

Notice d'information relative à la Convention d'assurance collective n° 5230 souscrite auprès d'Allianz Vie – 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex, dénommé l'Assureur par l'Association Française des Diabétiques (AFD), association à but non lucratif régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 88 rue de la Roquette - 75011 Paris, dénommée la Contractante.  
Référence notice du contrat n° 5230 – 08/2016.



## Article 1 – Objet de la Convention

La présente Convention, souscrite par la Contractante, a pour objet de garantir :

**Formule 1 – DC-PTIA** : le remboursement d'un prêt en cas de Décès (DC) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),

**Formule 2 – DC-PTIA-ITT-IPT** : le remboursement d'un prêt en cas de Décès (DC) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), ainsi que le versement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) ou en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT), par suite de maladie ou d'accident<sup>(1)</sup>.

**Formule 3 – DC-PTIA-ITT-IPT-IPP** : le remboursement d'un prêt en cas de Décès (DC) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), ainsi que le versement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) ou en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou en cas d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), par suite de maladie ou d'accident<sup>(1)</sup>.

En cas d'adhésion à la Formule 2 ou à la Formule 3, une option Renfort pour les maladies du Dos ou Psychiatriques (Renfort Dos Psy) est possible.

La présente convention relève de la loi française.

## Article 2 – Groupe Assuré

Peut adhérer à l'Assurance, toute personne physique âgée de plus de 18 ans, adhérent à l'Association Contractante et restant adhérente pour toute la durée du contrat d'assurance, ayant obtenu un prêt en tant qu'emprunteur, co-emprunteur, ou étant caution pour le compte d'une personne morale en tant que dirigeant ou homme-clé.

Si l'emprunteur est une personne morale, peut être assurée en tant que dirigeant ou homme-clé, toute personne physique respectant les critères ci-dessus et ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de la personne morale emprunteuse.

La personne à assurer doit être âgée de moins de 67 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

Lorsque la personne à assurer est âgée de 59 ans ou plus l'admission n'est possible que pour la Formule 1.

## Article 3 – Caractéristiques des prêts

Sont assurables les prêts libellés en euros, rédigés en français et souscrits auprès d'un établissement de crédit situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'Outre-Mer<sup>(2)</sup> ou dans les collectivités d'Outre-Mer<sup>(3)</sup> ou à Monaco, amortissables ou non amortissables, destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel.

Sont assurables :

- Les prêts amortissables, avec ou sans différé d'amortissement, y compris les prêts à taux zéro réglementés.
- Les prêts non amortissables : prêts relais de durée maximum de 4 ans et prêts in fine de durée maximum de 15 ans.
- Les prêts par paliers.

La durée des prêts amortissables y compris la période de différé d'amortissement ne doit pas être supérieure à :

- 15 ans pour les prêts aux professionnels,
- 25 ans pour les prêts aux particuliers.

Sont tarifés en tant que prêts amortissables, les prêts amortissables avec un différé maximum de 24 mois.

Sont tarifés en tant que prêts non amortissables :

- les prêts relais et in fine,
- les prêts amortissables comportant un différé de plus de 24 mois,
- les prêts par paliers.

## Article 4 – Limitation des garanties

Le montant à assurer pour la même opération d'assurance doit s'élever :

- au minimum à 17.000 € pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Arrêt de travail ; cependant, un prêt d'un montant inférieur est assurable sous réserve qu'il soit adossé à un prêt d'au moins 17.000 € lors de la même opération d'assurance,
- et au maximum à :
  - 500.000 € pour la garantie Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
  - 420.000 € pour la garantie Arrêt de Travail (ITT - IPT - IPP).

Si le demandeur est déjà garanti par l'Assureur pour un ou plusieurs prêts en cours d'amortissement, il convient de déduire des montants maximaux indiqués ci-dessus le montant du capital restant dû pour chaque prêt en cours à la date de la nouvelle demande d'adhésion au contrat.

Au cas où plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même prêt, les prestations à verser par l'Assureur sont limitées aux sommes dues au prêteur en application du tableau d'amortissement et aux sommes assurées (notamment en cas de sinistres simultanés). En aucun cas l'Assureur ne peut verser un capital supérieur au montant initial du crédit, ni des prestations supérieures à celles dues pour un Assuré avec une quotité de 100 %.

