



DOCUMENT D'ADHESION
AU CONTRAT
D'ASSURANCE N° 7258
SOUSCRIT PAR CORIMO
AUPRES DE GENERALI VIE

CONTIENT :

- 1 LA DEMANDE D'ADHÉSION**
- 2 LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE**
- 3 LA NOTICE**
- 4 L'AUTORISATION DE PRELEVEMENT**

DEMANDE D'ADHESION

AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE N°7258

souscrit par CORIMO, SARL au capital de 40 000 Euros, inscrite au RCS Versailles sous le n°331 250 498, n°ORIAS 07 004 065,
siège social : 36 rue de Thiverval 78650 BEYNES, auprès de GENERALI VIE, Société Anonyme au capital de 285 863 760 Euros,
Entreprise régie par le Code des Assurances 602 062 481 R.C.S. Paris – Siège social : 11 boulevard Haussmann 75009 PARIS

ASSURE

Nom (en majuscules) _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Date de naissance _____

Profession _____ adresse email _____

Adresse N° _____ Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

En qualité de : **Emprunteur unique** **Co-emprunteur** **Caution**

DESCRIPTION DE L'OPERATION

Type de crédit	Crédit AMORTISSABLE immobilier	Crédit A LA CONSOMMATION	Crédit RELAIS	Crédit HYPOTHECAIRE
Montant du crédit (en Euros)				
Durée totale du crédit..... mois			
Dont différé..... mois			
Quotité à assurer (en %)				
Encours déjà assuré sur le contrat 7258 (en Euros)				

GARANTIES SOUHAITEES

Option 1 : **Décès, P.T.I.A.**

Option 2 : **Décès, P.T.I.A., Incapacité, Invalidité Permanente Totale (ne peut être souscrite pour les Crédits Relais)**

Garantie **PERTE D'EMPLOI**

(ne peut être souscrite qu'en complément de l'option 1 ou 2, et uniquement en couverture d'un crédit AMORTISSABLE Immobilier)

FORMALITES D'ADHESION

- Le formulaire de Déclaration du Risque ci-contre, doit être rempli dès le premier Euro à assurer.

Si le cumul des crédits de la demande d'adhésion est supérieur à 230 000 Euros et inférieur ou égal à 300 000 Euros, le demandeur doit également fournir :

- les résultats d'une analyse hématologique et chimique du sang (hémogramme, V.S., Créatinine, acide urique, cholestérol total et HDL, Triglycérides, glycémie, dosage Gamma GT)

- les résultats d'examens sérologiques HBS-HCV-HIV (HIV 1 – HIV 2)

- les résultats d'une analyse chimique et cyto bactériologique des urines (sucre, albumine, recherche des germes, cytologie)

Si le cumul des crédits de la demande d'adhésion est supérieur à 300 000 Euros, les formalités doivent être complétées par :

- un rapport de visite médicale rempli par le Médecin (imprimé établi par l'Assureur)

- un compte rendu établi par un Médecin spécialiste en cardiologie (précisant l'état cardio-vasculaire avec électrocardiogramme).

Je désigne comme bénéficiaire des garanties prévues dans la rubrique « contenu des garanties » de la notice l'organisme prêteur ci-dessous précisé, à concurrence des sommes dues. Si le prêt n'a pas été décaissé avant le sinistre, le capital est payable, en cas de P.T.I.A., à moi-même ; en cas de décès, à mon conjoint, à défaut mes enfants nés ou à naître, à défaut mes ayant droits, sauf désignation indiquées ci-après :

VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT RÉPONDRE AU FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE CI-CONTRE

Loi informatique et liberté (art.27 et 31) et secret professionnel : Les informations nominatives recueillies dans le cadre du présent contrat et ultérieurement sont destinées à l'Assureur, qui, de convention expresse, est autorisé à les conserver en mémoire informatique, à les utiliser, ainsi qu'à les communiquer aux sociétés de son groupe, à ses courtiers et Assureurs, voire à des tiers ou à des sous-traitants pour des besoins de gestion. Les droits d'accès et de rectification peuvent être exercés auprès du service ayant recueilli ces informations à l'adresse suivante : GENERALI VIE – Direction du Marché des Entreprises Collectives – Département Emprunteur – 7 boulevard Haussmann – 75442 Paris cedex 09. Par la signature de ce document, vous acceptez expressément que les données vous concernant leur soient transmises.

