



Notice d'information du contrat Assurance Crédit MAAF (contrat n° 02112)

En application de l'article L.141-4 du Code des assurances

Valable pour toute adhésion effectuée à partir de Janvier 2023.

Convention AERAS : S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé

Signée par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs, la Convention AERAS est destinée à favoriser l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé.

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de cette Convention AERAS. Un dépliant relatif aux recommandations de la Convention AERAS est disponible auprès de l'Assureur. Par ailleurs, un document d'information sur le droit à l'oubli et la grille de référence AERAS est remis simultanément au questionnaire de santé.

Pour plus d'informations, consulter le site Internet www.aeras-infos.fr

1. OBJET ET NATURE DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir les emprunteurs et les cautions de prêts contre les risques de décès, perte totale et irréversible d'autonomie, arrêt de travail et perte d'emploi, selon le choix retenu lors de votre demande d'adhésion.

Il est souscrit par l'Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa (ANS Vie-Covéa) auprès de :

- MAAF Vie pour les risques de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie (branche 20).
- Et MAAF Assurances SA pour les risques arrêt de travail et perte d'emploi (branches 1, 2 et 16).

Ces derniers sont désignés l'assureur dans cette notice.

Pour la gestion de l'adhésion, l'assureur mandate Cbp France, Intermédiaire en assurance enregistré auprès de l'ORIAS sous le n° 07 009 030 - SAS au capital de 2 000 000 euros – 863 800 868 R.C.S. Nantes - 3 rue Victor Schœlcher – bâtiments E et F – 44800 Saint Herblain.

Le contrat n° 02112 est un contrat collectif à adhésion facultative régi par le Code des assurances, notamment les articles L 141-1 et suivants.

Il est renouvelable annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année. En cas de résiliation du contrat, toutes les garanties souscrites sont maintenues aux assurés dans les conditions énoncées dans cette notice. Les cotisations continuent d'être dues. Tout projet de modification des droits et obligations des adhérents est soumis à l'accord préalable de l'association souscriptrice. Les adhérents seront informés de ces modifications 3 (trois) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur

2. DECLARATION DE RISQUE

En application de l'article L113-8 du Code des assurances : "Indépendamment des causes ordinaires de nullité, sous réserve des dispositions de l'article L132-26, 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 dénature 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 L113-9 du Code des assurances qui prévoit « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après

notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

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

3. GARANTIES SOUSCRITES

Vous pouvez choisir l'option suivante lors de votre demande d'adhésion, dans la limite des garanties accordées par l'assureur, à savoir :

- La garantie de base : décès, perte totale et irréversible d'autonomie,
- La garantie complémentaire : arrêt de travail (Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente totale, et en option Invalidité Permanente Partielle), perte d'emploi.

4. MODALITES D'ADHESION

PERSONNES ASSURABLES

Vous êtes assurable si vous êtes emprunteur, caution de personne physique ou représentant désigné par une personne morale et si vous êtes âgé :

- d'au moins 18 ans,
- de moins de 75 ans pour la garantie décès
- de moins de 65 ans pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie, arrêt de travail,
- de moins de 55 ans pour la garantie perte d'emploi.

L'âge à l'adhésion est calculé par différence de millésime. Vous devez être domicilié en France.

CARACTERISTIQUES DES PRETS ASSURABLES

Sont assurables les prêts souscrits et libellés en euros, de type immobiliers, professionnels ou personnels, amortissables ou in fine, y compris les prêts relais. **Les contrats de crédit-bail, les crédits renouvelables et les prêts en devises ne sont pas assurables.**

QUOTITE ASSUREE

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.

FORMALITES D'ADHESION

Pour adhérer au contrat, vous devez compléter et signer la demande d'adhésion, le questionnaire de santé, sauf cas dérogatoire mentionné ci-après, ainsi que tout autre document demandé par l'assureur. Afin d'assurer la confidentialité, vous pouvez, si vous le souhaitez, transmettre le questionnaire de santé ainsi que les éventuelles pièces médicales

demandées sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de l'assureur.

Les frais occasionnés par les éventuelles demandes d'informations complémentaires de l'assureur sont à votre charge.

La durée de validité du questionnaire de santé, lorsqu'il est exigé, est fixée à 6 mois à compter de sa signature. Si l'assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, vous devez remplir un nouveau questionnaire. En outre, la durée de validité des examens médicaux, s'ils sont requis, est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été pratiqués.

Par exception et en application de l'article L. 113-2-1 du Code des assurances, pour les contrats de crédit visés au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation (notamment contrats de crédit destinés à financer les opérations pour les immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation), vous n'avez pas de questionnaire de santé à remplir et aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical ne vous sera demandé si les deux conditions suivantes sont réunies :

- la part assurée sur votre encours cumulé de contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré. Pour l'appréciation de ce seuil, sont pris en compte le capital restant dû assuré à la date de la demande d'adhésion au titre de contrats de crédits précités, déjà souscrits et le capital assuré au titre de votre présente demande d'adhésion

- et l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

L'assureur peut :

- accepter votre demande :
- au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
- sans restriction, ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties,
- refuser votre demande.

