

ASSURANCE DE PRET EMPRUNTUM

NOTICE D'INFORMATION

Ce Contrat est souscrit par :

VIVENS PREVENTIUM

Association à but non lucratif, relevant de la loi de 1901, dont le siège social est situé 235 cours Lafayette – 69006 Lyon,
ci-après dénommée le Souscripteur,

Auprès de QUATREM

Entreprise régie par le Code des Assurances
Société anonyme au capital de 380 426 249 euros
59-61 rue La Fayette 75009 Paris
RCS PARIS 412.367.724
ci-après dénommée l'Assureur,

Au profit:

- des adhérents de l'Association précitée répondant aux conditions du paragraphe 1.1..

Sommaire

PREAMBULE

LEXIQUE

1. ADHESION AU CONTRAT	9
1.1. CONDITIONS D'ADHESION ET D'ADMISSIBILITE AU CONTRAT	9
1.2. CHOIX DES GARANTIES	10
1.3. COMMENT L'ADHESION EST-ELLE ACCEPTEE ?	10
1.4. FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION AU CONTRAT	13
2. GARANTIES	18
2.1. DUREE DES GARANTIES	18
2.2. ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR	19
2.3. GARANTIES DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	19
2.4. GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE	22
2.5. GARANTIES INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ET PARTIELLE	25
2.6. OPTION TRANQUILLITE	29
2.7. GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE	30
2.8. CONTROLE MEDICAL ET ARBITRAGE	32
3. EXCLUSIONS	33
3.1. EXCLUSIONS APPLICABLES A TOUTES LES GARANTIES	33
3.2. EXCLUSIONS APPLICABLES A LA GARANTIE DECES	34
3.3. EXCLUSIONS PROPRES A LA GARANTIE PTIA	34
3.4. EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE ET INVALIDITE SPECIFIQUE	35
4. TERRITORIALITE	38
5. COTISATIONS	38
5.1.TAUX ET BASES DE CALCUL DES COTISATIONS	38
5.2.PAIEMENT DES COTISATIONS	38
5.3.DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	38
6. OPERATIONS DE CREDIT LIBELLEES EN FRANCS SUISSES	39
6.1.MONTANTS GARANTIS	39
6.2. MODALITES DE VERSEMENT DU RELIQUAT EVENTUEL	39

PREAMBULE

Aux fins d'encourager la couverture d'Opérations de crédit, VIVENS PREVENTIUM a souscrit auprès de QUATREM, au profit de ses adhérents, le Contrat d'assurance collective emprunteur à adhésion facultative **EMPRUNTUM** n°27264.

Le Contrat permet à l'emprunteur, au co-emprunteur ou à la Caution de s'assurer contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle. Il a pour objet de garantir, en cas de Sinistre, le paiement au Prêteur de tout ou partie des sommes dues par l'Assuré. Les Opérations de crédit couvertes sont précisées dans le lexique.

La présente Notice d'Information a pour objet de décrire le fonctionnement général du Contrat, notamment les garanties et les prestations.

Seules sont accordées les garanties mentionnées dans le Certificat d'Adhésion.

LEXIQUE

Accident

Toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré.

Ne sont donc pas notamment considérés comme des accidents au sens du Contrat : le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide, les maladies notamment les maladies aiguës ou chroniques. A titre d'exemple, la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des Maladies et non comme des Accidents.

Adhérent

Personne physique ou morale répondant aux critères d'adhésion (voir paragraphe 1.1. «Conditions d'adhésion et d'admissibilité au Contrat»), ayant souscrit un prêt ou Caution d'un prêt, qui accepte les termes du Contrat et paye les cotisations. Il doit également être membre de l'Association Vivens Preventium. L'Adhérent et l'Assuré peuvent être la même personne.

Adhésion

Il s'agit de l'Adhésion au Contrat d'assurance collective emprunteur à adhésion facultative **EMPRUNTUM** souscrit par Vivens Preventium auprès de Quatrem. Elle est conclue sur la base des déclarations faites par l'Adhérent et l'Assuré sur la Demande d'Adhésion et dans le cadre des Formalités Médicales et Financières. Son fonctionnement est régi par la Notice d'Information et le Certificat d'Adhésion.

Affection

Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).

Age de l'Assuré

L'âge de l'Assuré, notamment utilisé pour les formalités d'adhésion, la cessation des garanties et le calcul des cotisations, est l'âge réel (changement d'âge à la date d'anniversaire de l'Assuré).

Assuré

Personne physique admise à l'assurance sur laquelle repose le risque. **Si l'Assuré est Caution du prêt garanti, le droit aux prestations est subordonné à la mise en œuvre préalable du cautionnement suite à la défaillance de l'emprunteur.**

Bénéficiaire

Le bénéfice de l'assurance est attribué au Prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues. Le Prêteur accepte le bénéfice de l'assurance par la signature du Certificat d'Adhésion.

Capital Restant Dû

Capital emprunté non amorti à la date du décès ou de la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus à cette date.

Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des échéances de prêt ainsi que des intérêts de retard ou pénalités.

Caution

Personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'emprunteur ou le co-emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

Certificat d'Adhésion

Document contractuel confirmant l'Adhésion au Contrat et qui précise notamment les garanties accordées, la personne assurée, le montant des cotisations prévisionnelles et les conditions d'acceptation.

Conjoint collaborateur

Conjoint d'un dirigeant d'une société commerciale, artisanale ou libérale, qui exerce une activité professionnelle effective et régulière dans la société, ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité, n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du Code civil, et est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

Consolidation (Date de)

Date à compter de laquelle, l'état de santé de l'Assuré, médicalement reconnu, n'est plus susceptible d'amélioration compte tenu des connaissances scientifiques et médicales à cette date.

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

Dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé. Les dispositions de la Convention sont détaillées sur le site internet www.aeras-infos.fr.

Déchéance du terme

Sanction prononcée par le Prêteur suite à un ou plusieurs incidents de paiement et qui se traduit par une exigibilité immédiate de la dette contractée.

Demande d'Adhésion

Document permettant aux Proposants de formaliser leur demande d'adhésion ou d'admission en tant qu'Assuré au Contrat.

Espace sécurisé

Adresse Internet unique et sécurisée (par Assuré), à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe confidentiels, permettant à l'Assuré de :

- valider et signer sa Demande d'Adhésion,
- effectuer les Formalités Médicales et Financières,
- émettre le Certificat d'Adhésion.