Je soussigné(e) demande à adhérer au contrat d'assurance groupe n° 7258.

Je déclare avoir pris connaissance de la notice en ma possession et en accepter les termes.

Je désigne l'organisme prêteur précisé ci-après en tant que bénéficiaire des prestations prévues par ce contrat.

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur

X

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la présente liasse comprenant le formulaire de déclaration du risque, la notice et l'enveloppe sécurisée.

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur

X

**DESIGNATION ET ADRESSE
DE L'ORGANISME PRETEUR, BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS**

**LA DECISION DE L'ASSUREUR VOUS SERA COMMUNIQUEE
PAR LA REMISE D'UN CERTIFICAT D'ADHESION**

LA DECISION DE L'ASSUREUR EST VALABLE 6 MOIS.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE

A remplir obligatoirement par le demandeur

Ces documents peuvent être adressés sous pli confidentiel directement au Médecin Conseil de l'Assureur.

L'article L.113-2 du Code des Assurances fait obligation au demandeur de répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'Assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge. Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou fausse réponse intentionnelle de la part de l'assuré.

Les questions ci-dessous sont destinées à vous aider à rassembler vos souvenirs et à déclarer ce que vous connaissez de votre état de santé. Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous êtes formellement invité à les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin Conseil du service médical de la Compagnie.

RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON EN TOUTES LETTRES A L'INTÉRIEUR DE LA CASE CORRESPONDANTE

<p>1 Êtes-vous actuellement en incapacité de travail ? <input type="checkbox"/></p> <p>Êtes-vous actuellement en invalidité ? <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, pour quelle raison ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison ?</p>
<p>2 Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie ou d'un accident ayant provoqué, soit des arrêts de travail, soit des traitements, soit les deux, d'une durée supérieure à 30 jours : cardiovasculaire (hypertension artérielle en particulier), respiratoire, rénale, digestive, nerveuse ou neuropsychiatrique (dépression), ostéoarticulaire (vertébrale...), endocrinologique, nutritionnelle (diabète, hypercholestérolémie en particulier), hémato-logique, immunitaire (SIDA), tumorale ou autre ? <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, la ou lesquelles(s) ?</p> <p>A quelle date ?</p> <p>Durée, traitements suivis, conséquences (communiquer sous pli confidentiel, les certificats médicaux et/ou comptes rendus opératoires)</p>
<p>3 Avez-vous subi une analyse biologique ayant révélé un résultat anormal (diabète, cholestérol, séropositivité, hépatite) ? <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, à quelle date ?</p> <p>Type du résultat anormal :</p>
<p>4 Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? <input type="checkbox"/></p> <p>Devez-vous subir dans les douze mois à venir une ou des interventions chirurgicales ? (il est inutile de déclarer appendicectomie et ablation des amygdales) ? <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, de quelle(s) nature(s) ?</p> <p>A quelle(s) date(s) ?</p> <p>Suites et séquelles</p>
<p>5 Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité militaire ou civile ou d'accidenté du travail ? <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, quel taux ? (fournir tous documents)</p> <p>Pour quel motif ?</p> <p>N° de la catégorie de l'invalidité retenue par la Sécurité Sociale ou l'organisme assimilé</p>
<p>6 Un Assureur y compris GENERALI VIE a-t-il pris une des décisions suivantes à propos d'une demande d'adhésion présentée par vous ?</p> <p> <input type="checkbox"/> - refus <input type="checkbox"/> - avec surprime <input type="checkbox"/> - avec réduction de garantie <input type="checkbox"/> - ajournée </p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, quel Assureur ?</p> <p>Quelle a été sa décision ?</p> <p>A quelle(s) date(s) ?</p> <p>Pour quel motif ?</p>
<p>7 La différence entre votre poids (en Kg) : et votre taille (en cm) : au dessus d'un mètre est-elle supérieure à 20 ? <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, pouvez-vous commenter ce fait ?</p>
<p>8 Êtes-vous atteint d'une infirmité (congénitale ou acquise) ? <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, laquelle ?</p>
<p>9 Êtes-vous pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou par un organisme assimilé pour raison médicale ? <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Depuis quelle date ?</p>

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion et certifie l'exactitude et la sincérité des réponses ci-dessus. J'autorise les Médecins que j'ai consultés à fournir au Médecin Conseil de la Compagnie toutes les informations d'ordre médical dont il pourrait avoir besoin.