La décision de l'assureur est valable 6 mois. A 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.

Cotisation à l'ANS Vie-Covéa

Chaque année, sur l'ensemble des frais prélevés par les assureurs ayant conclu un contrat avec l'ANS Vie-Covéa, dont MAAF Vie, 1,30 € sont reversés à cette dernière au titre de la cotisation annuelle applicable par adhérent.

5. DATE D'EFFET DES GARANTIES

Par défaut, la date d'effet de votre adhésion est la date à laquelle l'assureur a accepté le(s) risque(s) à garantir, accord matérialisé par l'envoi de votre attestation d'assurance, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

Vous pouvez choisir une autre date d'effet des garanties. Cette date peut être :

- la date de signature de l'offre de prêt,
- la date de déblocage des fonds par l'organisme prêteur,
- la date de signature de l'acte notarié.

Dans tous les cas, la date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date à laquelle l'assureur prend sa décision.

Garantie décès accidentel

A compter de la signature de votre demande d'adhésion et tant que les garanties n'ont pas pris effet, une couverture du risque décès accidentel vous est accordée dans la limite de 300 000 € et dans la limite du capital assuré affecté de la quotité souscrite et pour une durée maximale de 3 mois.

Par accident, il faut entendre une atteinte corporelle résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de votre volonté.

6. DEFINITION DES GARANTIES

6.1 Garantie Décès

Définition

En cas de décès survenant avant le 31 décembre qui suit votre 85^{ème} anniversaire, l'assureur verse 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. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

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

Fin de la garantie

La garantie décès prend fin :

- en cas de non-paiement des cotisations selon les dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de la déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur,
- en cas de résiliation à votre initiative, conformément à l'article 23,
- si vous êtes caution, à la date à laquelle votre engagement de caution est résilié,
- au plus tard, le 31 décembre qui suit votre 85^{ème} anniversaire de naissance.

6.2 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Définition

Vous êtes considéré en perte totale et irréversible d'autonomie lorsque, après consolidation de votre état, vous êtes reconnu par le médecin conseil de l'assureur, inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel et définitivement incapable de vous livrer à une activité même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit et lorsque vous devez avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante : se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer.

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé, le moment à partir duquel, après avoir utilisé toutes les ressources médicales, il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de votre état de santé.

Prestations garanties

Le capital assuré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie est égal au capital prévu en cas de décès. Ce capital est calculé à la date de la constatation médicale par l'assureur de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie.

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

Le règlement du capital assuré au titre de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'ensemble de vos autres garanties.

Fin de la garantie

La garantie perte totale et irréversible d'autonomie prend fin :

- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de la déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur,
- en cas de résiliation à votre initiative, conformément à l'article 23,
- si vous êtes caution, à la date à laquelle votre engagement de caution est résilié,
- au plus tard, le 31 décembre qui suit votre 67^{ème} anniversaire de naissance.

6.3 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 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^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie "Arrêt de travail" aux articles 6.4 et 8, à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

6.4 Garantie Arrêt de Travail

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale doivent être souscrites conjointement et au moment de l'adhésion au contrat.

La garantie Invalidité Permanente Partielle ne peut être souscrite qu'en complément des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale.

Toutefois, elles sont révocables à tout moment si l'organisme prêteur donne son accord.

A) Prestations en cas d'incapacité temporaire totale

Définitions

Si vous êtes en activité ou en recherche d'emploi au jour du sinistre

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident corporel, vous êtes dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur, d'exercer votre profession ou toute recherche d'emploi, 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, 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 total de travail.

Si vous êtes conjoint collaborateur au jour du sinistre

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident corporel, vous êtes dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur, d'exercer vos fonctions d'aide au conjoint, 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, 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 total de travail.

Si vous êtes inactif au jour du sinistre et ne percevez pas d'allocation du Pôle Emploi ou d'organisme similaire

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident corporel, vous êtes dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur, d'exercer une quelconque activité professionnelle, même partiellement et ne percevez pas d'allocations du Pôle Emploi ou d'organismes similaires, 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, 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 total de travail.

CAUTION

Indépendamment de votre situation professionnelle, la garantie arrêt de travail ne pourra être mise en jeu que si vous avez été appelé en garantie et effectué les paiements au cours des trois derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail et tant que le débiteur principal reste insolvable.

Cas particulier :

Dans le cas d'un sinistre arrêt de travail faisant suite à une perte d'emploi indemnisée, la prise en charge débutera dès la date de l'arrêt de travail, sans application du délai de franchise.