Formalités Médicales et Financières

Ensemble des formalités médicales et financières que les Proposants doivent réaliser pour que l'Assureur puisse définir les conditions d'acceptation de l'Adhésion.

Franchise

Nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle au-delà duquel une indemnisation est possible. **Pendant cette période, aucune prestation n'est due.**

Fumeur / Non Fumeur

Est considérée comme Non Fumeur la personne n'ayant pas fumé de cigarette, y compris de cigarette électronique, de cigare ou pipe au cours des 24 mois précédant la date de la demande d'adhésion et n'ayant pas été contraint de cesser de fumer à la demande du corps médical.

Maladie

Toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Opération de crédit

Peuvent être couvertes les Opérations de crédit suivantes :

- **les prêts amortissables** dont les prêts à paliers avec lissage et les prêts de restructuration (liés à un regroupement de crédits ou à une renégociation de la durée ou des taux de crédit) :
 - pour les particuliers et les professionnels,
 - prêts immobiliers, mobiliers, personnels et les prêts à la consommation dont le montant est supérieur à 17 000 euros,
 - avec :
 - . une périodicité de remboursement mensuelle ou annuelle,
 - . des échéances de remboursement constantes ou non,
 - . un différé d'amortissement partiel ou total de 36 mois maximum ou sans différé,
 - . un taux d'intérêt fixe ou variable,
 - . une durée maximum de 30 ans, différé d'amortissement inclus,
 - . un déblocage total ou des déblocages successifs des fonds.
- **les prêts relais**, avec ou sans report d'intérêts, d'une durée limitée à 24 mois, dérogation possible jusqu'à 36 mois en cours de prêt.
- **les prêts «in fine»** dont les prêts de restructuration «in fine» (liés à un regroupement de crédits ou à une renégociation de la durée ou des taux de crédit) :
 - pour les particuliers et les professionnels,

- immobiliers, mobiliers,
- avec ou sans report d'intérêts,
- d'une durée maximum de 15 ans.

Prêteur

Organisme financier qui a consenti un emprunt et dont les coordonnées sont indiquées sur le Certificat d'Adhésion.

Proposant

Personne physique ou morale qui formule une demande d'adhésion ou d'admission en tant qu'Assuré au Contrat.

Quotité Assurée

Engagement de l'Assureur exprimé en pourcentage du Capital Restant Dû pour les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, en pourcentage de l'échéance du prêt pour les risques Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

La Quotité Assurée est choisie au moment de l'adhésion au Contrat. Elle doit être inférieure ou égale à 100% et identique pour toutes les garanties.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'une même Opération de crédit, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une Quotité Assurée de 100%.

Sinistre

Réalisation de l'événement couvert par l'Adhésion et susceptible d'entraîner la garantie de l'Assureur.

Vente à distance

Système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à et y compris la conclusion de l'Adhésion.

Vivens

235 cours Lafayette – 69006 Lyon

Société de courtage en assurances – SAS au capital de 252 050 € - RCS Lyon B 432 564 649 – APE 6622Z
Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conforme au Code des Assurances - Inscrit à l'ORIAS sous le numéro 07 005 896 – www.orias.fr

Soumis au contrôle de l'ACPR – 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 9 – www.acpr.banque-france.fr

Vivens exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L. 520-1-2 b du Code des Assurances. La liste des compagnies dont Vivens est partenaire peut être obtenue sur simple demande.

En cas de réclamation : Gestion Réclamations Vivens 235 cours Lafayette – 69451 Lyon Cedex 06 – gestionreclamation@vivens.fr. Accusé de réception de votre demande dans les 10 jours, traitement de réponse au plus tard sous 2 mois sauf nécessité de traitement particulier.

Chargé de la gestion des Adhésions au présent Contrat dans le cadre d'une convention spécifique de délégation de gestion signée avec l'Assureur.

1. Adhésion au Contrat

1.1. Conditions d'adhésion et d'admissibilité au Contrat

- L'Opération de crédit doit :
 - faire l'objet d'un acte rédigé en français,
 - être libellée en euros ou en francs suisses,
 - être consentie par un établissement de crédit français ou par une succursale française d'un établissement de crédit étranger ayant son siège dans un état membre de l'Union Européenne ou en Suisse.

- **L'Adhérent et l'Assuré** doivent avoir souscrit l'Opération de crédit garantie ou être Caution de cette opération.

Cette condition ne s'applique pas à l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne morale. Dans ce cas, l'Assuré doit avoir la qualité d'associé, de dirigeant de droit de l'entreprise adhérente ou de salarié de l'entreprise adhérente ayant un rôle déterminant dans le fonctionnement de celle-ci.

- **L'Adhérent**, lorsqu'il est une personne physique, et **l'Assuré** qui, au moment de l'adhésion, résident en France métropolitaine, à Monaco, en Polynésie, en Nouvelle-Calédonie ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe, peuvent pour toutes les Opérations de crédit visées par le Contrat souscrire toutes les garanties proposées.

Les personnes qui, au moment de l'adhésion, résident en Suisse ou dans l'Union Européenne, hormis les territoires cités précédemment, peuvent être assurées ou adhérer au Contrat à condition que l'Opération de crédit à garantir serve à financer l'acquisition de leur future résidence principale ou d'une résidence secondaire en France métropolitaine, à Monaco, en Polynésie, en Nouvelle-Calédonie ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe. Lorsque l'Opération de crédit sert à financer l'acquisition d'une résidence principale, toutes les garanties peuvent être souscrites. Lorsqu'elle sert à financer l'acquisition d'une résidence secondaire, seules les garanties Décès et PTIA peuvent être souscrites.

Lorsque l'Adhérent est une personne morale, il doit avoir son siège en France métropolitaine, à Monaco, en Polynésie, en Nouvelle-Calédonie ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe.

- Au moment de l'adhésion :
 - **L'Adhérent**, lorsqu'il est une personne physique et l'Assuré, doivent être âgés (âge exact) de 18 ans révolus et de moins de **75 ans**.
 - **L'Assuré** doit être âgé de moins de **65 ans** pour pouvoir bénéficier des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle.
- L'Adhérent et l'Assuré doivent signer la Demande d'Adhésion.