La gravité d'une maladie ou d'un accident s'apprécie comme ayant provoqué, soit des arrêts de travail, soit des traitements, soit les deux d'une durée supérieure à 30 jours. Dans le cadre des formalités d'adhésion, je m'engage à communiquer au Médecin Conseil de la Compagnie, toutes les informations d'ordre médical provenant des Médecins que j'ai consultés dont il pourrait avoir besoin. Dans le cadre éventuel d'un sinistre, je m'engage à communiquer personnellement ou à faire communiquer par mes ayants droit au Médecin Conseil de la Compagnie, toutes les informations utiles au règlement du sinistre déclaré, provenant des Médecins que j'ai consultés, informés du cadre dans lequel intervient cette demande et des risques exclus de la garantie, dont la mise en œuvre est sollicitée. Je dispose, ainsi que mes ayants droit, de la faculté de refuser de communiquer les informations médicales demandées, mais je reconnais être informé des conséquences qu'un refus pourrait avoir sur mes droits.

NOM Prénom Date

Date de naissance

Signature **X**

NOTICE DESTINÉE À L'ASSURÉ

Relative au contrat d'assurance n° 7258 souscrit par CORIMO, SARL au capital de 40 000 Euros, inscrite au RCS Versailles sous le n°331 250 498, N°ORIAS 07 004 065, siège social : 36 rue de Thiverval – 78650 BEYNES, auprès de GENERALI VIE, entreprise régie par le Code des Assurances, S.A au capital de 285 863 760 Euros, inscrite au RCS sous le n°602 062 481 – 11 boulevard Haussmann – 75009 PARIS.

● Description des garanties et des cotisations

● Détail des modalités d'adhésion

● Point de départ des garanties et des prestations

● Démarche à accomplir en cas de sinistre

GARANTIES ET COTISATIONS

Quelles sont les caractéristiques des crédits ?

- Les prêts immobiliers amortissables**, d'une durée maximum de 360 mois, d'un montant n'excédant pas 500 000 Euros (CINQ CENT MILLE EUROS) amortissables par remboursement mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec ou sans différé (d'une durée maximale de 24 mois) et avec déblocages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.
- Les prêts relais** d'une durée limitée à 24 mois d'un montant maximum fixé à 500 000 Euros (CINQ CENT MILLE EUROS).
- Les prêts à la consommation**, d'une durée limitée à 180 mois d'un montant maximum fixé à 80 000 Euros (QUATRE VINGT MILLE EUROS).
- Les prêts hypothécaires**, d'une durée limitée à 300 mois d'un montant maximum fixé à 300 000 Euros (TROIS CENT MILLE EUROS).

Pour les prêts relais seule l'option I - DECES / P.T.I.A. peut être souscrite.

La garantie Perte d'Emploi ne peut être souscrite pour les prêts à la consommation et les prêts hypothécaires.

Qui peut être assuré ?

Toutes les personnes physiques âgées lors de leur demande d'adhésion, de plus de 18 ans et de moins de 65 ans (âge exact), bénéficiaires ou garantes d'un crédit, peuvent demander à adhérer au présent contrat et seront garanties dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance de ce prêt.

Quels sont les risques que peut garantir ce contrat ?

Cinq risques sont susceptibles d'être garantis :

- **L'Incapacité Temporaire Totale de Travail :**
État médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice de toute activité procurant gain ou profit à l'assuré.
- **L'Invalidité Permanente Totale :**
Invalidité supérieure ou égale à 66 %, le taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'invalidité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-contre.
- **La Perte d'Emploi :**
La perte d'emploi est garantie si l'assuré est salarié en contrat de travail à durée indéterminée et s'il a été licencié.
- **Le Décès,**
- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :**

Invalidité physique ou intellectuelle rendant l'assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.

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

Quel est le montant des capitaux assurables ?

Le total des capitaux assurés et à assurer dans ce contrat pour une même personne au titre des prêts, ne peut excéder 500 000 Euros (CINQ CENT MILLE EUROS).

Comment sont payées les cotisations et les surprimes ?

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties définies ci-après. Un complément de cotisation sur la totalité du capital emprunté sera dû entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de première échéance. Elles seront prélevées par l'Assureur, par délégation du contractant, mensuellement d'avance sur le compte de l'assuré ou de l'organisme prêteur.

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

CONTENU DES GARANTIES

DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne, l'Assureur garantit le paiement du capital restant dû, dans la limite de la quotité assurée.

