l'article L.141-3 du Code des assurances que, si 40 jours après son envoi, la cotisation n'est toujours pas payée, l'adhésion sera résiliée de plein droit sans autre formalité et une copie de la lettre de résiliation sera adressée à chaque organisme prêteur.

8.5 – Remboursement des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP) ou d'Invalidité Spécifique AERAS

Lors de la mise en jeu de la garantie invalidité spécifique AERAS ou Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) / Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou Totale (IPT), vous continuez à régler le montant des cotisations dues pour les garanties.

En revanche, l'ensemble de ces cotisations, après le délai de franchise choisi, vous sera remboursé dans le cadre de l'indemnisation du sinistre, par ajout de celles-ci à la période prise en charge par l'assureur. Le prélèvement des cotisations cesse aux dates contractuelles de cessation des garanties.

9 – EXCLUSIONS

9.1 - Risques garantis sous conditions

- Les risques résultant des opérations de police internationale, s'ils sont sous mandat de l'Organisation des Nations Unies.
- Le suicide s'il survient après un an d'assurance, à compter de la date d'effet des garanties.
- Le suicide dès la prise d'effet des garanties, pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du montant fixé par décret, 120 000 euros par décret du 28 mars 2002.

9.2 - Exclusions communes à toutes les garanties : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Incapacité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP)

- Les suites et conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'utilisation volontaire d'arme de guerre, d'émeutes, de mouvements populaires, de rixes, sauf en cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger. Pour les personnes exposées dans le cadre de leur profession, si ces risques ont été déclarés à l'adhésion et ont fait l'objet d'une acceptation et d'une tarification de l'assureur, cette exclusion ne s'applique pas.
- Les effets directs ou indirects de la désintégration du noyau de l'atome.
- Les suites et conséquences de l'usage par l'assuré de stupéfiants, de drogues, ou de produits médicamenteux non prescrits par un médecin.
- Les maladies provoquées par l'alcoolisme chronique de l'assuré.
- Les accidents de l'assuré, en tant que conducteur sous l'emprise d'un état alcoolique constaté par un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation en vigueur (article L.234-1 du Code de la route).
- L'utilisation en tant que pilote ou passager de tous engins aériens autres que les avions de lignes commerciales régulières, vols charters ou vols affrétés, sauf pour les cas où l'assuré est passager et que les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires.
- La participation à un défi, pari, à une tentative de record.
- La pratique professionnelle des sports.
- Tous les sports pratiqués en amateur sont couverts, hors la pratique des activités suivantes (sauf si ces pratiques ont été déclarées lors de l'adhésion et acceptées par l'assureur en contrepartie ou non d'une

tarification adaptée) :

- tous sports aériens,
- tous sports nécessitant un engin à moteur, terrestre ou flottant,
- tous sports de neige sauf ceux pratiqués sur piste balisée,
- plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur,
- les sports suivants : saut à l'élastique, spéléologie, alpinisme, yachting (au-delà de 20 milles des côtes), trekking.

Lorsque ces sports sont pratiqués dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, la garantie est acquise si vous établissez que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

- Les actes commis dans l'intention de mettre en œuvre les garanties du contrat.

9.3 - Exclusions spécifiques des garanties optionnelles : Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Incapacité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP)

- Les arrêts de travail correspondant à la période de congé légal de maternité de la sécurité sociale, que l'assurée y soit ou non assujettie.
- La dépression nerveuse ou le syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'affection psychiatrique, neuropsychiatrique, ou psychique, sauf si une hospitalisation de plus de 9 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou si vous avez été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.
- Les pathologies rachidiennes non traumatiques et non tumorales, sauf si elles nécessitent une intervention chirurgicale et/ou une hospitalisation en milieu chirurgical de plus de 9 jours. Les pathologies rachidiennes d'origine traumatiques ou tumorales sont prises en charge sans condition.