1.2. Choix des garanties

Les Proposants choisissent les garanties et la Quotité Assurée lors de la demande d'adhésion.

Les garanties acceptées par l'Assureur sont indiquées sur le Certificat d'Adhésion.

Le choix des garanties et des options est irrévocable. Seul leur montant peut être modifié en cours d'Adhésion dans les conditions définies au paragraphe 1.4.3. «Modification de l'Adhésion».

1.3. Comment l'Adhésion est-elle acceptée ?

1.3.1. Déclarations à l'adhésion

Les Proposants s'engagent à :

- fournir une justification de leur identité (carte d'identité ou passeport),
- compléter la Demande d'Adhésion,
- remplir les Formalités Médicales et Financières d'adhésion (voir paragraphe 1.3.2.),

avec exactitude et sincérité.

L'ensemble de ces informations est à fournir à Vivens.

1.3.2. Formalités Médicales et Financières

Les conditions d'acceptation de l'Adhésion dépendent de la situation financière de l'Adhérent et de l'Assuré, des montants garantis, de l'âge, de la Catégorie Professionnelle et de l'état de santé de l'Assuré.

A cet effet, l'Assuré remplit un questionnaire de santé simplifié et/ou un questionnaire de santé. Le cas échéant, l'Assureur peut demander que l'Assuré passe une visite médicale auprès du médecin de son choix et/ou exiger des examens médicaux et des pièces complémentaires nécessaires au traitement de la demande d'adhésion.

Déclaration Fumeur / Non Fumeur

Des tarifs différents sont appliqués pour les Fumeurs et les Non Fumeurs. Dans l'hypothèse où l'Adhérent souhaite bénéficier du tarif non-fumeur, l'Assuré est tenu de satisfaire à la déclaration figurant sur la Demande d'Adhésion. Selon le montant des garanties, un test de cotinine peut également être demandé.

L'Assureur rembourse sur la base des tarifs conventionnés et sur présentation des factures originales, les frais et honoraires résultant des formalités d'adhésion qu'il a demandées, dans les cas suivants :

- si l'Adhésion est effective,
- si l'Adhésion est refusée par l'Assureur,
- si l'Adhésion est proposée sous conditions particulières (majoration de cotisation, restrictions de garanties) par l'Assureur et que celles-ci sont refusées par les Proposants.

1.3.3. Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

L'Assuré présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion et ne pouvant être garanti dans le cadre de la tarification standard du présent Contrat, peut bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'Assureur.

Le traitement de la demande d'adhésion au Contrat d'assurance de prêt pour l'Assuré présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS s'articule de la manière suivante autour d'un dispositif à trois niveaux :

Niveau 1 : la demande d'adhésion est analysée dans le cadre de la tarification du Contrat. Si l'Assuré ne peut être garanti dans ce cadre, la demande d'adhésion est systématiquement examinée individuellement, conformément au niveau 2 de la Convention AERAS.

Niveau 2 : une proposition tarifaire personnalisée est adressée au demandeur sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ce dossier (questionnaire médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas de refus au niveau 2 d'un dossier éligible au niveau 3, celui-ci est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés (niveau 3).

Niveau 3 : le dossier de demande d'assurance de prêt est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés et dans le cadre du respect des dispositions de confidentialité prévues sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- pour les prêts professionnels et immobiliers (autres que la résidence principale) : encours cumulés de prêts d'au plus 320 000 euros et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt,
- pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêt d'au plus 320 000 euros (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

La Convention AERAS prévoit également pour le Proposant un « Droit à l'oubli » dont les conditions d'application sont rappelées au moment de la sélection médicale.

Toutes les informations concernant la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

1.3.4. Emission du Certificat d'Adhésion

Après examen des pièces médicales et financières, l'Assureur peut :

- accepter la demande d'adhésion aux conditions normales,
- accepter la demande d'adhésion moyennant une cotisation majorée et/ou des restrictions de garanties (refus de certaines garanties ou exclusion de la couverture des suites et conséquences de certaines pathologies),
- refuser la demande d'adhésion.

En cas d'accord de l'Assureur assorti d'une majoration de la cotisation et/ou de restrictions de garanties, une lettre de notification qui précise les conditions particulières d'acceptation est adressée à la personne à assurer. L'émission du Certificat d'Adhésion est subordonnée à la réception de la lettre de notification dûment datée et signée par la personne à assurer.

Les conditions d'acceptation de l'Assureur sont mentionnées au Certificat d'Adhésion.

Le Certificat d'Adhésion est émis lorsque les Proposants et l'Assureur sont d'accord sur les conditions de l'opération d'assurance et après validation par l'Assuré de ces conditions dans son Espace sécurisé.

La validation par l'Assuré des conditions de l'opération d'assurance dans son Espace sécurisé doit intervenir dans les 4 mois qui suivent la notification par l'Assureur de ces conditions. Ce délai court à partir de la signature de la Demande d'Adhésion si l'Adhésion est acceptée aux conditions normales, sinon à compter de la date d'envoi de la lettre de notification. S'il n'est pas respecté, le processus d'acceptation de l'Adhésion est interrompu et la personne à assurer doit se soumettre à de nouvelles Formalités Médicales et Financières.

De même, l'Assureur se réserve le droit de renouveler les Formalités Médicales et Financières si l'offre de prêt n'est pas signée dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'Adhésion et si le premier déblocage de fonds n'intervient pas dans les 12 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt.

1.3.5. Garantie Décès Accidentel pendant l'accomplissement des Formalités Médicales et Financières

Dès réception de la Demande d'Adhésion par Vivens, la personne à assurer bénéficiera d'une couverture contre le risque de Décès consécutif à un Accident. Cette couverture prendra fin à la date de validation des conditions d'assurance par l'Assuré dans son Espace sécurisé ou à la date d'envoi de la lettre de notification de refus de l'Adhésion et au plus tard **60 jours** après la date de réception de la Demande d'Adhésion par Vivens.

Cette garantie est accordée pour le montant du capital assuré, dans la limite de **300 000 euros** et sous réserve des exclusions énoncées au chapitre 3. «Exclusions».