## Article 5 – Adhésion à l'Assurance

La personne qui demande à adhérer à l'Assurance doit :

- remplir et signer la demande d'adhésion en choisissant la Formule 1, 2 ou 3, et éventuellement en complément de la Formule 2 ou 3 l'option Renfort Dos Psy,
- justifier de son état de santé en se soumettant aux formalités fixées par l'Assureur,
- justifier de sa qualité d'adhérent à l'Association Contractante et s'engager à conserver chaque année l'attestation remplie par son diabétologue ou son médecin traitant, établissant qu'elle bénéficie d'un suivi médical régulier.

Le proposant doit répondre au questionnaire d'état de santé figurant sur la demande d'adhésion et, à ses frais, il doit faire remplir le questionnaire médical détaillé par un diabétologue ou, à défaut, par son médecin traitant, en fournissant tous les renseignements ou examens complémentaires demandés. Au vu de ces éléments médicaux, le Conseil Médical de l'Assureur pourra demander des renseignements complémentaires. L'Assureur se prononcera alors sur l'acceptation ou le refus du risque soumis. L'acceptation peut être donnée avec ou sans réserve et peut donner lieu à une tarification particulière, en raison d'un risque aggravé.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner son acceptation à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Une fois admis à l'Assurance, l'Assuré

(1) Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré atteignant ce dernier dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

(2) Départements et régions d'Outre-Mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

(3) Collectivités d'Outre-Mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

est tenu d'informer l'Assureur de toute modification relative à l'amortissement du prêt, dans un délai de trois mois. Au-delà, toute modification non signalée ne sera pas opposable et aucun remboursement des cotisations ne sera dû.

En cas de prêt renégocié, si le nouveau montant du prêt ou la nouvelle durée excède plus de 15 % du montant initial ou de la durée initiale, l'Assureur soumettra l'Assuré à de nouvelles formalités d'adhésion.

### Convention AERAS

L'assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), signée le 6 juillet 2006 et modifiée par avenant le 1<sup>er</sup> février 2011 et le 2 septembre 2015, contenues dans le dépliant remis préalablement à la demande d'adhésion.

Ces dispositions sont disponibles sur le site officiel de la convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

### Droit à l'oubli

Le « droit à l'oubli » permet aux anciens malades du cancer, sous certaines conditions médicales et relatives à la demande d'assurance, de ne plus avoir à le déclarer lors de l'adhésion au contrat. Si le cancer a été déclaré sur le questionnaire d'état de santé, alors que toutes les conditions sont remplies pour bénéficier du « droit à l'oubli », l'assureur ne tiendra pas compte de ces informations médicales.

Les conditions permettant de bénéficier du droit à l'oubli, qui sont susceptibles d'évoluer en fonction des progrès médicaux, sont cumulatives et définies dans le questionnaire d'état de santé.

### Grille de référence

Une grille de référence diffusée sur le site officiel de la convention AERAS permettra de rapprocher du tarif normal les personnes souffrant ou ayant souffert de certaines pathologies cancéreuses et autres pathologies notamment chroniques. Cette liste sera actualisée au rythme des progrès thérapeutiques et de la disponibilité des données de santé.

### Garantie Invalidité Spécifique

Si la garantie Arrêt de Travail ne peut être accordée à la personne à assurer ou si elle est acceptée avec exclusion, l'assureur lui proposera, lorsque cela sera possible, la garantie d'Invalidité Spécifique AERAS (GIS) définie en fonction du taux d'invalidité fixé par la convention AERAS et apprécié par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

### Limitation des surprimes

Les emprunteurs aux revenus modestes peuvent bénéficier, sous conditions, du dispositif de limitation des surprimes d'assurance pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels. Ce dispositif est décrit dans le dépliant précité et est rappelé dans les conditions particulières adressées à l'assuré.

## Article 6 – Maintien dans l'Assurance

Sauf en cas de réticence, d'omission ou de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré, tant qu'il fait partie du groupe des Assurés. En cas de résiliation du contrat entre l'Assureur et la Contractante, les garanties seront maintenues aux assurés sous réserve des conditions de fin des garanties et du paiement des cotisations à l'Assureur.

## Article 7 – Bénéficiaire de l'Assurance

Dans tous les cas, le bénéfice de l'Assurance est attribué au prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues. Cependant, en cas de décès, si le déblocage des fonds n'a été que partiellement réalisé, le montant non débloqué serait réglé par ordre de préférence au conjoint non séparé de droit, à défaut aux héritiers. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ce montant sera directement versé à l'Assuré. À tout moment, l'Assuré peut modifier la désignation contractuelle et désigner toute personne physique ou morale de son choix. Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation contractuelle est applicable.