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

9.4 - Rachat d'exclusions

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

10 – DEFINITION DES GARANTIES

10.1 - Garantie décès accidentel immédiate et provisoire

Définition : Si vous décédez par accident avant la date de prise d'effet des garanties, GMF Vie verse au(x) bénéficiaire(s) – voir article 5 - un capital égal au montant du capital assuré affecté de la quotité choisie, **sous réserve des exclusions énoncées à l'article 9.2 de la notice. Ce capital est plafonné à 150 000 euros et la garantie ne peut dépasser une durée effective de 90 jours à compter de la signature de la demande d'adhésion.**

10.2 – GARANTIES DE BASE

10.2.1 Garantie décès

Définition : Si vous décédez par maladie ou par accident avant votre 90^e anniversaire,

GMF Vie verse au(x) bénéficiaire(s) le capital restant dû au jour du décès, majoré des intérêts courus entre la date de dernière échéance précédant le décès et la date de décès, affecté de la quotité assurée. Le montant du capital restant dû est celui indiqué au tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès, **sous réserve des exclusions énoncées à l'article 9.2 de la notice.**

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

10.2.2 – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Définition : Vous êtes considéré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie si, après consolidation de votre état de santé, vous êtes reconnu inapte par le médecin conseil de l'assureur à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de vous livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit, et nécessitant, en outre, d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 4 actes ordinaires de la vie courante : se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer. Elle doit être reconnue par le médecin conseil de l'assureur.

Prestation : GMF Vie verse à l'organisme prêteur le capital assuré en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie qui est égal au capital prévu en cas de décès. Ce capital est calculé à la date de la constatation médicale par le médecin conseil de l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Le règlement par l'assureur à l'organisme prêteur du capital assuré au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à l'ensemble des autres garanties, **sous réserve des exclusions énoncées à l'article 9.2 de la notice.**

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

10.3 – GARANTIES OPTIONNELLES : Garanties Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP)

Les garanties ITT et IPT doivent être souscrites conjointement et au moment de l'adhésion au contrat. La garantie IPP ne peut être souscrite qu'en complément des garanties ITT/IPT. Toutefois, elles sont révocables à tout moment si l'organisme prêteur donne son accord.

10.3.1 – Franchise

Lors de la souscription des garanties optionnelles, vous choisissez la période au-delà de laquelle l'indemnisation est possible. Cette période de franchise peut être de 30, 90 ou 180 jours.

10.3.2 – Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)

Définition :

Vous êtes en activité ou êtes à la recherche d'un emploi au jour de survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de travail : Vous êtes considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous vous trouvez temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle ou toute recherche d'emploi si vous êtes en recherche d'emploi au moment de la survenance de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail. Cette incapacité doit être reconnue par le médecin conseil de l'assureur.

Vous êtes au chômage et dispensé de recherche d'emploi, vous n'êtes pas en activité, au jour de survenance de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail : Vous êtes considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous vous trouvez temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, vos occupations et activités de la vie quotidienne. Cette incapacité Temporaire Totale doit être reconnue par le médecin conseil de l'assureur.

10.3.3 – Invalidité Permanente Totale (IPT)

Définition : Vous êtes considéré en état d'Invalidité Permanente Totale si, par suite de maladie ou d'accident et après consolidation de votre état de santé, vous présentez un degré d'invalidité supérieur ou égal à 66 %, selon le barème figurant à l'article 10.3.5. Elle doit être reconnue par le médecin conseil de l'assureur. À la date de consolidation de votre état de santé ou au plus tard trois ans après le début de votre arrêt de travail, le médecin conseil de l'assureur fixe votre degré d'invalidité « N ». L'assureur vous considère alors en invalidité permanente totale si le degré « N » d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %.

Ce degré « N » est déterminé ;

- si vous êtes en activité ou à la recherche d'un emploi : en fonction de vos taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.
- si vous êtes au chômage et dispensé de recherche d'emploi, vous n'êtes pas en activité : en fonction de votre taux d'incapacité fonctionnelle.