1.3.6. Incontestabilité

Les déclarations des Assurés servent de base à l'Adhésion qui est incontestable dès qu'elle a pris effet sauf en cas de fausse déclaration intentionnelle en application de l'article L. 113-8 du Code des Assurances, ou de fausse déclaration non intentionnelle en application de l'article L. 113-9 du même code, ou d'erreur sur l'âge telle que définie à l'article L. 132-26 du même code :

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 primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »

Article L. 113-9 du Code des Assurances

Une déclaration inexacte non intentionnelle entraîne l'application de la règle proportionnelle, ceci en vertu de l'article L. 113-9 du Code des Assurances qui stipule que : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout Sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

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

Article L. 132-26 du Code des Assurances

« L'erreur sur l'âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'Assureur.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. ».

1.4. Fonctionnement de l'Adhésion au Contrat

1.4.1. Prise d'effet de l'Adhésion au Contrat

L'Adhésion prend effet à la date de validation par l'Assuré des conditions de l'opération d'assurance dans son Espace sécurisé.

1.4.2. Durée de l'Adhésion au Contrat

L'Adhésion est conclue pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an.

1.4.3. Modification de l'Adhésion

L'Adhérent est tenu d'informer Vivens par lettre recommandée avec avis de réception de toute modification du tableau d'amortissement dans un délai de 60 jours à compter de la date de prise d'effet de cette modification.

Pour les prêts à taux d'intérêt variable, l'Adhérent doit, dans le même délai, informer l'Assureur de la modification du tableau d'amortissement résultant d'une variation du taux d'intérêt.

Il doit, dans les mêmes conditions, signaler à Vivens toute modification des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement qui ne relève pas du fonctionnement initialement prévu de l'Opération de crédit.

L'Adhérent est autorisé à demander une modification de la Quotité Assurée.

En cas de diminution de la Quotité Assurée, l'Adhérent devra envoyer à Vivens un accord écrit du Prêteur.

En cas d'augmentation de la Quotité Assurée ou du risque couvert suite à une modification des caractéristiques de l'Opération de crédit qui ne relève pas du fonctionnement initialement prévu, l'Assureur se réserve le droit de renouveler les Formalités Médicales et Financières dans les conditions prévues au paragraphe 1.3.2., sauf dans le cas où l'augmentation de la Quotité Assurée est demandée dans le cadre d'une désolidarisation de l'emprunteur et du co-emprunteur suite à une séparation ou un divorce et que l'Assuré conserve la qualité d'emprunteur unique après accord du Prêteur.

En cas de demande d'augmentation de la Quotité Assurée, l'Assureur peut refuser la modification ou revoir les conditions d'acceptation et/ou le tarif. L'Assureur et l'Adhérent, sous réserve de l'accord du Prêteur, ont la possibilité de résilier l'Adhésion à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la notification du refus ou de la nouvelle proposition de l'Assureur. Dans ce cas, la résiliation doit être signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle prendra effet à l'échéance de cotisation qui suit sa notification. A défaut de résiliation ou si l'Adhérent n'a pas accepté la nouvelle proposition ou l'a expressément refusée dans le même délai de 30 jours, l'Adhésion est maintenue aux conditions antérieures sans modification des garanties et des conditions d'acceptation.

En cas d'aggravation du risque couvert suite à une modification des caractéristiques de l'Opération de crédit et conformément à l'article L. 113-4 du Code des Assurances, l'Assureur peut dénoncer l'Adhésion ou proposer de nouvelles conditions d'acceptation et/ou une hausse du tarif. Dans le premier cas, la résiliation prendra effet 10 jours après sa notification et donnera lieu au remboursement de la part de cotisation relative à la période non couverte. Dans le second cas, si l'Adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou s'il la refuse expressément dans le délai de 30 jours à compter de la proposition, l'Assureur pourra résilier l'Adhésion au terme de ce délai.

Un avenant qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, les nouveaux montants assurés et les cotisations prévisionnelles correspondantes est émis :

- d'office lorsque la modification demandée est acceptée par l'Assureur sans nouvelles restrictions de garanties et à un tarif équivalent au tarif initial,
- après acceptation par l'Adhérent des restrictions de garanties ou de la hausse du tarif proposées par l'Assureur.

Jusqu'à émission de cet avenant et sauf cas de résiliation de l'Adhésion, les garanties continueront de s'appliquer dans les conditions initialement prévues.

L'Adhérent doit informer Vivens de tout changement de domicile, d'adresse postale et/ou électronique. A défaut, les courriers envoyés à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

1.4.4. Cessation de l'Adhésion au Contrat

L'Adhésion cesse:

- en cas de cessation ou de non réalisation de l'Opération de crédit,
- à l'échéance finale prévue à l'origine de l'Opération de crédit concernée sauf accord de l'Assureur sur la modification de la durée,
- à la date à laquelle le paiement du solde du prêt devient exigible au profit du Prêteur en application du contrat de prêt,
- en cas de résiliation du prêt pour Déchéance du terme prononcée par le Prêteur,
- le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé, de dirigeant de droit de l'entreprise adhérente ou de salarié de l'entreprise adhérente ayant un rôle déterminant dans le fonctionnement de celle-ci,
- au décès de l'Assuré,
- à la date à laquelle cessent les engagements de l'emprunteur envers le Prêteur c'est-à-dire :
 - au remboursement total et définitif de l'Opération de crédit concernée que ce remboursement intervienne à l'échéance finale prévue à l'origine ou par anticipation,
 - à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par l'Assureur,
- au terme prévu de la garantie Décès comme défini au paragraphe 2.1.3. «Fin des garanties»,
- au 31 décembre qui suit la demande de résiliation de l'Adhésion par l'Adhérent. L'Adhérent peut demander la résiliation de son Adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur avant le 31 octobre de l'exercice concerné et après accord du Prêteur.
- en cas de résiliation de l'Adhésion par l'Adhérent dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt. Cette faculté ne s'applique qu'aux prêts immobiliers à caractère non professionnel. La demande de résiliation doit être adressée à l'Assureur par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée. L'Adhérent doit également notifier à l'Assureur par lettre recommandée la décision du Prêteur, visée à l'article L. 312-9 du Code de la Consommation, d'accepter ou de refuser l'assurance de substitution en précisant, le cas échéant, la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution. En cas d'acceptation par le Prêteur, la résiliation de l'Adhésion prend effet dix jours après la réception par l'Assureur de la décision du Prêteur ou à la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus par le Prêteur, l'Adhésion n'est pas résiliée.
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de résiliation du Contrat par Vivens Preventium ou Quatrem. Dans ce cas, les garanties accordées demeureront acquises à l'Assuré dans les mêmes conditions que celles prévues par le présent Contrat.