### Revalorisation des capitaux décès et dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations

En application de l'article L. 132-5 du Code des assurances les capitaux décès dus à des bénéficiaires personnes physiques donnent lieu à une revalorisation annuelle, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est calculée prorata temporis à compter du décès et jusqu'au jour du règlement du capital.

Cette disposition est applicable aux décès survenus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 quelle que soit la date d'adhésion au contrat d'assurance de groupe.

Le règlement du capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) est réalisé dans les meilleurs délais, en tout état de cause sous un mois maximum à compter de la réception de l'ensemble des pièces.

Le décès de l'assuré met fin à l'adhésion.

Conformément à l'article L. 132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'assureur informe le(s) bénéficiaire(s) de ce transfert par tout moyen.

Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'État.

## Article 8 – Prise d'effet des garanties

Lorsque la personne à assurer a accepté l'offre de prêt, la garantie en cas de Décès par accident est acquise gratuitement pendant soixante jours à compter de la signature de la demande d'adhésion.

Cette garantie est limitée à **50.000 euros**, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance.

Elle cesse si la personne à assurer ne répond pas, dans un délai de quinze jours, aux demandes d'informations complémentaires de l'Assureur.

Les garanties concernant la Formule choisie, avec éventuellement l'option Renfort Dos Psy sont acquises, à compter du jour de l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur,

- sous réserve que les deux conditions suivantes soient remplies :
  - accepter les conditions dérogatoires de garantie ou de tarif éventuellement stipulées,
  - communiquer toutes les pièces nécessaires au prélèvement de la cotisation,
- et, au plus tôt, à la première des trois dates suivantes :
  - à la date de l'acceptation de l'offre préalable du prêt par l'emprunteur,
  - au jour de la signature du contrat de prêt, que le contrat ait été établi sous seing privé ou selon un acte authentique,
  - au jour de la remise des fonds, que les fonds aient été débloqués partiellement ou totalement.

En cas de sinistre avant le prélèvement de la première cotisation, les prestations prévues au contrat sont versées sous déduction du montant de la cotisation due.

L'assurance est accordée, à compter de la date d'effet précisée sur le certificat individuel d'affiliation, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Elle est renouvelée le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction sous réserve des dispositions prévues ci-après.



## Article 9 – Cessation de l'adhésion

L'adhésion et l'ensemble des garanties et option cessent :

- Le jour où cesse l'obligation de remboursement du prêt quelle qu'en soit la cause.
- A la date de remboursement total anticipé ou non du prêt garanti quelle qu'en soit la cause.
- A la date de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt.
- Le jour où le bien faisant l'objet du prêt est vendu.
- A la date de départ du dirigeant ou homme-clé de l'entreprise emprunteuse dans le cas de l'assurance d'une caution de personne morale.
- A l'expiration de la période annuelle en cours si la demande de résiliation effectuée par l'Assuré est adressée à l'Assureur avant le 31 octobre par lettre recommandée avec accusé de réception, et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant.
- En cas de mise en jeu des garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- En cas de non-paiement des cotisations.
- A l'expiration d'un délai de six mois à partir de la prise d'effet des garanties, si le prêt n'a toujours pas été débloqué par le Prêteur sauf si un déblocage partiel est intervenu.
- Au plus tard au 31 décembre de l'année du 70<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré.

Par ailleurs, les modalités de cessation propres à chaque garantie et option sont décrites dans les articles les concernant.

## Article 10 – Garantie en cas de Décès

En cas de décès de l'Assuré avant le 31 décembre de l'année de son 70<sup>e</sup> anniversaire, l'Assureur verse, à concurrence du pourcentage assuré, le montant suivant :

- le capital restant dû au prêteur à la date d'échéance qui précède le décès, tel qu'il figure sur le tableau d'amortissement en cours à cette date,
- les intérêts courus depuis l'échéance précédente jusqu'au jour du décès,
- les éventuelles échéances reportées dans la limite de douze mensualités.

Les échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus à la date du décès ne seront pas pris en compte. Lorsque le décès survient au cours de la période initiale de différé d'amortissement, l'Assureur verse le montant initial du prêt, augmenté des intérêts dus au prêteur à la date du décès.

Lorsque le décès survient avant le déblocage total du montant du prêt, l'Assureur verse le montant initial du prêt, augmenté des intérêts dus au prêteur à la date du décès, dans les conditions prévues au paragraphe « Bénéficiaire de l'Assurance ».