B) Prestations en cas d'invalidité

Consolidation

A la date de consolidation de votre état de santé et au plus tard trois ans après le début de votre arrêt de travail, le médecin conseil de l'assureur fixe votre degré d'invalidité sur la base du barème ci-après. Ce degré est déterminé en fonction de vos taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle 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 corporel, 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 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 corporel, des conditions d'exercice normal de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Prestations

➤ Si vous êtes en activité, en recherche d'emploi ou conjoint collaborateur au jour du sinistre

Vous êtes considéré en **invalidité permanente totale** lorsque le degré 'N' d'invalidité est supérieur ou égal à 66%. Dans ce cas, les prestations sont maintenues intégralement, et l'assureur prend en charge le paiement des échéances affectées de la quotité assurée.

Vous êtes considéré en **invalidité permanente partielle** lorsque le degré 'N' d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

Dans ce cas, l'assureur prend en charge le montant de l'échéance, affecté de la quotité assurée, dans le rapport suivant : (N-33) / 33.

Lorsque le degré 'N' d'invalidité est inférieur à 33%, aucune prestation n'est due par l'assureur.

Le degré 'N' d'invalidité 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, sauf pour les inactifs pour lesquels seul le barème fonctionnel est retenu.

Barème

En %	Taux d'Incapacité Fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'Incapacité Professionnelle	10			29	33	37	40	43	46
	20		32	37	42	46	50	54	58
	30	30	36	42	48	53	58	62	67
	40	24	33	40	46	52	58	64	69
	50	27	36	43	50	56	63	68	74
	60	29	38	46	53	60	66	73	79
	70	30	40	48	56	63	70	77	83
	80	32	42	50	58	66	73	80	87
	90	33	43	52	61	69	76	83	90
	100	34	45	54	63	71	79	86	93

➤ Si vous êtes inactif au jour du sinistre et ne percevez pas d'allocation du Pôle Emploi ou d'organisme similaire

Votre invalidité est mesurée uniquement en fonction de votre taux d'incapacité fonctionnelle.

Vous êtes considéré en **invalidité permanente totale** lorsque votre taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 66%.

Dans ce cas, les prestations sont maintenues intégralement, et l'assureur prend en charge le paiement des échéances affectées de la quotité assurée.

En cas d'invalidité permanente partielle : si votre taux d'incapacité fonctionnelle est inférieur à 66%, aucune prestation n'est due par l'assureur.

C) 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.

Versement des prestations

Elles sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail justifiés.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Pour les prêts relais et in fine ainsi que pendant la période de différé d'amortissement pour les prêts amortissables, seules les échéances d'intérêts sont prises en charge par l'assureur.

Reprise à temps partiel thérapeutique : Si vous reprenez une activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, l'assureur prend en charge **50 % du montant des échéances du prêt** venant à échéance affectée de la quotité assurée pendant une durée maximale de **180 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 6 mois et si vous êtes de nouveau en arrêt de travail pour la même maladie ou le même accident corporel.

D) Limitations et fins de garanties

Les prestations sont limitées à **350 € par jour et par assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur. En cas d'invalidité permanente partielle, cette limite de 350 € est réduite proportionnellement au taux d'indemnisation appliqué.**

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenues à votre demande moins de 6 mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'arrêt de travail,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur,
- les échéances d'amortissement du capital pour les prêts relais et les prêts in fine.

Fin des prestations

Le versement des prestations cesse :

- à la date de votre préretraite ou de votre retraite, quelle qu'en soit la cause, sauf si la mise en préretraite ou retraite résulte de l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité qui fait l'objet de la prise en charge par l'assureur,
- dès que vous reprenez une activité à temps complet,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel, sauf si vous êtes en invalidité permanente partielle ou en cas de reprise à temps partiel thérapeutique,
- si vous êtes caution, lorsque le débiteur principal n'est plus insolvable,
- à la date de consolidation dès que votre taux d'invalidité fixé sur la base du barème ci-avant devient inférieur à :
 - 33%, si vous étiez en activité, en recherche d'emploi ou conjoint collaborateur au jour du sinistre,
 - 66%, si vous étiez inactif au jour du sinistre et non indemnisé par le Pôle Emploi ou un organisme similaire,
- dès que votre situation ne répond plus à la définition de la garantie arrêt de travail.

Fin de la garantie

La garantie arrêt de travail prend fin :

- à la date de votre préretraite ou de votre retraite, quelle qu'en soit la cause, sauf si la mise en préretraite ou retraite résulte de l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité qui fait l'objet de la prise en charge par l'assureur,
- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de la déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur,
- en cas de résiliation à votre initiative, conformément à l'article 23,
- si vous êtes caution, à la date à laquelle votre engagement de caution est résilié,
- au plus tard, le 31 décembre qui suit votre 67^{ème} anniversaire de naissance.

6.5 Garantie Perte d'Emploi

Définition

Votre perte d'emploi est garantie si vous étiez salarié en contrat de travail à durée indéterminée (CDI) et si vous avez été licencié. De plus, vous devez bénéficier des revenus de remplacement prévus aux articles L 5421-1 et suivants du Code du Travail.