10.3.4 – Invalidité Permanente Partielle (IPP) – ne peut être souscrite qu'en complément des garanties ITT/IPT

Définition : Vous êtes considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle si, par suite de maladie ou d'accident et après consolidation de votre état de santé, vous présentez un degré d'invalidité supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, selon le barème figurant à l'article 10.3.5. Elle doit être reconnue par le médecin conseil de l'assureur. À la date de consolidation de votre état de santé ou au plus tard trois ans après le début de votre arrêt de travail, le médecin conseil de l'assureur fixe votre degré d'invalidité « N ». L'assureur vous considère alors en invalidité permanente partielle si le degré « N » d'invalidité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.

Ce degré « N » est déterminé ;

- si vous êtes en activité ou à la recherche d'un emploi : en fonction de vos taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.
- si vous êtes au chômage et dispensé de recherche d'emploi, vous n'êtes pas en activité : en fonction de votre taux d'incapacité fonctionnelle.

10.3.5 - Evaluation du degré « N » d'invalidité

Il est déterminé selon le barème ci-après, en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin conseil de l'assureur, en application du barème du Concours Médical.

		TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
		20	30	40	50	60	70	80	90	100
TAUX D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	10				29	33	36	40	43	46
	20			32	37	42	46	50	54	58
	30		30	36	42	48	53	58	62	67
	40	25	33	40	46	52	58	64	69	74
	50	27	36	43	50	56	63	68	74	79
	60	29	38	46	53	60	66	73	79	84
	70	30	40	48	56	63	70	77	83	89
	80	32	42	50	58	66	73	80	87	93
	90	33	43	52	61	69	76	83	90	97
	100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Le taux d'incapacité fonctionnelle : Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours Médical la plus récente au jour de l'expertise).

Le taux d'incapacité professionnelle : Il est apprécié en tenant compte du degré et de la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normal de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

10.4 – Garantie Invalidité Spécifique « AERAS »

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

Vous bénéficiez des prestations de la garantie invalidité spécifique AERAS lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

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

Les prestations sont versées à compter de la date de reconnaissance par le médecin de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus et selon les dispositions de l'article 10.5 « déclaration et règlement des prestations »

10.5 – Déclaration et règlement des prestations

Délai de déclaration

Vous devez déclarer votre arrêt de travail dans les 12 mois qui suivent le premier jour d'arrêt. Si vous déclarez votre arrêt de travail après ce délai et si l'assureur subit un préjudice du fait de cette déclaration tardive, la prise en charge de l'arrêt de travail ne pourra débuter qu'à la date à laquelle vous avez déclaré votre arrêt de travail.

Prestation en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP)

• Si vous êtes en activité ou à la recherche d'un emploi au jour de survenance de l'état d'ITT ou d'IPT/IPP, l'assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application de la franchise indiquée dans l'attestation d'assurance :

- En cas d'ITT et d'IPT : le paiement des échéances du prêt venant à échéance, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt de travail.

- En cas d'IPP : le paiement des échéances du prêt venant à échéance, au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt de travail, affectées de la quotité assurée et du taux « N » d'invalidité. Le taux « N » d'invalidité pris en compte pour le calcul ne pourra être inférieur à 50 %.

• Si vous êtes au chômage et dispensé de recherche d'emploi ou si vous êtes ni en activité, ni à la recherche d'un emploi au jour de survenance de l'état d'ITT ou d'IPT, l'assureur prend en charge 100 % des échéances du prêt venant à échéance affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt de travail. **En cas d'IPP, aucune prestation n'est due par l'assureur.**

De plus, après la période de franchise choisie (30, 90 ou 180 jours), si vous n'avez pas repris vos activités professionnelles, l'assureur rembourse le montant brut des cotisations d'assurance dues pendant la durée de l'ITT ou d' l'IPP/IPP, au prorata du nombre de jours d'incapacité ou d'invalidité. Le règlement des prestations est effectué sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, sous réserve des dispositions figurant à l'article « limitation des prestations ».