## Article 11 – Paiement anticipé du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Un Assuré de moins de 65 ans est reconnu atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans les conditions suivantes :

- L'Assureur soumet l'intéressé à une expertise médicale. Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'Assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'Assurance ne peut définitivement plus se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au jour fixé par le médecin expert désigné par l'Assureur, sans que cette date puisse être antérieure de plus de six mois à la date de déclaration de la perte d'autonomie.
- Cependant, sera automatiquement considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assuré ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3<sup>e</sup> catégorie, ou dès lors qu'il sera victime d'un accident du travail, entraînant une incapacité permanente de 80 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne. L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la date d'effet fixée sur la notification adressée par la Sécurité sociale.

S'il est établi qu'un Assuré est atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avant son 65<sup>e</sup> anniversaire, l'Assureur verse par anticipation le montant du capital prévu en cas de Décès et calculé à la date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les cotisations cessent d'être dues à compter du jour où le capital est réglé et l'Assuré cesse de bénéficier des garanties de l'Assurance.

## Article 12 – Garantie en cas d'arrêt de travail

### Exclusion des affections dos et psychiatriques

Si l'Assuré n'a pas souscrit à l'option Renfort Dos et Psy décrite à l'article 12.3, les affections dos et psychiatriques ne sont pas prises en charge au titre des garanties ITT, IPT et IPP listées ci-après, sauf dans les conditions explicitées à l'article 15 « Risques exclus ».

### 12.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)

#### Définition

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident, un Assuré est dans l'incapacité totale et continue d'exercer son activité professionnelle, ou de rechercher un emploi si l'Assuré est au chômage à la date de survenance du sinistre ou de se livrer à ses occupations habituelles s'il est sans profession, l'Assureur prend en charge les échéances du prêt à concurrence du pourcentage assuré et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail.

#### Franchise

Le droit aux prestations prend effet à compter du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail total et ininterrompu. Ce délai de franchise débute le premier jour de l'arrêt.

Toutefois, si les fonds n'ont pas été débloqués à l'expiration du délai de franchise, le point de départ du calcul de cette franchise est reporté à la date de déblocage desdits fonds.

#### Conditions d'ouverture du droit aux prestations ITT

Pour bénéficier des prestations, l'Assuré doit, à la date d'arrêt de travail :

- avoir choisi la Formule 2 ou la Formule 3,
- si l'Assuré exerce une activité : exercer une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée, ou être conjoint collaborateur d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale et apporter une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal dans le cadre de son activité professionnelle,
- ou être en recherche d'emploi et bénéficier à ce titre d'allocations par Pôle emploi ou un organisme assimilé, puis être reconnu par la Sécurité sociale en arrêt de travail et percevoir des indemnités journalières,
- ou être Travailleur Non Salarié en activité au moment du sinistre ou Travailleur Non Salarié ayant fait l'objet d'une liquidation judiciaire datant de moins de 1095 jours (à partir de la date de jugement prononçant la liquidation judiciaire),
- ou si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle au moment du sinistre et s'il bénéficie de la Formule 2 ou de la Formule 3, être en arrêt de travail total ; il est considéré en arrêt de travail total si son incapacité à exercer ses activités habituelles non professionnelles est reconnue médicalement. Dans ce cas, l'Assuré doit produire un certificat médical conformément à l'article 16 de la présente notice,
- être âgé de moins de 67 ans.

#### Montant maximal des prestations ITT

Les prestations ITT sont limitées, quel que soit le nombre de prêts concernés, à 2.800 € par mois au titre du contrat n° 5230 (toutes adhésions confondues au contrat n° 5230).

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus au Prêteur ne seront pas pris en compte.



## Durée maximale des prestations ITT

Les prestations en cas d'ITT sont versées par l'Assureur pendant au maximum 1095 jours.

## Cas des prêts avec différé d'amortissement et des prêts non amortissables (relais ou in fine)

Lorsque l'arrêt de travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'Assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont limitées, à l'expiration de la franchise, aux seules échéances d'intérêts. Pour les prêts non amortissables, l'Assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, après application du délai de franchise, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la ou les dernières échéances d'intérêts.