Par les termes "capital restant dû", il convient de comprendre le capital restant dû tel qu'il figure sur le tableau d'amortissement initial remis à l'emprunteur lors de l'octroi du crédit - ou dans l'acte de prêt lorsqu'il ne peut être établi de tableau d'amortissement et ce, indépendamment des sommes réelles dues à l'organisme prêteur au titre du crédit. Si ces dernières sommes étaient supérieures au capital restant dû à l'organisme prêteur, l'emprunteur resterait débiteur de celle-ci de la différence.

En aucun cas, le capital versé par l'Assureur ne peut être supérieur à celui défini ci-dessus, notamment lorsqu'un crédit a fait l'objet d'une assurance sur plusieurs têtes.

CAS PARTICULIERS

- En cas de sinistre avant tout déblocage de prêt et alors que l'assurance a pris effet, l'Assureur, prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme aux bénéficiaires autres que le prêteur.

- En cas de sinistre sur un prêt avec déblocage échelonné, l'Assureur prend en charge le montant du capital garanti dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme :

- au prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'assuré et restant dues en principal
- et à l'autre (aux autres) bénéficiaire(s) désigné(s) à concurrence des sommes non débloquées.

Dans le cas de prêt avec différé total ou partiel de paiement des intérêts, les intérêts dus, reportés et capitalisés au jour du décès ou de la Perte Totale Irréversible d'Autonomie, sont pris en charge par l'Assureur.

La mensualité échue le jour même du décès ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie simultanée de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt, le montant total réglé par l'Assureur n'excédera pas selon les cas le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes, et en aucun cas le montant total du prêt.

BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires, autres que le prêteur, sont, par ordre de priorité :

- en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : l'assuré lui-même,
- en cas de décès : le conjoint, à défaut, les enfants nés ou à naître, à défaut, les ayants droit, sauf désignation particulière faite par l'assuré.

GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITE DE TRAVAIL ET PERTE D'EMPLOI

INCAPACITE DE TRAVAIL

Cette garantie est optionnelle. Elle ne peut être souscrite qu'en complément de l'assurance Décès / P.T.I.A. Elle ne peut être souscrite que si le proposant exerce une activité professionnelle lors de son adhésion.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice de toute activité procurant gain ou profit à l'assuré), l'Assureur règle au prêteur le montant des mensualités venant à échéance à compter du 91^{ème} jour continu d'incapacité dans la limite de la quotité assurée.

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

Ne sont réglées par l'Assureur que les mensualités entières et dans la limite de la quotité assurée.

Rechutes : Toute reprise de travail d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du service des prestations et sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt à les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de 90 jours avant prise en charge des échéances.

A tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un Médecin désigné par l'Assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

En cas d'invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

(Persistance d'une incapacité au travail ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles).

Les taux sont déterminés par voie d'expertise :

- Le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle par référence au guide barème "Les séquelles traumatiques" Évaluation médico-légale des incapacités permanentes en droit commun. Édition Alexandre LACASSAGNE-LYON (le concours médical).
- Le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle apprécié en fonction de la profession de l'assuré ou d'un travail socialement équivalent.

En cas d'invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ne nécessitant pas l'assistance permanente d'une tierce personne appréciée par l'Assureur à l'aide du tableau ci-contre :

- **dont le taux est supérieur à 66 % :** l'Assureur règle au prêteur le montant des mensualités venant à échéance à compter du 91^{ème} jour d'invalidité, dans la limite de la quotité assurée.

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

• dont le taux est inférieur à 66 % : aucune prestation n'est due.

PERTE D'EMPLOI

Cette garantie est optionnelle. Elle ne peut être souscrite qu'en complément de l'assurance Décès /P.T.I.A. Elle ne peut être souscrite que si le proposant exerce une activité professionnelle et est âgé au maximum de 55 ans, lors de son adhésion.

L'assuré bénéficie de droits à indemnisation à la fin d'un délai de carence de 180 jours à compter de la date de prise d'effet des garanties, s'il justifie d'une durée d'emploi en CDI d'au moins 12 mois.

L'Assureur règle au prêteur 75 % du montant des mensualités venant à échéance à compter du 91^{ème} jour de Perte d'emploi dans la limite de la quotité assurée. Afin d'accélérer les règlements par l'Assureur, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

Ne sont réglées par l'Assureur que les mensualités entières.