Reprise de l'activité à temps partiel thérapeutique

Si vous reprenez une activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, l'assureur prend en charge l'échéance du prêt à hauteur de 50 % de la quotité assurée pour une durée maximale de 90 jours.

Rechute

Le délai de franchise n'est pas appliqué, si après une période d'arrêt de travail indemnisée, vous avez repris une activité professionnelle pendant moins de 90 jours et si vous êtes de nouveau en arrêt de travail.

Limitation des prestations

Elles sont limitées à 350 euros par jour et par assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur au titre du contrat PRÉTILÉA numéro 11001.

Aucune modification du tableau d'amortissement, à l'initiative de l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent le sinistre ou au cours du sinistre engendrant une augmentation de la prise en charge de l'assureur ne peut être prise en compte.

Pour les prêts in fine ou pendant les périodes de différé partiels, le remboursement des indemnités journalières correspond aux intérêts du prêt, affectés de la quotité assurée.

Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte.

11 – FIN DES GARANTIES DU CONTRAT

11.1 - Garanties de base

Garantie décès accidentel immédiate et provisoire	Garantie décès	Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
- Au 91 ^e jour à compter de la signature de la demande d'adhésion	- A votre 90 ^e anniversaire	- A sa date de reconnaissance par le médecin conseil de l'assureur ou à votre 65 ^e anniversaire

11.2 - Garanties optionnelles

Incapacité Temporaire Totale de Travail	Incapacité Permanente Totale	Incapacité Permanente Partielle
- A votre 65 ^e anniversaire	- A votre 65 ^e anniversaire	- A votre 65 ^e anniversaire

11.3 – Fins communes à toutes les garanties :

- En cas de remboursement total et anticipé du prêt
- En cas de déchéance du terme prononcé par l'organisme prêteur
- En cas de non-paiement des cotisations selon les dispositions du code des assurances
- En cas de résiliation du contrat sur votre demande adressée avant le 31 octobre par

lettre recommandée avec accusé de réception et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant

- En cas de résiliation du contrat sur votre demande, selon les dispositions de l'article 7 « Résiliation de l'adhésion par l'assuré »
- Au terme du contrat
- Si vous êtes caution, à la date à laquelle votre engagement de caution est résilié
- Le jour du versement du capital assuré au titre de la garantie décès ou de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie.

En cas de renonciation, l'adhésion est alors réputée n'avoir jamais existée.

12 – FIN DES PRESTATIONS LIEES AUX GARANTIES OPTIONNELLES

Incapacité Temporaire Totale de Travail	Incapacité Permanente Totale	Incapacité Permanente Partielle
- Le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel, sauf dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique	- Dès que le degré d'invalidité constaté par le médecin conseil de l'assureur devient inférieur à 66 %	- Dès que le degré d'invalidité constaté par le médecin conseil de l'assureur devient inférieur à 33 % - En cas de prise en charge au titre de la garantie IPT - Le jour de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet
- A votre 65 ^e anniversaire	- A votre 65 ^e anniversaire	- A votre 65 ^e anniversaire
<ul style="list-style-type: none"> • A la date de préretraite ou de retraite sauf si la mise en préretraite ou retraite résulte de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Incapacité Permanente Totale ou Partielle faisant l'objet d'une prise en charge par l'assureur • A la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie IPT ou IPP • Le jour de la cessation de l'adhésion 		

13 - CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE

Votre attention est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), l'Incapacité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), la garantie invalidité spécifique AERAS et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et celles de l'assureur dans les mêmes domaines.