CAUTION

La garantie perte d'emploi ne pourra être mise en jeu que si vous avez été appelé en garantie et effectué les paiements au cours des trois derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail et tant que le débiteur principal reste insolvable.

Acquisition de droits

Vos droits sont calculés en fonction de votre durée d'activité en contrats de travail à durée indéterminée (CDI) au cours de la période de référence.

Période de référence

Début de la période de référence

- la date de prise d'effet des garanties si le prêt assuré n'a jamais donné lieu à indemnisation par l'assureur au titre de la garantie perte d'emploi,

- au lendemain du dernier jour indemnisé par l'assureur, dans le cas contraire.

Fin de la période de référence

- la date de fin de contrat de travail à durée indéterminée rompu par un licenciement qui fait l'objet de la demande d'indemnisation.

Vos droits à indemnisation

Vous pouvez bénéficier de droits à indemnisation si, au cours de la période de référence, vous justifiez d'une durée d'activité en CDI d'au moins 6 mois.

Votre durée maximale d'indemnisation est calculée comme suit :

Durée d'activité en CDI au cours de la période de référence	Durée maximale d'indemnisation
• < 6 mois	pas d'indemnisation
• entre 6 et 12 mois	180 jours
• > 12 mois	360 jours

Reprise d'activité professionnelle suivie d'une nouvelle perte d'emploi

- Vous réunissez les conditions de la perte d'emploi garantie et votre reprise d'activité vous a permis d'acquérir de nouveaux droits à indemnisation, la nouvelle durée d'indemnisation est alors égale à la durée la plus longue entre le reliquat des droits acquis avant votre reprise d'activité et la durée maximale d'indemnisation acquise au titre de votre reprise d'activité.

Cette nouvelle durée maximale d'indemnisation annule tout droit à indemnisation antérieure.

- Vous ne réunissez pas les conditions de la perte d'emploi garantie ou votre reprise d'activité ne vous a pas permis d'acquérir de nouveaux droits à indemnisation, la durée maximale d'indemnisation est égale au reliquat des droits acquis avant cette reprise d'activité.

Versement des prestations

Les prestations sont dues à compter du premier jour indemnisé au titre de revenu de remplacement.

L'assureur verse la prestation mensuellement au prorata du nombre de jours indemnisés par le Pôle Emploi ou par un organisme assimilé.

Les prestations sont égales à 50% des échéances dues pendant la période d'indemnisation. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Pour les prêts relais et in fine ainsi que pendant la période de différé d'amortissement pour les prêts amortissables, seules les échéances d'intérêts sont prises en charge par l'assureur.

Les prestations sont limitées à 125 € par jour et par assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenues à votre demande moins de 6 mois avant la perte d'emploi ou pendant la période de chômage,

- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur,
- les échéances d'amortissement du capital pour les prêts relais et les prêts in fine.

Fin des prestations

Le versement des prestations cesse :

- lors de votre reprise d'activité rémunératrice, à temps complet, salariée ou non,
- si vous êtes caution, lorsque le débiteur principal n'est plus insolvable,
- à la date de cessation du versement du revenu de remplacement,
- lorsque vous avez épuisé vos droits à indemnisation.

Fin de la garantie

La garantie perte d'emploi prend fin :

- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances, au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur,
- en cas de résiliation à votre initiative, conformément à l'article 23,
- si vous êtes caution, à la date à laquelle votre engagement de caution est résilié,
- à la date de votre préretraite ou retraite quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail,
- au plus tard, le 31 décembre qui suit votre 60^{ème} anniversaire de naissance.

7. BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le bénéficiaire du contrat est votre 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 ou aux survivants d'entre eux, à défaut les ascendants par parts égales ou aux survivants d'entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré.

8. EXCLUSIONS

➤ Exclusions liées à la notion d'accident corporel :

Ne sont pas considérées comme accident corporel: le suicide, toute affection vasculaire et/ou circulatoire (par exemple : accident cérébral, accident cardiaque, accident vasculaire cérébral...), et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.

➤ Pour les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de travail, ne sont pas couvertes par l'assureur les suites et conséquences des événements suivants :

- actes intentionnels de l'assuré ou du bénéficiaire de la garantie,
- guerres civiles ou étrangères, participation à des émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, grèves, rixes, agressions, à des actions ayant pour but de porter atteinte aux personnes ou aux biens, sauf cas de légitime défense,
- accidents corporels et événements nucléaires ou résultant de la manipulation d'explosifs par l'assuré,
- l'usage par l'assuré, soit de stupéfiants, de substances hallucinogènes, soit de médicaments en dehors d'une prescription médicale. Les suites et conséquences de l'usage de médicaments sont garanties dès lors que la prescription médicale est strictement respectée par l'assuré,
- les accidents corporels de l'assuré, en tant que conducteur, sous l'emprise d'un état alcoolique constaté par un taux d'alcoolémie pour lequel un conducteur pourrait faire l'objet d'une sanction pénale,
- la participation à des paris, des tentatives de records,

- 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,
- la pratique des sports suivants :
 - sports à titre amateur rémunéré,
 - voile ou yachting en compétition,
 - sports de combat,
 - sports aériens et tout sport nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant,
 - saut à l'élastique,
 - spéléologie, alpinisme, trekking en montagne, escalade,
 - plongée sous-marine à une profondeur supérieure à 20 mètres.