La durée maximale d'indemnisation est de 24 mois au titre d'un même prêt.

Ne sont pas pris en compte :

- Les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'assuré moins de 6 mois avant la date d'envoi de la lettre de licenciement et pendant la période de perte d'emploi.
- Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le prêteur.

En cas d'incapacité, d'invalidité ou de perte d'emploi affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt, le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des mensualités du remboursement de ce prêt.

Cas particulier :

Prêt avec différé :

- aucune prestation n'est due pendant la période de différé d'amortissement et d'intérêts.
- pendant la période de différé d'amortissement, seules les échéances d'intérêts sont prises en charge.

Quelles sont les garanties exclues ?

Décès

- **Le suicide** : tout suicide n'est pas couvert lorsqu'il survient moins d'un an après l'adhésion de l'assuré. Cette franchise s'applique à chaque adhésion nouvelle, suite à l'obtention d'un nouveau prêt ou à l'augmentation d'un prêt existant. Toutefois le risque de suicide est garanti dès la souscription lorsque le contrat d'assurance de groupe garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré, dans la limite de 120 000 EUROS.

- **Le risque aérien** : les risques de Décès survenus à l'occasion de navigation aérienne ne sont couverts que si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote titulaire d'un brevet et d'une licence non périmés, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même. Lorsque l'assuré emprunte une ligne commerciale régulière, les conditions ci-dessus sont réputées être réalisées.

Les compétitions aériennes, les raids aériens, les acrobaties, la voltige, le parachutisme sauf situation critique de l'appareil, le parachutisme ascensionnel ainsi que les vols de formation de parachutisme sont exclus de la garantie.

Toutefois, la pratique du parachutisme liée à la profession de l'assuré est garantie. N'entrent pas dans le risque aviation mais sont exclus de la garantie, les risques liés à la pratique de sports dangereux tels que : delta-plane ou ULM, montgolfière, homme oiseau, et autres engins spéciaux, saut à l'élastique et parapente. Le vol à voile sur planeur est garanti.

- **En cas de guerre** : la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en cas de guerre.

Perte Totale Irréversible d'Autonomie

Les risques de Perte Totale Irréversible d'Autonomie sont garantis, quelle que soit leur cause, à l'exclusion des maladies ou accidents :

- En relation avec les exclusions stipulées en cas de Décès,
- occasionnés par les tentatives de suicide ou mutilations volontaires par l'assuré,
- dont la première constatation médicale est antérieure à la date de la signature de la demande d'adhésion,
- consécutifs à la participation de l'assuré aux compétitions sportives suivantes et à l'entraînement s'y rapportant : motocyclistes, automobiles, aquatiques avec engin à moteur, de neige ou de glace, hippiques, sports de combat (sauf judo). Toutefois, en ce qui concerne les compétitions de neige ou de glace, celles effectuées à titre exceptionnel pendant les périodes de loisirs sont garanties.
- occasionnés par une guerre civile ou étrangère,
- survenus à l'occasion de navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un

pilote titulaire d'un brevet et d'une licence non périmés, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même. Les compétitions aériennes, les raids aériens, les acrobaties, le deltaplane ou l'U.L.M, la voltige, le vol à voile (sauf en planeur), le parachutisme sauf situation critique de l'appareil, le parachutisme ascensionnel ainsi que les vols de formation de parachutistes sont également exclus.

- Consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome.
- Consécutifs à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un röntgen par heure, de tous autres accidents dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle.
- Occasionnés par les émeutes, mouvements populaires et rixes, si l'assuré y prend une part active, sauf dans les cas suivants : accomplissement du devoir professionnel, légitime défense, assistance à personne en danger.
- Occasionnés par le terrorisme ou les actes d'attentats terroristes en rapport avec des guerres civiles ou étrangères,
- Occasionnés par l'alcoolisme ou l'usage de stupéfiants hors de toute prescription médicale.

Incapacité de Travail – Invalidité Permanente Totale

Les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente totale sont garantis, quelle que soit leur cause, à l'exclusion des maladies ou accidents :

- en relation avec les exclusions stipulées en cas de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- qui sont les conséquences de la participation à des compétitions, courses, matches ou paris (sauf compétitions auxquelles l'assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas d'utilisation d'un engin à moteur ou une arme) ou de toute pratique sportive professionnelle ou sous contrat avec rémunération,
- qui sont les conséquences de la pratique des sports et activités suivantes : sports aériens, plongée sous-marine avec appareil autonome, alpinisme de haute montagne, hockey sur glace, bobsleigh, sport de combat, spéléologie, kitesurf et skysurf.