Afin de juger de l'ouverture, du maintien ou de la suspension des droits à prestations pour les garanties autres que le décès, vous devez vous soumettre aux visites médicales ou contrôles que l'assureur estime nécessaires, à défaut la garantie ne s'appliquerait pas. Lors d'un contrôle médical, vous avez la faculté de vous faire assister, à vos frais, par un médecin de votre choix. Le contrôle médical suspend le paiement des prestations. Si vous vous opposez à ce contrôle, vous perdez vos droits à prestations. En cas d'avis défavorable du médecin conseil de l'assureur sur le maintien des droits à prestations, le versement des indemnités cesse. En cas de désaccord d'ordre médical, le litige pourra être réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord. Chaque partie se fera assister à ses frais par son propre expert.

En l'absence d'accord sur le choix d'un médecin, le litige sera confié au président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré qui désignera un expert. Chaque partie prendra à sa charge les frais de son expert et la moitié des frais de l'expert arbitre.

14 – VOYAGES ET SEJOURS A L'ETRANGER

Le risque de décès est couvert dans le monde entier sous réserve d'une part que la preuve du décès soit effectuée par la remise des pièces demandées à l'article 18 « Déclaration de sinistre et pièces à fournir » et d'autre part, que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Le certificat de décès devra donc émaner de l'une de ces deux autorités.

Les risques de PTIA - ITT - IPT - IPP et d'Invalidité spécifique AERAS sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que leur constat soit établi au sein de l'union européenne, des principautés de Monaco ou d'Andorre, au moyen de documents émanant de l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues à l'article 13 « Contrôle médical – Arbitrage ».

A défaut de preuve, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France.

Les documents adressés à l'assureur devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

15 – MODIFICATION DES GARANTIES ET DES QUOTITES PAR L'ASSURE

Vous pouvez, à tout moment, demander la modification de vos garanties et/ou de votre quotité :

- s'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet dès réception de l'accord écrit du bénéficiaire acceptant, l'organisme prêteur. Aucune diminution de garantie demandée ne pourra être effectuée sans le consentement exprès de l'organisme prêteur.
- s'il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats de nouvelles formalités d'adhésion.

Les nouvelles garanties et/ou quotité prennent effet à la date d'acceptation par l'assureur. Pour les prêts à échéances modulables, l'allongement de la durée du prêt qui découle du fonctionnement normal du contrat de prêt est accepté d'office par l'assureur. Dans le cas de la mise en place d'un plan de surendettement, le nouveau plan de financement résultant du prêt assuré à l'origine, est accepté d'office par l'assureur, sous réserve de l'ajustement du montant des cotisations.

16 – DIMINUTION DU CAPITAL ASSURE

En cas de remboursement anticipé partiel et à réception de l'attestation de l'organisme prêteur, un nouvel échéancier est émis par l'assureur.

17 – CHANGEMENT EN COURS D'ADHÉSION

Important : Pour toute opération liée à votre adhésion, vous devez contacter CBP Solutions : CS 20008, 44967 – Nantes Cedex 9 – tel : 09 73 32 30 20 (numéro non surtaxé) cbp.adhesion@cbp-gestion.fr

17.1 - Modifications de la situation de l'assuré

Aucune modification de votre situation ne nécessite de déclaration, hormis :

- votre changement d'adresse ou d'Etat civil,
- le fait de devenir fumeur si vous vous étiez déclaré non-fumeur. Cette déclaration doit intervenir immédiatement, et ne remettra pas en cause les garanties accordées mais uniquement les cotisations appliquées.

Les modifications relatives au changement d'état non-fumeur/fumeur et au(x) prêt(s) doivent être déclarées à CBP Solutions par écrit dès que vous en avez connaissance.

A défaut l'assureur pourra appliquer les sanctions des articles L.113-8 ou L.113-9 du Code des assurances, dont les dispositions sont rappelées à l'article 4.7 de la présente notice.

En cas de modifications relatives au changement d'état fumeur/non-fumeur, la tarification pourra être revue sous réserve du résultat des formalités demandées par l'assureur.

Hormis les changements liés aux deux situations citées ci-dessus, aucun changement de votre situation n'a de conséquences sur le niveau des garanties acceptées à l'origine et sur les tarifs de votre contrat d'assurance.