1.4.5. Prescription

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 fausse 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, notwithstanding 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 (reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code Civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code Civil)) 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. »

1.4.6. Réclamation/Médiation

Lorsque l'Adhérent ou l'Assuré souhaite obtenir des précisions, son interlocuteur habituel de Vivens est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas à l'attente de l'Adhérent ou de l'Assuré, celui-ci peut formuler toute réclamation au sujet de l'Adhésion ou de son exécution auprès du Pôle Réclamations du Service Clients de QUATREM qui l'aidera à rechercher une solution.

Le Pôle Réclamations du Service Clients peut être contacté à l'adresse suivante :

- Pôle Réclamations du Service Clients de QUATREM
59-61 rue La Fayette - BP 460-09 - 75423 Paris Cedex 09

ou

- par un courrier électronique adressé à : « reclamations@quatrem.fr ».

Si un accord n'est pas ainsi trouvé, il pourra demander un avis au médiateur. Le médiateur, personnalité extérieure à QUATREM, rend son avis en toute indépendance.

Les modalités de saisine du médiateur sont adressées sur simple demande auprès du Pôle Réclamations du Service Clients dont les coordonnées sont indiquées ci-dessus.

En cas de difficultés liées au fonctionnement ou au non-respect des dispositions de la Convention AERAS, l'Assuré pourra s'adresser à la Commission de Médiation – 61 rue Taitbout, 75009 Paris, qui l'aidera à rechercher une solution amiable du dossier.

1.4.7. Renonciation

Cette faculté ne s'applique pas aux prêts professionnels.

- **En cas de Vente à distance**, conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des Assurances, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion sous réserve de l'accord du Prêteur dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la prise d'effet de l'Adhésion. Quatrem porte ce délai de renonciation de quatorze jours calendaires à 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet de l'Adhésion.
- **Dans les autres cas**, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à l'Adhésion sous réserve de l'accord du Prêteur dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet de l'Adhésion.

Dans tous les cas, l'Adhérent doit signifier la renonciation à Vivens par lettre recommandée avec accusé de réception.

La part des cotisations versées, hors frais d'association, correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'Adhésion au Contrat et les garanties prennent fin.

Modèle de lettre de renonciation à envoyer en recommandé avec accusé de réception au Service Clients de Vivens – 235 cours Lafayette – 69006 Lyon

" Je soussigné(e) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat EMPRUNTIUM n° 27264 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte.

Le Signature "

1.4.8. Loi « Informatique et Libertés »

Les données communiquées dans le cadre de cette Notice d'Information sont destinées à Vivens, responsable de traitement intervenant pour le compte de l'Assureur, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'Adhésion au Contrat d'assurance. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au Contrat d'assurance. Les informations qui sont demandées à l'Adhérent et à l'Assuré, ainsi que celles qui sont produites à l'occasion de la gestion et de la conclusion de l'Adhésion au Contrat d'assurance, sont nécessaires pour prendre en compte leur situation. Les questionnaires qui leur sont soumis doivent être complétés, datés et signés, et transmis sous enveloppe, ou selon la procédure de confidentialité qui leur est proposée, à VIVENS - Service Adhésion, 235 cours Lafayette, 69006 Lyon. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du médecin conseil. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, l'Adhérent et l'Assuré bénéficient d'un droit d'accès et de rectification et, le cas échéant, de suppression aux informations les concernant à titre personnel, et peuvent, pour des motifs légitimes, s'opposer à leur traitement. Toute demande doit être adressée à VIVENS - Service Adhésion, 235 cours Lafayette, 69006 Lyon. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du médecin conseil.

L'Adhésion pourra être déclarée nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'Assureur (article L. 113-8 du Code des Assurances). En cas d'omission ou de déclaration inexacte, l'Adhésion pourra être résiliée ou maintenue moyennant augmentation de la cotisation, les Sinistres survenus antérieurement faisant l'objet d'une prise en charge réduite (article L. 113-9 du Code des Assurances).

1.4.9. Autorité de Contrôle

EMPRUNTIUM est un contrat régi par les articles L. 141-1 et suivants du Code des Assurances. Les risques sont garantis par QUATREM, société anonyme au capital de 380 426 249 euros - 59-61 rue La Fayette – 75009 Paris – RCS PARIS 412.367.724, entreprise régie par le Code des Assurances et contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

2. Garanties

2.1. Durée des garanties

2.1.1. Début des garanties

Dès lors que l'Adhésion a pris effet et **sous réserve du paiement par l'Adhérent de la première cotisation**, les garanties prennent effet :

- **En cas de Vente à distance**, à la date de la signature de l'offre de prêt ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu au paragraphe 1.4.7. «Renonciation» qui court à compter de la date d'effet de l'Adhésion.
Les garanties peuvent prendre effet à la date de la signature de l'offre de prêt ou de l'acte de cautionnement lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation à condition que l'Adhérent donne son accord écrit à Vivens pour la mise en œuvre des garanties.
Les garanties ne peuvent en aucun cas prendre effet avant la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat d'Adhésion.
Ces dispositions propres à la Vente à distance ne s'appliquent pas aux prêts professionnels.
- **Dans les autres cas**, à la date de la signature de l'offre de prêt ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt à la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat d'Adhésion.
Cette disposition s'applique notamment aux prêts professionnels que le Contrat d'assurance soit vendu à distance ou non.

En cas de refus du prêt par le Prêteur, les cotisations afférentes à la couverture de l'Opération de crédit et éventuellement perçues lors de l'adhésion sont intégralement remboursées à l'exception des frais d'association (frais dont le montant est indiqué sur la Demande d'Adhésion). L'Adhésion au Contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet pour cette Opération de crédit.