## Cas des augmentations d'échéances

L'Assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Assuré pendant son arrêt de travail ou durant son délai de franchise. L'Assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

## Cas des rechutes ou arrêts multiples

Une rechute dans les 60 jours suivant une reprise d'activité professionnelle ne donne pas lieu à l'application de la franchise si le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

## Cessation des prestations ITT

Les prestations versées en cas d'ITT cessent au plus tard :

- Le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel, y compris dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique.
- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'ITT sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- A l'expiration de la durée d'incapacité indiquée sur le certificat médical visé à l'article 16 « Déclaration des sinistres et règlement des prestations » pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de l'ITT.
- Au plus tard le jour du 67<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré s'il exerçait une activité professionnelle au jour de l'ITT.
- Au plus tard le jour du 65<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré s'il n'exerçait pas d'activité professionnelle au jour de l'ITT.
- A la fin d'un délai de 1095 jours après la date de début de l'ITT.
- A la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie IPT ou IPP.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

## Cessation de la garantie ITT

La garantie ITT cesse :

- Le jour où l'Assuré liquide ses droits à la retraite.
- Au plus tard le jour du 67<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré s'il exerçait une activité professionnelle au jour de l'ITT.
- Au plus tard le jour du 65<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré s'il n'exerçait pas d'activité professionnelle au jour de l'ITT.
- Au jour de la prise en charge au titre de la garantie IPT ou IPP.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

## 12.2 Garanties Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP)

### Consolidation – degré d'invalidité

La consolidation est le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'Assuré. Lorsque l'affection qui a donné lieu à la prise en charge de l'arrêt de travail est consolidée, et au plus tard dans un délai de 1095 jours à compter de la date d'incapacité de travail, le médecin désigné par l'Assureur détermine un taux d'incapacité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'incapacité professionnelle, afin d'apprécier le taux d'invalidité en résultant au sens du contrat.

L'incapacité fonctionnelle sera établie de 0 à 100 %, en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100 % en tenant compte de l'incidence du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée par l'Assuré. Le taux d'incapacité professionnelle fixé tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Les prestations dues par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle de travail sont limitées à 2.800 € par mois indemnisé et par Assuré, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du contrat n° 5230 (toutes adhésions confondues au contrat n° 5230).

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 de l'Assureur.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10						37 %	40 %	43 %	46 %
20				37 %	42 %	46 %	50 %	55 %	58 %
30			36 %	42 %	48 %	53 %	58 %	62 %	67 %
40			40 %	46 %	52 %	58 %	64 %	69 %	74 %
50		36 %	43 %	50 %	56 %	63 %	68 %	74 %	79 %
60		38 %	46 %	53 %	60 %	66 %	73 %	79 %	84 %
70		40 %	48 %	56 %	63 %	70 %	77 %	83 %	89 %
80		42 %	50 %	58 %	66 %	73 %	80 %	87 %	93 %
90		43 %	52 %	61 %	69 %	76 %	83 %	90 %	97 %
100	34 %	45 %	54 %	63 %	71 %	79 %	86 %	93 %	100 %

### Cas particulier de l'assuré qui n'exerçait pas d'activité professionnelle au jour de l'Incapacité Temporaire Totale de travail

Dans ce cas, le taux d'invalidité est apprécié en fonction de la seule incapacité fonctionnelle.

#### Degré d'invalidité inférieur à 33 %

Lorsque le degré « n » d'invalidité est inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

#### IPT pour les Formules 2 et 3

Si l'Assuré a choisi la Formule 2 ou la Formule 3, lorsque le degré « n » d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations versées au titre de la garantie IPT sont égales à celles versées au titre de l'ITT.

#### IPP pour la Formule 3

Si l'Assuré a choisi la Formule 3, lorsque le degré « n » d'invalidité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, les prestations versées au titre de l'IPP sont égales à 50 % des prestations versées au titre de l'ITT.



### Cessation des prestations IPT et IPP

Les prestations versées en cas d'IPT ou d'IPP cessent au plus tard :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'IPT ou de l'IPP sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- Au plus tard le jour du 67<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré s'il exerçait une activité professionnelle au jour de l'ITT.
- Au plus tard le jour du 65<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré s'il n'exerçait pas d'activité professionnelle au jour de l'ITT.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

### Spécifiquement pour la garantie IPT

- Si le degré d'invalidité devenait inférieur à 66 %.

### Spécifiquement pour la garantie IPP

- En cas de mise en jeu de la garantie IPT.
- Ou si le degré d'invalidité devenait inférieur à 33 %.