17.2 - Modification du (des) prêt(s)

Vous devez déclarer immédiatement toute modification des caractéristiques de votre prêt ou de l'acte de cautionnement. En nous communiquant votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion vous soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, demander à CBP Solutions de cesser ce mode de communication. En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, vous devez en avvertir CBP Solutions dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Dans le cas de la désolidarisation de l'un des emprunteurs, suite à une procédure de divorce, l'augmentation de votre quotité conservant la qualité d'emprunteur est acceptée d'office par l'assureur, sous réserve de l'ajustement du montant des cotisations par rapport à cette nouvelle quotité

18 - DECLARATION DE SINISTRE ET PIECES A FOURNIR

18.1 - Déclaration du sinistre à l'assureur :

Le sinistre doit être déclaré au gestionnaire par courrier à CBP Solutions - CS 20008 44967 Nantes Cedex 9 - Orias n° 07 009 023 www.orias.fr

<https://espaceassurance.cbp-solutions.fr>

18.2- Pièces à fournir à l'assureur :

Les documents médicaux sont à adresser à CBP Solutions, à l'attention du médecin conseil de l'assureur - CS 20008 – 44967- Nantes Cedex 9. Dispositions de l'article 11 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 : en vertu de ces dispositions qui permettent au patient d'accéder aux informations contenues dans son dossier médical, en cas de sinistre, vous vous engagez à transmettre la totalité des pièces médicales inhérentes à votre état de santé (comptes rendus de consultations, comptes rendus d'hospitalisations, comptes rendus opératoires, examens biologiques, dossier médical...). Les assureurs se réservent alors le droit de subordonner la mise en jeu des garanties à la remise des pièces sollicitées par le service médical dans le cadre du sinistre référencé. Vous autorisez les ayants-droit en cas de décès à communiquer les informations médicales nécessaires vous concernant.

18.3 - Garanties de base

Garantie décès immédiate et provisoire	Garantie décès	Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
<ul style="list-style-type: none"> - Tableau d'amortissement du(es) prêt(s) en vigueur à la date du sinistre, - Certificat médical précisant la cause du décès, - Extrait d'acte de décès, - Copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation médicale remplie par votre médecin traitant sur l'imprimé de l'assureur, - Justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne. <p>Si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notification de la pension d'invalidité troisième catégorie établie par la sécurité sociale ou la notification de la rente accident du travail à 100 % avec majoration pour tierce personne. 	
<p>L'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du sinistre déclaré.</p>		

18.4 - Garanties optionnelles

Incapacité Temporaire Totale de travail	Invalidité Permanente Totale	Invalidité Permanente Partielle
<ul style="list-style-type: none"> - Tableau d'amortissement du(es) prêt(s) en vigueur à la date du sinistre - Une attestation médicale remplie par votre médecin traitant sur l'imprimé de l'assureur <p>Si vous êtes salarié ou fonctionnaire ou assimilé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'assuré - Documents justifiant de l'état d'incapacité totale de travail - Notification d'attribution de pension ou rente d'invalidité par la sécurité sociale ou organisme assimilé <p>Si vous n'êtes pas salarié :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les certificats médicaux d'arrêt de travail <p>Si vous êtes au chômage et dispensé de recherche d'emploi ou si vous n'êtes ni en activité, ni à la recherche d'un emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical de votre médecin traitant confirmant votre état d'incapacité ou d'invalidité. 		
<p>L'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du sinistre déclaré.</p>		

19 – ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR ET CUMUL DES GARANTIES

En présence de co-emprunteurs et/ou de cautions et en cas de décès simultanés des co-emprunteurs et/ou des cautions assurés, le capital versé par l'assureur au titre d'un même prêt ne pourra être supérieur au capital restant dû à l'organisme prêteur au jour du décès, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement. **Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du contrat, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100 %. Le total des garanties cumulées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'assureur reste limitée à ce montant pour l'ensemble des assurés d'un même prêt, et ce, tous contrats confondus.**

20 – INFORMATION DES ASSURÉS

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application de votre contrat, votre interlocuteur habituel CBP Solutions est en mesure d'étudier vos demandes et réclamations.