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 exclusions de la pratique d'un ou plusieurs sports indiqués ci-dessus peuvent être supprimées ou adaptées après étude et sous réserve d'appréciation par l'assureur, moyennant une éventuelle surprime complémentaire.

➤ Pour la garantie décès, est exclu :

- le suicide s'il survient au cours de la première année d'assurance, sauf 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.

➤ Pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie, arrêt de travail, sont exclues :

- les suites et conséquences d'accidents corporels ou de maladies antérieures à l'admission.
- les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'assuré, ou d'une tentative de suicide.

➤ Pour la garantie arrêt de travail, sont exclus :

- les arrêts de travail correspondant à la période de congé légal de maternité, défini à l'article L 1225-17 du Code du travail, que vous soyez salariée ou non, sauf si pendant cette période vous subissez un accident corporel ou une maladie garantie non liée à la maternité,
- les arrêts de travail résultant :
 - d'une dépression nerveuse ou d'un 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,
 - de 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 rachetées, 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.

➤ Pour la garantie perte d'emploi, sont exclus :

- la retraite ou la pré retraite quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail,
- la démission, même prise en charge par le Pôle Emploi ou par un organisme assimilé,
- toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi,

- le licenciement pour faute grave ou lourde,
- le licenciement si vous êtes salarié :
 - de votre conjoint, de l'un de vos ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par votre conjoint, l'un de vos ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.
- la rupture conventionnelle du contrat de travail,
- les ruptures de contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci.

Pour une première indemnisation ou pour une nouvelle durée maximale d'indemnisation, sont exclus :

- le chômage saisonnier, partiel ou technique ou intempérie sans rupture de votre contrat de travail,
- la fin d'un contrat de travail à durée déterminée, la fin de chantier et la fin d'intérim.

9. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent lors de vos déplacements dans le monde entier.

Les indemnités liées à la garantie arrêt de travail ne peuvent être versées qu'après avis d'un médecin exerçant en France.

10. CONTROLE MEDICAL 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 et l'invalidité 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 et la perte d'emploi, vous devez vous soumettre aux visites médicales ou contrôles que l'assureur estime nécessaires.

A 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 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 sera réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord sur la liste des médecins experts membres de la FFAMCE, Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts. 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 Judiciaire de Niort qui désignera un expert figurant sur l'annuaire des médecins adhérent à la FFAMCE.

Chaque partie prendra à sa charge les frais de son expert et la moitié des frais de l'expert arbitre.

11. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge atteint chaque année et du capital restant dû. En outre, la cotisation est fixée en fonction de votre activité professionnelle, de votre situation de fumeur ou non-fumeur, des risques sportifs déclarés, de la quotité choisie et des caractéristiques de chaque prêt ainsi que des risques médicaux déclarés, pour les adhésions soumises à questionnaire de santé.

Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû à la date anniversaire du point de départ du prêt, compte-tenu de la quotité assurée.

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement. Cependant, vous pouvez choisir une autre périodicité lors de votre adhésion.

Les cotisations sont mises en prélèvement par Cbp France à partir de la date d'effet des garanties. En cas de sinistre, les prestations seront payées sur la base du tableau

MAAF VIE : Société anonyme, entreprise régie par le Code des assurances au capital de 70 102 881 € - RCS Niort 337 804 819.

MAAF Assurances SA : Société anonyme, entreprise régie par le Code des assurances au capital de 160 000 000 € - RCS Niort 542 073 580.

Siège Social : Chaban – 79 180 CHAURAY – Adresse postale : 79087 NIORT Cedex 9 – maaf.fr

d'amortissement en vigueur au jour du sinistre.

La cotisation peut être révisée par l'assureur immédiatement en cas de modification législative ou réglementaire.

Particularité de la garantie perte d'emploi :

La cotisation de la garantie perte d'emploi peut être révisée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. Le nouvel échéancier sera porté à la connaissance de l'assuré avant le 31 octobre précédent la modification. Dans le mois suivant cette notification, l'assuré sera libre de résilier son adhésion à la garantie perte d'emploi en le signifiant à l'assureur par lettre recommandée. A défaut, il sera réputé l'accepter.

Le prélèvement des cotisations cesse aux dates contractuelles de cessation des garanties.

11.1 Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'assuré une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L141-3 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.