### Cessation des garanties IPT et IPP

Les garanties IPT et IPP cessent au plus tard :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite.
- Au plus tard le jour du 67<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré s'il exerçait une activité professionnelle au jour de l'ITT.
- Au plus tard le jour du 65<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré s'il n'exerçait pas d'activité professionnelle au jour de l'ITT.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

## 12.3 Option de Renfort Dos Psy (DP)

Cette option ne peut être demandée qu'au moment de l'adhésion et uniquement en complément des Formules 2 et 3 pour les garanties Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), et non en cours d'adhésion.

Si l'Assuré bénéficie de cette option, les pathologies ci-dessous sont garanties sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ou de mise sous tutelle ou curatelle, sous réserve cependant des éventuelles exclusions notifiées par l'Assureur à l'Assuré au moment de l'adhésion :

- Atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervicobrachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques.
- Dépression ou syndrome anxio-dépressif ou syndrome de fatigue chronique ou fibromyalgie ou affection psychiatrique, neuro-psychiatrique.

La prise en charge est effectuée selon les modalités propres à chaque garantie dont bénéficie l'Assuré (IPT, IPP, ITT).

## Article 13 – Garantie d'invalidité spécifique AERAS

La garantie invalidité spécifique est couverte si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'Assureur et si l'Assuré les a acceptées.

L'Assuré bénéficie de cette garantie :

- si son état de santé est consolidé,
- si son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur à celui indiqué dans les conditions spécifiques,
- et s'il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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.

Les prestations sont versées à compter du jour où ces trois conditions sont satisfaites et selon les dispositions indiquées dans l'article 12 « Garantie en cas d'arrêt de Travail » à l'exception du calcul du taux d'invalidité qui prend en compte le taux d'incapacité fonctionnelle apprécié par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires. En cas de poly-pathologie, la cotation est additive.

Les prestations sont maintenues si le taux d'incapacité fonctionnelle est égal ou supérieur au taux fixé par la convention AERAS. Elles sont supprimées dans le cas contraire.

## Article 14 – Contrôle médical – Arbitrage

### Contrôle

Pour ne pas perdre son droit aux prestations, l'Assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen que l'Assureur estime nécessaire. Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré, afin de pouvoir constater son état.

Pour les assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ou Arrêt de Travail ou Invalidité spécifique AERAS, les prestations de ces garanties ne seront servies que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constatée en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'Outre-Mer<sup>(1)</sup> ou dans les collectivités d'Outre-Mer<sup>(2)</sup>, les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge, les expertises éventuelles étant réalisées dans les mêmes conditions que le constat.

### Arbitrage

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et celui de l'Assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager ; faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le Tribunal compétent, éventuellement par voie de référé. Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du troisième médecin et, s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

## Article 15 – Risques exclus

### Sont exclus de toutes les garanties

#### Le risque de guerre

- **Sont exclues les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'Assuré y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle.**

#### Autres risques

- **le suicide de l'Assuré lors de la première année d'assurance, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de son logement principal.**  
Dans ce cas, seule la partie assurée excédant un plafond dont le montant est fixé par décret est exclue pendant la première année d'assurance,
- **les rixes auxquelles la personne garantie participe de manière active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,**
- **les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active,**
- **les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,**

(1) Départements et régions d'Outre-Mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

(2) Collectivités d'Outre-Mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.





- les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.  
Par ailleurs, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne ne sont couverts que dans le cas où :
  - l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
  - les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires.
- les conséquences de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- la pratique du parapente et du saut à l'élastique,
- les accidents non consolidés, infirmités et maladies en évolution ou chroniques dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties, sauf si elles ont été déclarées à l'Assureur et n'ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés par l'assuré en l'absence de toute prescription médicale et, lorsque l'assuré est conducteur de tout moyen de transport, les conséquences des accidents résultant de sa consommation de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux légal en matière de circulation automobile à la date du sinistre.

#### Exclusions spécifiques à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Sont exclues les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.

#### Exclusions spécifiques à la garantie Arrêt de Travail (ITT-IPT-IPP) et à la garantie d'invalidité spécifique AERAS

- sont exclues les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf lorsqu'il s'agit de sports – autres que sports comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur – que pratique l'Assuré ou de compétitions sportives auxquelles il prend part, dans les deux cas en tant qu'amateur,
- sont exclues les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- sont exclus les sinistres résultant d'une atteinte vertébrale ou discale ou radicaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité ou si l'option Renfort Dos et Psy a été choisie à l'adhésion,
- sont exclus les sinistres résultant d'une dépression ou d'un syndrome anxio-dépressif ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuropsychiatrique, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus en relation avec ces affections a été nécessaire pendant cette incapacité (hormis l'hospitalisation de jour) ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, ou si l'option Renfort Dos et Psy a été choisie à l'adhésion,
- les prestations ne sont pas versées au cours de la période d'arrêt de travail correspondant à la durée légale du congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1225-17 du Code du travail, que l'Assurée soit salariée ou non.

#### Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'arrêt de travail sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que la preuve en soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues au titre « Contrôle médical – Arbitrage ». À défaut de preuve, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine. Les documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine.

## Article 16 – Déclaration des sinistres et règlement des prestations

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du contrat doit être déclaré le plus rapidement possible à l'interlocuteur habituel, ou à : Allianz – Direction des Opérations Collectives - Emprunteurs - TSA 31007 - 67018 Strasbourg Cedex, qui indiquera les documents nécessaires à la constitution du dossier.

Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives.

#### Pièces justificatives spécifiques au contrat AFD

Outre les pièces justificatives liées au sinistre survenu, les documents fournis pour le règlement des prestations doivent comprendre les cinq dernières attestations annuelles constatant le suivi médical par un diabétologue ou par le médecin traitant, ainsi qu'une copie du document établissant que l'adhésion à l'Association Française des Diabétiques est en cours.

#### Arrêt de travail

L'arrêt de travail doit être déclaré dans un délai de six mois ; ce délai commence le premier jour de l'arrêt. Au-delà de ce délai de six mois, l'Assureur fixe la date de l'arrêt de travail au jour de la déclaration; toutefois, la franchise contractuelle de quatre-vingt-dix jours ne sera pas appliquée.

Les pièces justificatives de prolongation d'arrêt de travail doivent être adressées ensuite dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours. À défaut, l'Assuré est réputé guéri à la date du dernier jour de la période justifiée. Au-delà de ce délai, toute prolongation parvenant à l'Assureur est considérée par lui :

- entre le 91<sup>e</sup> jour et le 180<sup>e</sup> jour : comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif,
- à compter du 181<sup>e</sup> jour : comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu, à compter de la date de réception du justificatif, à l'application du délai de franchise prévu.

L'Assuré doit déclarer sans délai la reprise de son activité professionnelle, même partielle, à l'Assureur, sous peine de suppression de son droit aux prestations.

#### Cas particulier de l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail

Dans ce cas, l'Assuré doit transmettre à l'Assureur un certificat médical précisant l'événement entraînant l'incapacité (maladie ou accident), la date de cet événement, la durée probable de l'Incapacité Temporaire Totale de travail ou la durée de la prolongation de cette Incapacité Temporaire Totale de travail.

## Article 17 – Modification des garanties en cours d'adhésion

- Le choix de la Formule de garantie (1, 2 ou 3) et de l'option Renfort Dos Psy éventuelle est définitif et irrévocable pour la durée de l'adhésion.
- L'augmentation ou la diminution des quotités n'est possible que dans les 180 jours qui suivent la date d'adhésion. Ensuite, il ne peut y avoir de modification qu'en cas de changement de situation matrimoniale, sous réserve que l'Assuré se soumette aux formalités prévues par l'Assureur et qu'il accepte les conditions proposées par celui-ci.
- En cas de départ du dirigeant ou homme-clé de l'entreprise morale emprunteuse, celle-ci doit en informer l'Assureur pour mettre fin à l'assurance et au

## Article 18 – Résidence

Les personnes ayant leur résidence principale en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-Mer<sup>(1)</sup> ou dans les collectivités d'Outre-Mer<sup>(2)</sup> ou à Monaco peuvent s'assurer pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Arrêt de Travail.

Par dérogation à ce qui précède, les personnes ayant leur résidence principale dans un pays de l'Union Européenne peuvent s'assurer pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'Outre-Mer<sup>(1)</sup> ou dans les collectivités d'Outre-Mer<sup>(2)</sup> ou à Monaco.

Si l'emprunteur est une personne morale, son siège social ou son établissement doit être situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'Outre-Mer<sup>(1)</sup> ou dans les collectivités d'Outre-Mer<sup>(2)</sup> ou à Monaco.