21 – PROCEDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Vous pouvez formuler une réclamation en contactant :

CBP Solutions
Service réclamations
CS 20008 – 44967 Nantes Cedex 9
Tél : 0 972 670 050 (numéro non surtaxé)

CBP Solutions s'engage à en accuser réception dans les dix jours ouvrables suivant sa réception, sauf si une réponse vous a été apportée entretemps, et à vous répondre au maximum dans les deux mois.

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par CBP Solutions ou par GMF Vie, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance directement sur le site internet www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. La Charte « La médiation de l'Assurance » précisant les conditions d'intervention du Médiateur de l'Assurance est disponible sur ce site. Les dispositions qui précèdent s'entendent sans préjudice de toute autre voie d'action légale.

22 – PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

Les résultats techniques et financiers du contrat PRÊTILÉA entrent dans le calcul du montant minimal de participation aux bénéfices tel que défini aux articles A 132-10 à A 132-12 du Code des assurances. Chaque année, le Conseil d'Administration de la GMF Vie détermine à partir du compte global de participation aux résultats, la répartition entre les différentes catégories de contrats, et l'éventuelle dotation ou reprise à la Provision pour Participation aux Bénéfices conformément aux dispositions de l'article A 132-16 du Code des assurances, et dans le respect des éventuelles dispositions contractuelles spécifiques propres à chaque catégorie de contrat.

23 – PRESCRIPTION

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

Article L.114-1 du Code des assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L.114-2 du Code des assurances : «La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.»

Article L.114-3 du Code des assurances : «Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.»

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont les suivantes :

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

24 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données à caractère personnel communiquées par l'adhérent sont utilisées dans le cadre de la gestion des demandes d'adhésion au contrat **PRÊTILÉA**, notamment pour répondre aux obligations légales de GMF Vie en matière de conseil. Elles pourront également être traitées à des fins de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, ainsi que de lutte contre la fraude à l'assurance. Dans ce cadre, le traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Sauf opposition de l'adhérent, ces données pourront servir pour proposer des services personnalisés et des offres commerciales. Elles sont destinées à GMF Vie, responsable de traitement, et à son prestataire CBP Solutions pour la gestion du contrat et pourront être transmises (hormis les données sur l'état de santé) à ses partenaires contractuellement ou statutairement liés et à des organismes professionnels. L'adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en écrivant à GMF Vie – 1 rue Raoul Dautry CS 40003, 95122 Ermont Cedex.

L'inscription à la liste d'opposition à la prospection téléphonique

En application des dispositions du Code de la Consommation, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, nous ne pourrions pas les démarcher par téléphone sauf s'ils nous ont communiqué leur n° de téléphone afin d'être recontactés ou sauf s'ils sont titulaires auprès de nous d'un contrat en vigueur.

25 – L'AUTORITE DE CONTROLE

L'assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

26 – DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE ET FORMALITÉS DE RÉSILIATION – OBJET SOCIAL DU SOUSCRIPTEUR

Selon les dispositions du contrat d'assurance de groupe PRÊTILÉA souscrit entre l'ANS GMF Vie et la GMF Vie, le contrat a pris effet à sa date de signature pour une période prenant fin le 31 décembre suivant. Il est ensuite renouvelé au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au cocontractant 3 mois au moins avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe, ses effets se poursuivent à

l'égard des adhésions antérieures à la résiliation.

L'ANS GMF Vie, dont le siège social est situé 86- 90 rue Saint Lazare - 75009 Paris, souscripteur du contrat PRÊTILÉA, a pour but de développer, au profit de ses membres, sous toutes leurs formes et par tous les moyens, des régimes collectifs de retraite organisés conformément aux dispositions du Code des assurances ainsi que toutes autres assurances de personnes et placements de même nature ayant un caractère collectif. Les statuts de l'ANS GMF Vie sont à la disposition de tout adhérent sur simple demande auprès de l'association.