Pour les personnes qui exercent une activité dangereuse ou pratiquant un sport dangereux, les exclusions ci-dessus peuvent être supprimées ou adaptées moyennant le paiement d'une prime complémentaire.

- qui sont les conséquences de rixes sauf cas de légitime défense, devoir personnel ou assistance à personne en danger,
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère,
- Les dépressions nerveuses, quelles soient réactionnelles ou endogènes, sauf si l'assuré a été hospitalisé pendant une période continue d'au moins 5 jours dans un établissement spécialisé.
- Les affections du rachis dorsolombaire (lombalgies, sciatiques, lumbago, hernie discale) sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation d'au moins 5 jours.

MATERNITE : la période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du Travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé.

Perte d'Emploi

Les risques de perte d'emploi sont garantis, à l'exclusion de :

- la retraite ou la préretraite, quel qu'en soit la cause y compris pour inaptitude au travail,
- la démission même prise en charge par les ASSEDIC ou par un organisme équivalent,
- toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi,
- le licenciement pour faute grave ou lourde,
- les ruptures du contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci,
- le licenciement si l'assuré est salarié :
 - de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale emprunteur contrôlée ou dirigée par son conjoint l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.

COÛT DE L'ASSURANCE

Les garanties définies ci-dessus sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle en pourcentage du capital initial, égale à :

1 - Prêts immobiliers amortissables

OPTION 1 Décès/ P.T.I.A.	OPTION 2 Décès/P.T.I.A./I.T.T.-I.P.T.	GARANTIE PERTE D'EMPLOI
0,20%	0,36%	0,49%

2 - Prêts relais

OPTION 1 Décès/ P.T.I.A.	OPTION 2 Décès/P.T.I.A./I.T.T.-I.P.T.	GARANTIE PERTE D'EMPLOI
0,20%	Non proposée	Non proposée

3 - Prêts Hypothécaires – Prêts à la consommation

OPTION 1 Décès/ P.T.I.A.	OPTION 2 Décès/P.T.I.A./I.T.T.-I.P.T.	GARANTIE PERTE D'EMPLOI
0,29%	0,49 %	Non proposée

DÉTAIL DES MODALITÉS D'ADHÉSION

Quelles sont les modalités d'adhésion ?

Le demandeur après avoir pris connaissance de la présente notice, remplira avec soin la demande d'adhésion et le formulaire de déclaration du risque.

Comment l'Assureur fait-il connaître sa décision ?

L'Assureur fait connaître sa décision sur la demande d'adhésion dans les plus brefs délais.

L'Assureur peut accepter de garantir les Cinq risques ou seulement l'un avec éventuellement exclusion partielle et application de surprime à caractère médical, ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

Dans ce cas, l'Assureur fait connaître sa décision par lettre au proposant. La décision ne sera définitive pour les acceptations avec surprimes ou exclusions qu'à réception par l'Assureur de l'accord du client sur ses conditions d'acceptation.

POINT DE DÉPART ET EXPIRATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Sous réserve du paiement de la prime, le point de départ de la garantie est fixé de la manière suivante :

Pour les proposant qui ne sont pas soumis à l'obligation de formalités médicales, les garanties prennent effet à la date de signature de l'acte notarié par l'emprunteur, sous réserve :

- de signature de la demande d'adhésion et de la fourniture du formulaire de déclaration de risque,
- de l'acceptation du risque par l'Assureur

Pour les proposant qui sont soumis à l'obligation de formalités médicales, les garanties sont accordées :

- Tant que les formalités n'ont pas été remplies : pendant une période de 60 jours à compter de la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'emprunteur, pour les risques d'origine accidentelle seulement.
- Dès que les formalités sont remplies : dès la date de signature de l'acte notarié par l'emprunteur, sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur.

La décision de l'Assureur, dès lors que les formalités médicales requises ont été accomplies, s'applique à effet rétroactif à compter de la date de signature de l'acte notarié par l'emprunteur.

Quand les prestations et les garanties cessent-elles ?

L'adhésion au contrat d'assurance ne peut être résiliée au cours du prêt à la seule initiative de l'assuré.