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, le délai de suspension des garanties après mise en demeure est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande, conformément à l'article L 331-3-1 du Code de la consommation.

11.2 Remboursement des cotisations en cas d'arrêt de travail ou de perte d'emploi

Lors de la mise en jeu de la garantie arrêt de travail ou perte d'emploi, vous continuez à régler le montant des cotisations pour les garanties. En revanche, l'ensemble de ces cotisations vous est remboursé dans le cadre de l'indemnisation du sinistre, par ajout de celles-ci à la période prise en charge par l'assureur.

12. CHANGEMENT DANS LA SITUATION DE L'ASSURE

L'assuré bénéficiant du tarif non-fumeur, est tenu d'informer

Cbp France s'il se met à fumer en cours de contrat, même occasionnellement. À défaut, l'assureur se réserve le droit de réviser les conditions de garanties.

De même, l'assuré devenant non-fumeur au sens du contrat doit avertir l'assureur pour bénéficier du tarif non-fumeur.

A défaut, l'assureur pourra appliquer les sanctions des articles L113.8 ou L113.9 du Code des assurances, articles rappelés dans l'article 2 de cette notice.

Dans le cas de la désolidarisation de l'un des emprunteurs, suite à une procédure de divorce, l'augmentation de la quotité de l'assuré 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.

13. MODIFICATIONS DES GARANTIES ET DES QUOTITES

L'Assuré peut, à tout moment, demander la modification de ses garanties et/ou sa quotité.

- S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet dès réception de l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.
- 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.

14. PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES – Dispositions relatives aux garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le Directoire décide de l'affectation de la participation aux bénéfices techniques et financiers que MAAF VIE réalise, après dotation et reprise aux réserves et provisions légales et réglementaires, obligatoires ou facultatives, conformément aux dispositions des articles A. 331-3 à A. 331-5 du Code des assurances.

La participation aux bénéfices est calculée par MAAF VIE pour les garanties d'assurance sur la vie de toute nature qu'elle assure.

Lorsque le Directoire de MAAF VIE décide d'affecter tout ou partie de la participation aux bénéfices techniques et financiers aux adhésions au présent contrat, cette participation prend la forme d'une ristourne des cotisations appelées au titre de la garantie décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

15. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de ce contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Cette durée est portée à dix ans quand le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent.

La prescription est interrompue dans les conditions prévues par l'article L.114-2 du même Code et, notamment, par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressé à l'Assureur par le bénéficiaire ou l'adhérent, en ce qui concerne le règlement des prestations.

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 qui renvoient aux articles 2240 et suivants du code civil 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 dix 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 de la prescription sont :

Article 2240 du Code civil :

MAAF VIE : Société anonyme, entreprise régie par le Code des assurances au capital de 70 102 881 € - RCS Niort 337 804 819.

MAAF Assurances SA : Société anonyme, entreprise régie par le Code des assurances au capital de 160 000 000 € - RCS Niort 542 073 580.

Siège Social : Chaban – 79 180 CHAURAY – Adresse postale : 79087 NIORT Cedex 9 – maaf.fr

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil :

« 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. »

Article 2242 du Code civil :

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 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 2244 du Code civil :

« 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. »

16. POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

A qui sont transmises vos données personnelles ?

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement.

Vous trouverez les coordonnées de votre Assureur sur les documents contractuels et précontractuels qui vous ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à ses partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes professionnels, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance, experts, ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès de votre Délégué à la Protection des Données.

Pourquoi avons-nous besoin de traiter vos données personnelles ?

1. Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur

2. Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et votre contrat pour les autres finalités citées, hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir vos données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci. Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.

3. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, votre

Assureur peut, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, vous inscrire sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser nos coûts et protéger notre solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable vous sera notifiée.

Quelle protection particulière pour vos données de santé ?

Votre Assureur et le Groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à votre santé aux fins de conclusion et gestion de votre contrat et/ou l'instruction et la gestion de votre sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Vos données de santé sont nécessaires à l'assureur pour évaluer les risques. En aucun cas vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention de votre consentement. Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement au service médical de l'assureur ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

Vous avez la possibilité de ne pas donner votre consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de votre consentement, l'assureur ne pourra pas évaluer le risque. Par conséquent la conclusion de votre contrat ou l'instruction et la gestion de votre sinistre seront impossibles. Vous pouvez exercer votre droit de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- MAAF Assurances SA - Protection des données personnelles, Chauray, 79036 Niort cedex 9
- protectiondesdonnees@maaf.fr

Dans le cadre de votre complémentaire de santé, la base légale du traitement de vos données de santé est la protection sociale. Conformément à la législation en vigueur, votre assureur n'exerce pas de sélection de risques à partir de vos données de santé.

Pendant combien de temps vos données personnelles sont-elles conservées ?

Les données personnelles traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, vos données de santé sont conservées pendant 5 ans.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet.

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, vos données personnelles sont conservées 5 ans.