2.1.2. Maintien des conditions d'acceptation

A compter de la prise d'effet de l'Adhésion, l'Assureur s'engage, sous réserve :

- des dispositions prévues aux paragraphes 1.4.3. «Modification de l'Adhésion» et 5.1. «Taux et bases de calcul des cotisations»,
- d'une extension des garanties accordée en cours d'Adhésion comme prévue au point 6 «Sports aériens» du paragraphe 3.1. «Exclusions applicables à toutes les garanties» et au point 9 «Activités sportives» du paragraphe 3.4. «Exclusions propres aux garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Spécifique»,
- du paiement régulier des cotisations conformément à l'échéancier prévu,
- que l'offre de prêt soit signée dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'Adhésion et que le premier déblocage de fonds intervienne dans les 12 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt,

à maintenir les conditions d'acceptation et de tarif notifiées sur le Certificat d'Adhésion pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle tant que les garanties seront en vigueur et que les conditions prévues au paragraphe 1.1. «Conditions d'adhésion et d'admissibilité au Contrat» restent remplies.

2.1.3. Fin des garanties

D'une façon générale, les garanties prennent fin avec l'Adhésion tel que prévu au paragraphe 1.4.4. «Cessation de l'Adhésion au Contrat».

Il est précisé que la garantie Décès cesse au 75^{ème} anniversaire de l'Assuré ou au 85^{ème} anniversaire de l'Assuré si l'option Senior est souscrite.

Pour ce qui concerne les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle, celles-ci cessent également le jour de la liquidation normale ou anticipée au profit de l'Assuré d'une pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif et au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

La Garantie Invalidité Spécifique cesse à la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

2.2. Engagement maximal de l'Assureur

L'engagement de l'Assureur est limité, sauf dérogation accordée lors de l'adhésion au Contrat :

- pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à :
 - 10 000 000 d'euros par Assuré pour les prêts amortissables autres que les prêts de restructuration,
 - 3 000 000 d'euros par Assuré pour les prêts de restructuration amortissables,
 - 1 500 000 d'euros par Assuré pour les prêts relais et les prêts «in fine».Les sommes payées pour l'ensemble des Opérations de crédit garanties au titre du Contrat Empruntium ne sauraient en aucun cas excéder 10 000 000 d'euros par Assuré.
- pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle à 10 500 euros par mois et par Assuré pour l'ensemble des Opérations de crédit garanties au titre du Contrat Empruntium.

Les plafonds spécifiques à la garantie Décès Accidentel accordée pendant l'accomplissement des Formalités Médicales et Financières et à l'option Tranquillité sont respectivement précisés aux paragraphes 1.3.5. et 2.6..

2.3. Garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

2.3.1. Objet des garanties Décès et PTIA

Les garanties ont pour objet le service de prestations en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré **suite à Maladie ou Accident**.

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après consolidation de son état de santé, est reconnu par un médecin désigné par l'Assureur, comme étant totalement et définitivement incapable de se livrer à un quelconque travail ou occupation lui procurant gain ou profit (Assuré présentant un taux d'invalidité égal à 100%). En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer).

2.3.2. Prestations en cas de Décès ou de PTIA

En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, l'Assureur verse au Prêteur le Capital Restant Dû multiplié par la Quotité Assurée.

Le montant du Capital Restant Dû est déterminé à la date du décès ou le jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur.

Il ne peut être supérieur au montant assuré tel que prévu dans le Certificat d'Adhésion en vigueur ou le dernier avenant entériné par l'Assureur. S'il est inférieur au montant assuré, les cotisations trop perçues sont remboursées par l'Assureur à compter de la date de modification du tableau d'amortissement dans la limite du délai de prescription tel que défini au paragraphe 1.4.5..

Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des échéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou pénalités.

L'Assureur règle les sommes dues en euros.

Les garanties Décès et PTIA jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par le Prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

Le versement du Capital Restant Dû met fin à l'Adhésion au Contrat et aux garanties.

Cas particuliers

- **Décès intervenant avant le déblocage des fonds mais postérieurement à la signature de l'offre de prêt.**

Sous réserve du paiement des cotisations d'assurance, en cas de décès de l'Assuré avant que les fonds ne soient débloqués (totalement ou partiellement) mais postérieurement d'une part à la prise d'effet de l'Adhésion et d'autre part à la signature de l'offre de prêt, l'Adhésion au Contrat produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure.

- **Prêts à déblocages successifs**

Pour les prêts à déblocages successifs des fonds, les prestations versées au Prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du décès. Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues au Prêteur au jour du décès est, le cas échéant, versé au Prêteur au fur et à mesure des déblocages successifs des fonds, dans la mesure où l'Opération de crédit se poursuit sur décision du co-emprunteur ou des héritiers de l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique, de l'Adhérent lorsque celui-ci est une personne morale.

Préalable requis avant toute indemnisation en cas de PTIA

Avant toute rencontre avec le médecin désigné par l'Assureur, si au jour du Sinistre :

- **l'Assuré est salarié et assujetti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé, il doit être :**
 - reconnu atteint d'une invalidité permanente d'un taux égal à 100% par la Sécurité sociale, avec en outre, majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer), s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
 - classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3^{ème} catégorie dans les autres cas.

- **L'Assuré est non salarié ou non assujetti à la Sécurité sociale**, il doit :
 - s'il est affilié à un organisme social, être reconnu par cet organisme en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - s'il n'est pas affilié à un organisme social, faire établir un certificat médical attestant qu'il est atteint d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

Option Senior

La garantie Décès cesse au 75^{ème} anniversaire de l'Assuré. Si l'option Senior est souscrite, la durée de la garantie Décès est prolongée jusqu'au 85^{ème} anniversaire de l'Assuré.

2.3.3. Pièces à fournir en cas de Décès ou de PTIA

Les pièces sont à envoyer, sous pli confidentiel, le plus rapidement possible et dans les délais contractuellement prévus (voir paragraphe 1.4.5. «Prescription») à :

Vivens
A l'attention du médecin conseil
235 cours Lafayette – 69006 Lyon

Les pièces à fournir sont :

En cas de décès

- le Certificat d'Adhésion en vigueur et les avenants éventuels,
- le tableau d'amortissement du prêt arrêté à la date du décès,
- une copie du contrat de prêt,
- un acte intégral de décès de l'Assuré,
- le certificat médical fourni par Vivens complété par le médecin traitant de l'Assuré,
- si le décès est accidentel, le procès-verbal de gendarmerie ou de police ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

- le Certificat d'Adhésion en vigueur et les avenants éventuels,
- le tableau d'amortissement du prêt arrêté à la date de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur,
- une copie du contrat de prêt,
- le certificat médical fourni par Vivens complété par le médecin traitant de l'Assuré,
- si la PTIA est d'origine accidentelle, le procès-verbal de gendarmerie ou de police ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le Sinistre,
- s'agissant d'un Assuré assujetti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie ou d'une rente d'invalidité dont le taux est égal à 100% avec majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie,
- s'agissant d'un Assuré non assujetti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant.