## Article 19 – Cotisation

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation pendant toute la durée du prêt. La cotisation, compte tenu du pourcentage assuré, est calculée sur le montant initial du prêt, en tenant compte de l'option choisie et d'une éventuelle tarification particulière pour les personnes ne pouvant être acceptées aux conditions normales. La cotisation est payable d'avance et prélevée directement par l'Assureur. Pour cela, l'Assuré est tenu de nous adresser un RIB ou BIC - IBAN, pour mise en place d'un mandat de prélèvement, ainsi que le tableau d'amortissement définitif du financement. Elle peut être fractionnée et payable semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, dès lors que chaque prélèvement est au moins égal à **45 euros**. La dernière cotisation est prélevée au prorata du nombre de jours donnant lieu à assurance. En cas de remboursement anticipé partiel, la cotisation sera calculée sur le montant initial du prêt diminué du remboursement anticipé partiel uniquement si ce remboursement représente au moins 15 % du montant initial. En cas de non-paiement de la cotisation dans les délais, l'Assureur exclura l'Assuré du contrat selon les modalités prévues par le Code des assurances. Le prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

### Exonération des cotisations totales en cas d'arrêt de travail (ITT - IPT - IPP)

La cotisation totale, prélevée automatiquement, est remboursée à l'Assuré dès la reprise du travail au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail indemnisés et au plus tard dans les trois mois suivant la clôture de chaque exercice civil. Toutefois, seuls peuvent bénéficier du remboursement de cette cotisation, les Assurés ayant choisi une Formule 2 ou 3.

## Article 20 – Prescription

### Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

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

#### Article L. 114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

#### Article L. 114-2 du Code des assurances

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

#### Article L. 114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

### Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) ».

**Article 2240 du Code civil :** 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.

**Article 2245 du Code civil :** L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

**Article 2246 du Code civil :** L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

(1) Départements et régions d'Outre-Mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

(2) Collectivités d'Outre-Mer : Polynésie française, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Mayotte.

## Article 21 – Article L. 113-8 du Code des assurances

**Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré**, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts.

## Article 22 – Informations et réclamations

Lorsque l'Assuré souhaite obtenir des précisions, Euroditas – 31, rue Tronchet – 75008 Paris est en mesure d'étudier au fond toutes ses demandes d'informations. L'interlocuteur habituel d'Allianz France est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne vous satisfaisaient pas, vous pouvez adresser une réclamation à :

Allianz - Relation Clients - Case courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : [clients@allianz.fr](mailto:clients@allianz.fr)

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, vous avez la faculté de faire appel au **Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances** dont les coordonnées postales sont les suivantes :

BP 290 – 75425 Paris Cedex 09, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

## Article 23 – Informatique et libertés – Traitement des données personnelles

Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe, ainsi qu'à la gestion de l'adhésion à l'Association souscriptrice et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par les prestataires de l'assureur dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de la part de l'adhérent ou de l'assuré, elles pourront aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux ou par l'intermédiaire d'assurance, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent ou l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant soit en adressant un courriel à l'adresse [informatiqueetliberte@allianz.fr](mailto:informatiqueetliberte@allianz.fr), soit en adressant un courrier auprès de :

Allianz Relation Clients - Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

## Article 24 – Faculté de renonciation

La renonciation met fin à l'adhésion et à l'ensemble des garanties et options.

Le droit de l'adhérent à renoncer à son adhésion :

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que son adhésion au contrat est conclue. Cette date correspond à la date à laquelle il a signé le certificat d'adhésion, et au plus tard à la date de présentation de la lettre recommandée avec accusé de réception qui lui sera envoyée si l'assureur n'a pas reçu le certificat d'adhésion signé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse d'Allianz figurant sur la demande d'adhésion.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la demande d'adhésion ou la Notice d'information.

A réception de la lettre recommandée par l'assureur, l'adhésion et toutes ses garanties et options prennent fin.

La cotisation versée sera remboursée dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

### Modèle de lettre-type de renonciation

« Je soussigné(e) M ..... demeurant ..... renonce à mon adhésion n° ..... au contrat emprunteurs dénommé AFD n° 5230 souscrit auprès de l'assureur et demande le remboursement de ma cotisation de ..... » Date et signature

## Article 25 – Substitution d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'adhérent peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat dans un délai de 12 mois maximum décompté à partir de la date de signature de son offre de prêt. Il devra pour ce faire, adresser à l'assureur sa demande de résiliation, par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution. La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet 10 jours après la réception par l'assureur ou son représentant de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet du nouveau contrat si cette date est postérieure.

## Article 26 – Autorité de contrôle

L'assureur et l'association contractante sont contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.



Allianz Vie  
Entreprise régie par le Code des assurances  
Société anonyme au capital de 643.054.425 €  
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex  
340 234 962 RCS Nanterre

[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)