Quels sont les droits dont vous disposez ?

Vous disposez :

- d'un **droit d'accès**, qui vous permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données vous concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement vous concernant ;

Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part.

- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que vous avez fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de votre utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat.
- d'un **droit d'opposition**, qui vous permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de votre Assureur ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à votre situation particulière, de faire cesser le traitement de vos données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention.

- d'un **droit de rectification** : il vous permet de faire rectifier une information vous concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il vous permet également de faire compléter des informations incomplètes vous concernant.
- d'un **droit d'effacement** : il vous permet d'obtenir l'effacement de vos données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où vos données ne seraient plus nécessaires au traitement.
- d'un **droit de limitation**, qui vous permet de limiter le traitement de vos données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de vos données ;
 - si vous contestez l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il vous est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre vos droits.
- d'un **droit d'obtenir une intervention humaine** : votre Assureur peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion de votre contrat pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, vous pouvez demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre Délégué à la protection des données.

Vous pouvez exercer vos droits par courrier à l'adresse postale MAAF Assurances SA - Protection des données personnelles Chauray 79036 Niort cedex 9 ou par email à l'adresse protectiondesdonnees@maaf.fr.

A l'appui de votre demande d'exercice des droits, il vous sera demandé de justifier de votre identité.

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, vous ne serez pas démarché par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

Vous pouvez définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de vos données personnelles, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

Comment contacter le Délégué à la Protection des Données ?

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données en écrivant :

- à l'adresse électronique suivante : deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr,
- ou par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

17. ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR ET CUMUL DES GARANTIES

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.

18. DECLARATION DE SINISTRE ET PIECES A FOURNIR

Destinataire de la déclaration

Le sinistre doit être déclaré au gestionnaire par courrier à :

Cbp France
CS 20008
44967 Nantes Cedex 9
Orias n° 07 009 030 – www.orias.fr

Les documents médicaux peuvent être adressés à Cbp France à l'attention du Médecin Conseil - CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9.

Dispositions de l'article 11 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

En vertu des dispositions de l'article 11 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 permettant au patient d'accéder aux informations contenues dans son dossier médical, en cas de sinistre, l'assuré s'engage à transmettre la totalité des pièces médicales inhérentes à son 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.

Pièces à fournir :

En cas de décès

- un certificat médical et un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- une attestation médicale remplie par votre médecin traitant et vous-même, sur l'imprimé de l'assureur,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne, et si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé :
- la 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.

En cas d'arrêt de travail

- une attestation médicale remplie par votre médecin traitant et vous-même, sur l'imprimé de l'assureur, Si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé :
- vos bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme de votre régime social,
- les documents qui justifient de votre état d'incapacité totale de travail,
- la notification d'attribution de votre pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
- vos justificatifs de paiement de pension ou rente. Si vous n'êtes pas salarié :
- les certificats médicaux d'arrêt de travail.

En cas de perte d'emploi

- une copie de votre lettre de licenciement,
- votre lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé ou par l'Etat,
- une attestation de votre ou de vos employeurs précédents précisant :
 - la nature du contrat de travail au moment de votre licenciement,
 - les natures, dates de début et de fin de vos contrats de travail depuis votre adhésion au contrat,
- vos bordereaux de paiement des prestations par le Pôle Emploi ou par un organisme assimilé.

L'assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de votre demande.

19. LOI APPLICABLE

La langue utilisée pendant toute la durée du contrat est le français. Le présent contrat d'assurance collective n° 02112 relève de la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

20. FACULTE DE RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion et être remboursé intégralement de la prime versée, pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes 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^{ème} 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 France – CS 20008 – 44967

Nantes Cedex 9 ou par un envoi recommandé à l'adresse électronique suivante : cbp.adhesion@cbp-gestion.fr.

La renonciation peut être rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné (M. Mme nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion n° XXXX au contrat N° 02112 Assurance Crédit MAAF

Le xx/xx/xxxx Signature »

L'assureur vous 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 France adressera alors un courrier à votre organisme prêteur afin de l'informer que vous avez exercé votre droit de renonciation à son adhésion.

La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

21. DISPOSITIONS PARTICULIERES EN CAS DE VENTE A DISTANCE

En application de l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, vous disposez d'un délai de renonciation de trente jours calendaires révolus à compter, soit de la réception de votre attestation d'assurance, soit de la réception des pièces contractuelles si vous n'êtes pas déjà en possession de celles-ci.

Pour exercer cette faculté, vous devez faire parvenir à Cbp France une lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante : – CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9, ou un envoi recommandé à l'adresse électronique suivante : cbp.adhesion@cbp-gestion.fr. La renonciation peut être rédigée suivant le modèle ci-après :

« Je soussigné (M. Mme nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion n° XXXX au contrat N° 02112 Assurance Crédit MAAF pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours et demande le remboursement de l'intégralité de la cotisation versée.