Les garanties et les prestations cessent pour tous les risques :

- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- en cas d'exigibilité anticipée du prêt par suite de non paiement d'une ou plusieurs échéances et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- au jour du règlement par l'Assureur du capital Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie nécessitant l'assistance d'une tierce personne,
- au 31 décembre qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès,
- au 31 décembre qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré, pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
- au 31 décembre qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré, pour la garantie Incapacité – Invalidité Permanente Totale
- au 31 décembre qui suit le 60^{ème} anniversaire de l'assuré, pour la garantie Perte d'Emploi.

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Prescription : Toute action dérivant d'un contrat est prescrite dans les délais fixés par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances.

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

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

La demande d'indemnisation devra être effectuée à GENERALI - Marché des Entreprises Collectives - Département Emprunteur - 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris cedex 09.

Que faire en cas de Décès ?

Devront être adressés dans les meilleurs délais à l'Assureur :

- un acte de décès et si le décès est accidentel, l'extrait du procès verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, le numéro de ce procès verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, une coupure de presse,

- un certificat médical post-mortem (sur l'imprimé établi par l'Assureur), précisant le genre de maladie ou d'accident auquel a succombé l'assuré,
- le tableau d'amortissement.

Éventuellement, il conviendra de communiquer toute information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Que faire en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ?

Devront être adressés à l'Assureur :

- une déclaration de l'assuré (sur l'imprimé établi par l'Assureur)
- un certificat médical (sur l'imprimé établi par l'Assureur) du Médecin de l'assuré,
- le tableau d'amortissement,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'assuré est assuré social.

Que faire en cas de Perte d'Emploi ?

Au début de la perte d'emploi :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, dans un délai maximum de 90 jours sous peine de déchéance sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai est fixé à la date du licenciement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une copie de la lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivré par les ASSEDIC ou un organisme assimilé de l'état,
- une copie de la demande d'adhésion
- l'attestation de l'employeur (ou des employeurs) précédent(s) précisant :
 - la nature du contrat de travail au moment du licenciement
 - les natures date de début et de fin des contrats de travail depuis l'adhésion au contrat
 - les bordereaux de paiement des prestations par les ASSEDIC ou tout autre organisme assimilé depuis l'origine
 - le tableau d'amortissement.

Éventuellement, il conviendra de fournir toute autre information ou pièce justificative qui pourra être réclamées par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Au cours de la période de perte d'emploi

Devront être adressés :

- les bordereaux de paiement des prestations par les ASSEDIC ou tout autre organisme assimilé

Que faire en cas d'Incapacité de Travail ou d'Invalidité Permanente Totale ?

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

La déclaration doit être effectuée dans un délai maximum de 90 jours, sauf cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé en cas d'accident, au jour de sa survenance, et en cas de maladie, au jour de la première visite du Médecin traitant.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée.

Les incapacités de travail d'une durée inférieure à 91 jours ne donneront lieu à aucun paiement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration de l'assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical sur imprimé établi par l'Assureur,
- volets ou attestation de prestations de la Sécurité Sociale si l'adhérent est assuré social,
- Le tableau d'amortissement.

Éventuellement, il conviendra de fournir toute autre information ou pièce justificative qui pourront être réclamées par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

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

Devront être adressés :

- les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'invalidité ou de l'incapacité,
- les volets de la Sécurité Sociale attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'adhérent est assuré social.

A la fin de l'Incapacité :

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

Éventuellement, il conviendra de communiquer toute information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur.

S'il y a désaccord sur l'état de santé ?

A toute époque, les Médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'assuré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité ou d'Invalidité afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continuera à s'exercer même après la dénonciation du contrat par la Contractante.

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

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

Médiation : Pour toute réclamation, les assurés sont invités à prendre contact avec GENERALI – Marché des Entreprises Collectives – Département Emprunteur, 7 Boulevard Haussmann, 75442 PARIS cedex 09.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Assureur, les assurés pourraient demander l'avis du Médiateur du Groupe GENERALI dont les coordonnées leur seraient communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

RENONCIATION A L'ADHESION

L'Adhérent peut, dans les 14 jours qui suivent la signature de la demande d'adhésion, renoncer à son adhésion.

Pour ce faire, il doit adresser à GENERALI - Marché des Entreprises Collectives - Département Emprunteur, 7 Boulevard Haussmann, 75442 PARIS cedex 09, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné _____
désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe emprunteurs n° 7258 effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Signature ».