Dans tous les cas, l'Assureur peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'appréciation du Sinistre.

2.4. Garantie Incapacité Temporaire Totale

Cette garantie est optionnelle. Elle est obligatoirement associée à la garantie Invalidité Permanente Totale et ne peut être souscrite qu'en complément des garanties Décès et PTIA.

La garantie Incapacité Temporaire Totale est réservée aux personnes exerçant une activité professionnelle rémunérée lors de la demande d'adhésion.

Elle ne peut être souscrite pour les prêts relais, les prêts «in fine» avec report d'intérêts et les prêts de restructuration consentis dans le cas d'une procédure de surendettement.

2.4.1. Objet de la garantie Incapacité Temporaire Totale

La garantie a pour objet le service de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré **suite à Maladie ou Accident**.

Est considéré, par l'Assureur, en Incapacité Temporaire Totale :

- **l'Assuré exerçant une activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre**, s'il est temporairement dans l'impossibilité totale et continue, médicalement justifiée, d'exercer son activité professionnelle.
 - **l'Assuré n'exerçant plus une activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre**, s'il est temporairement contraint d'observer sur prescription médicale un repos complet et continu, à son domicile ou dans un établissement de soin, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment les travaux domestiques et la gestion des affaires personnelles et familiales).
- L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente.
L'Assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.
Il est précisé que les pré-retraités et les Conjoint collaborateurs entrent dans cette catégorie d'Assurés.

2.4.2. Prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré, l'Assureur verse au Bénéficiaire les échéances du prêt restant à échoir à compter de l'expiration du délai de Franchise indiqué sur le Certificat d'Adhésion multipliées par la Quotité Assurée.

Cas particulier des affections psychiatriques et des affections du dos lorsque l'option Tranquillité n'est pas souscrite : pour les affections psychiatriques et les affections du dos couvertes conformément aux points 7.1 et 7.2 du paragraphe 3.4. «Exclusions propres aux garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Spécifique», la prise en charge des prestations débute à l'expiration du délai de Franchise et au plus tôt le premier jour d'hospitalisation.

L'Assureur règle les sommes dues en euros.

Les prestations ne peuvent être supérieures aux montants garantis à la date de survenance de l'Incapacité Temporaire Totale tels que prévus dans le Certificat d'Adhésion ou l'avenant en vigueur à cette date.

Les prestations sont versées en fonction de la périodicité de remboursement des échéances du prêt au prorata des jours d'Incapacité Temporaire Totale indemnisés.

Pendant le différé d'amortissement des prêts amortissables lorsque celui-ci est partiel et pour les prêts «in fine» sans report d'intérêts, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt. Le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

Pour les prêts amortissables avec différé d'amortissement total, aucune prestation n'est due pendant le différé d'amortissement.

L'ouverture du droit à prestation n'interrompt pas l'obligation de l'Adhérent de payer les cotisations.

Les retards de paiement d'échéances de prêt ainsi que les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur ne sont en aucun cas pris en charge.

La garantie Incapacité Temporaire Totale joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis plus de 6 mois par le Prêteur par suite de défaillance du cautionné, et tant que la Caution reste appelée en garantie.

2.4.3. Reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique

En cas de reprise à temps partiel d'une activité professionnelle rémunérée pour motif thérapeutique dans le cadre des articles L. 323-3 et L. 433-1 du Code de la Sécurité Sociale et sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, l'Assureur verse des prestations réduites au prorata du temps de travail effectif avec une prise en charge minimale de 50% sur une durée de 90 jours de prestations. La prise en charge des prestations se poursuit sauf dérogation de la Sécurité sociale et après accord du médecin désigné par l'Assureur. En tout état de causes, le versement des prestations s'arrête au plus tard au 1095^{ème} jour suivant la date de survenance du Sinistre.

2.4.4. Rechute

Lorsque l'Assuré reprend une activité après un Sinistre lui ayant ouvert droit à indemnisation et qu'il subit une nouvelle incapacité du fait de la même affection dans les 90 jours, la période indemnisée et celle consécutive à ladite rechute sont considérées comme une seule et même période. Aucun délai de Franchise n'est de nouveau appliqué. Si la rechute intervient au-delà des 90 jours, et sous réserve que l'Adhésion soit toujours en cours, elle est considérée comme un nouveau Sinistre. Dans ce cas, un nouveau délai de Franchise s'applique.

2.4.5. Cessation des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale

Le versement des prestations se poursuit tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale sans pouvoir excéder la date de fin de garantie (voir paragraphe 2.1.3. «Fin des garanties»).

Le versement cesse également :

- **à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale par le médecin désigné par l'Assureur,**
- **en cas de reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle quelconque (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique),**
- **pour l'Assuré n'ayant plus d'activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre, lorsqu'il n'est plus contraint d'observer sur prescription médicale un repos complet et continu, à son domicile ou dans un établissement de soin, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment les travaux domestiques et la gestion des affaires personnelles et familiales).**

- le jour où l'Assuré est reconnu par l'Assureur en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou atteint d'une invalidité quelle qu'elle soit,
- pendant la période de congé légal de maternité,
- si l'Assuré ne suit pas le traitement médical prescrit et ne se soumet pas au repos nécessaire à son rétablissement,
- en cas de non renouvellement des pièces justificatives (les prestations sont considérées comme prenant fin à la date figurant sur le dernier justificatif ou avis de prolongation transmis à Vivens),
- en cas de situation rendant impossible pour l'Assureur l'exercice du contrôle médical (par exemple en cas de changement d'adresse non notifié à l'Assureur),
- en cas de refus de l'Assuré à se soumettre au contrôle médical de l'Assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure),
- au plus tard au 1095^{ème} jour suivant le 1^{er} jour d'Incapacité Temporaire Totale.