Le xx/xx/xxxx Signature »

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'affiliation 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 votre faculté de renonciation.**

22. GESTION DES RECLAMATIONS

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

22.1 PROCEDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Vous pouvez également formuler votre réclamation par courrier ou par téléphone en vous adressant à :

Cbp France
Service Réclamations
CS 20008 - 44967 Nantes Cedex 9
Tél. : 0 972 670 050

Si la réponse apportée par Cbp France ne vous satisfait pas, vous pouvez écrire à :

MAAF Assurances,
Service Réclamations et Qualité Client MAAF
79036 Niort Cedex 9
Service.reclamationsetqualiteclient@maaf.fr

Dans tous les cas, et à compter de la réception de votre réclamation, vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai. Le cas échéant, vous recevrez une réponse au plus tard 2 mois après la réception de votre réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par le Service réclamation et Qualité Client MAAF, vous pouvez solliciter : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 PARIS CEDEX 09.

Pour plus de détails sur la procédure de médiation, vous pouvez consulter le protocole de médiation sur www.gema.fr

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

22.2 L'AUTORITE DE CONTROLE

Vous pouvez également vous adresser à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 qui est l'autorité légale chargée du contrôle de l'assureur.

23. RESILIATION DU CONTRAT

Pour les contrats de crédit visés au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation (notamment contrats de crédit destinés à financer les opérations pour les immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation) :

En application de l'article L. 113-12-2 du Code des assurances modifié par la loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur et par dérogation à l'article L. 113-12 de ce code :

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt dans les conditions ci-dessous:

Vous notifiez à Cbp France – CS – 20008 – 44967 Nantes Cedex 9 votre demande de résiliation par courrier postal. Vous recevrez par écrit une confirmation de la part de Cbp France pour le compte de l'assureur, de la réception de votre demande de résiliation.

A réception de l'accord du prêteur, vous devez notifier la décision d'acceptation par le prêteur de la substitution de votre contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet du nouveau contrat d'assurance que vous avez souscrit auprès d'un autre assureur, en adressant à Cbp France - CS 2008 – 44967 Nantes Cedex 9 une lettre recommandée ou un envoi recommandé à l'adresse électronique suivante : cpb.adhesion@cbp-gestion.fr.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet dix (10) jours après la réception par Cbp France, 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.

LEXIQUE

Accident corporel :

Toute atteinte corporelle résultant d'un choc traumatique violent, soudain et imprévu, provoqué par une cause extérieure à l'assuré victime.

Association :

ANS Vie-Covéa (Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa), souscriptrice du contrat d'assurance de groupe n° 02112 auprès de MAAF Vie et MAAF Assurances SA. Cette association, à but non lucratif, constituée conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901, est établie 86-90 rue Saint-Lazare – 75009 PARIS. Les statuts sont disponibles sur le site www.ansviecovea.org.

Assuré :

Personne physique sur la tête de laquelle reposent les garanties.

Attestation d'assurance :

Document par lequel l'assureur atteste que les garanties décrites ont bien été souscrites.

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.

Conjoint collaborateur : personne travaillant avec son conjoint, déclarée comme telle auprès du Centre de Formalités des Entreprises (CFE).

Consolidation :

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé, le moment à partir duquel, après avoir utilisé toutes les ressources médicales, il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de votre état de santé.

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 d'information, de la demande d'adhésion, du questionnaire de santé, de l'attestation d'assurance, de la délégation d'assurance, des formalités médicales, des éventuelles conditions spécifiques d'adhésion à l'assurance.

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.

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.

Envoi recommandé électronique :

Une lettre recommandée électronique, conforme au dispositif prévu par la loi, apporte les mêmes garanties que la lettre recommandée papier. Ce dispositif impose à un tiers opérateur, chargé de l'acheminement de la lettre recommandée électronique, d'identifier l'expéditeur au moment de l'envoi, puis le destinataire de la lettre, au moment de sa remise. Il impose également la délivrance à l'expéditeur d'une preuve du dépôt électronique de la lettre et permet au destinataire de l'accepter ou de la refuser ou de simplement ne pas la réclamer.

Franchise :

Période consécutive à un arrêt de travail total et continu pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

La prise en charge par l'assureur débute à l'issue de la période de franchise choisie par l'assuré à l'adhésion ; elle est de 30, 90 ou 180 jours.

Inactif : personne sans activité professionnelle, qui n'est ni en emploi, ni au chômage.

Maladie :

Altération de l'état de santé d'origine non accidentelle, médicalement constatée.

Nullité :

Annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (sanction de l'article L113-8 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 dont le capital est remboursé au terme du prêt en une seule fois.

Quotité :

Pourcentage des prestations garanties choisies par l'assuré.

Rechute :

Nouvel arrêt de travail résultant de la même cause que le précédent et intervenant après une reprise d'activité inférieure à 6 mois.

Sinistre :

Evènement susceptible de mettre en jeu les garanties.