27 – ASSISTANCE SUCCESSION

Avec le contrat PRÊTILÉA, vous bénéficiez gratuitement du Service Assistance Succession. Ce service permet de profiter de renseignements juridiques et fiscaux par téléphone en matière de succession, donations et de legs, à l'exclusion de toute rédaction d'acte. Pour bénéficier de ce service, il convient de contacter GMF Vie par téléphone au 0970 809 809 (numéro non surtaxé). Il permet également une prise en charge des litiges dans ces mêmes domaines et relevant des juridictions Françaises, selon les modalités contractuelles prévues. La notice de ce service détaillant l'étendue et les conditions de mise en œuvre des garanties est disponible sur simple demande auprès de la GMF Vie. En cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire de tout ou partie du capital du (ou des) contrat(s) détenu(s) auprès de la GMF Vie, peut également mettre en œuvre les garanties du présent service durant une période d'un an à compter de la perception du capital.

LEXIQUE

Attestation d'assurance :

Document par lequel l'assureur atteste des garanties souscrites et communique le montant total des cotisations.

Bénéficiaire acceptant :

Pour ce contrat, le prêteur est bénéficiaire acceptant.

Caution :

Personne qui s'engage à payer en lieu et place de l'emprunteur en cas de défaillance de ce dernier.

Contrat :

Il désigne l'ensemble des documents qui définit les obligations réciproques de l'assuré et de l'assureur.

Le contrat se compose de la notice, de la demande d'adhésion, du questionnaire de santé, de l'attestation d'assurance, de la délégation d'assurance, des formalités contractuelles, des éventuelles conditions spécifiques d'adhésion à l'assurance.

Convention AERAS :

La convention AERAS : s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé, signée par les pouvoirs publics, les représentants des banques et des assureurs, des associations de malades et des consommateurs, a pour objet d'élargir l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes ayant eu un problème grave de santé.

Débiteur :

Personne chargée du remboursement du prêt.

Déchéance du terme :

Suite à un incident de paiement, c'est la sanction prononcée par l'organisme prêteur qui rend la dette immédiatement exigible.

Délégation d'assurance :

Document délivré à l'adhérent/assuré par l'assureur après son adhésion à un contrat d'assurance. Elle est destinée à être remise à l'organisme prêteur. Ce document contient les garanties souscrites et le total des cotisations.

Demande d'adhésion :

Document identifiant la personne à assurer et ses déclarations, les caractéristiques des opérations bancaires souscrites, ainsi que les choix formulés concernant les garanties, la quotité assurée et franchise.

Différé d'amortissement :

Période pendant laquelle les échéances du prêt ne comportent aucun remboursement du capital.

Emprunteur :

Personne physique ou morale redevable de la dette contractée auprès de l'organisme prêteur.

Etat consolidé :

Etat médical non susceptible d'évolution.

Non-fumeur :

Est considérée comme non-fumeur toute personne qui n'a pas fumé, y compris la cigarette électronique même occasionnellement, au cours des 2 dernières années ou qui n'a pas arrêté de fumer sur prescription médicale au cours des 5 dernières années.

Nullité :

Annulation du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (sanction de l'article L.113-8 du Code des assurances).

Prescription :

Délai après lequel une action des parties au contrat n'est plus possible.

Prêt amortissable :

Prêt dont les échéances sont constituées d'amortissement du capital et des intérêts.

Prêt in fine :

Le capital est remboursé au terme du prêt en une seule fois.

Prêt relais :

Prêt in fine d'une durée de 12 ou 24 mois en général, permettant l'acquisition d'un bien immobilier en anticipant la vente d'un autre bien.

Quotité :

Pourcentage des prestations garanties choisies par l'assuré.

Edition février 2017