2.4.6. Délai de déclaration

L'Assuré dispose, sauf cas de force majeure, d'un délai de 15 jours à compter de l'expiration du délai de Franchise indiqué sur le Certificat d'Adhésion pour déclarer le Sinistre à l'Assureur et lui fournir les pièces justificatives. Il en est de même pour les prolongations d'Incapacité Temporaire Totale et ce à compter de la date de prolongation.

Passé ce délai et conformément à l'article L. 113-2 du Code des Assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces justificatives.

2.4.7. Pièces à fournir en cas d'Incapacité Temporaire Totale

Les pièces sont à envoyer, sous pli confidentiel, le plus rapidement possible et dans les délais contractuellement prévus (voir paragraphes 1.4.5. «Prescription» et 2.4.6. «Délai de déclaration») à :

Vivens
à l'attention du médecin conseil
235 cours Lafayette – 69006 Lyon

Les pièces à fournir sont :

- la copie du Certificat d'Adhésion en vigueur et des avenants éventuels,
- le tableau d'amortissement du prêt arrêté à la date de survenance de l'Incapacité Temporaire Totale et, pour les prêts à taux variable, les tableaux d'amortissement émis périodiquement,
- une copie du contrat de prêt,
- une copie de l'avis d'arrêt de travail délivré par le médecin traitant de l'Assuré ou, si l'Assuré n'exerce plus une activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre, un certificat médical de son médecin traitant attestant que l'état de santé de l'Assuré le contraint à observer sur prescription médicale un repos complet et continu, à son domicile ou dans un établissement de soin, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment les travaux domestiques et la gestion des affaires personnelles et familiales),
- le certificat médical fourni par Vivens complété par l'Assuré et son médecin traitant,
- en cas d'Accident, le procès-verbal de gendarmerie ou de police ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le Sinistre,
- si l'Assuré est assujéti à la Sécurité sociale, à un organisme assimilé ou à un autre organisme social, les décomptes de règlement des indemnités journalières,

- en cas d'hospitalisation, le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée, la date et l'heure de sortie et le nombre de forfaits hospitaliers facturés,
- dans le cas de prolongation de l'Incapacité Temporaire Totale, les copies des certificats médicaux correspondants ou le cas échéant, un certificat médical de reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique.

Dans tous les cas, l'Assureur peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'appréciation du Sinistre.

2.5. Garanties Invalidité Permanente Totale et Partielle

Ces garanties sont optionnelles. Elles sont obligatoirement associées aux garanties Décès, PTIA et Incapacité Temporaire Totale. La garantie Invalidité Permanente Partielle ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente Totale.

Les garanties Invalidité Permanente Totale et Partielle sont réservées aux personnes exerçant une activité professionnelle rémunérée lors de la demande d'adhésion.

Elles ne peuvent être souscrites pour les prêts relais, les prêts «in fine» avec report d'intérêts et les prêts de restructuration consentis dans le cas d'une procédure de surendettement.

2.5.1. Objet des garanties Invalidité Permanente Totale et Partielle

Les garanties ont pour objet le service de prestations en cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'Assuré **suite à Maladie ou Accident.**

- Est considéré en **Invalidité Permanente Totale**, l'Assuré qui, après consolidation de son état, présente un **taux d'Invalidité Permanente**, déterminé conformément au paragraphe 2.5.3., **supérieur ou égal à 66% et se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer sa profession** lorsqu'il exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre qui est à l'origine de l'invalidité.
- Est considéré en **Invalidité Permanente Partielle**, l'Assuré qui, après consolidation de son état, présente un **taux d'Invalidité Permanente**, déterminé conformément au paragraphe 2.5.3., **supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66% et se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer sa profession** lorsqu'il exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre qui est à l'origine de l'invalidité.

La consolidation de l'état de l'Assuré doit être constatée par un médecin désigné par l'Assureur.

2.5.2. Préalable requis avant toute indemnisation au titre de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Avant toute rencontre avec le médecin désigné par l'Assureur, si au jour du Sinistre à l'origine de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

- **L'Assuré est salarié et assujetti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé**, il doit être :
 - reconnu par la Sécurité sociale comme étant atteint d'une invalidité permanente avec un taux au moins égal à 66% pour une Invalidité Permanente Totale, compris entre 33% et 66% pour une Invalidité Permanente Partielle, s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
 - être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 1^{ère} ou 2^{ème} catégorie dans les autres cas.
- **L'Assuré est non salarié ou non assujetti à la Sécurité sociale**, il doit :
 - s'il est affilié à un organisme social, être reconnu par cet organisme en état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle,
 - s'il n'est pas affilié à un organisme social, faire établir un certificat médical attestant qu'il est atteint d'une Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

Il est précisé que les pièces émanant de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ou de tout autre organisme professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'invalidité.

2.5.3. Détermination du taux d'Invalidité Permanente

- **Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre à l'origine de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle**

Le taux d'Invalidité Permanente est déterminé en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle.

Après constatation de la consolidation de l'état de l'Assuré par le médecin désigné par l'Assureur, celui-ci apprécie les taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle au moyen d'une expertise médicale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi de 0 à 100 % d'après le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour de la constatation de la consolidation de l'état de l'Assuré quelle que soit la profession de l'Assuré.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié de 0 à 100 % par rapport à l'activité professionnelle exercée en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité, des possibilités d'exercice restantes et des possibilités de reclassement correspondant au niveau de formation et d'expérience professionnelle de l'Assuré.

Le tableau figurant ci-après, indiquant les divers degrés d'invalidité tant fonctionnelle que professionnelle, est un extrait de celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC).

Taux d'Invalidité Permanente	Taux d'invalidité fonctionnelle								
Taux d'invalidité professionnelle	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%	16%	21%	25%	29%	33%	37%	40%	43%	46%
20%	20%	26%	32%	37%	42%	46%	50%	55%	58%
30%	23%	30%	36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40%	25%	33%	40%	46%	52%	58%	63%	69%	74%
50%	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60%	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70%	30%	40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80%	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

Par exemple, pour un taux d'invalidité fonctionnelle de 70% et un taux d'invalidité professionnelle de 50%, le taux d'Invalidité Permanente est de 63%.

➤ **Si l'Assuré n'exerce pas une activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre à l'origine de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle**

Le taux d'Invalidité Permanente est fixé par le médecin désigné par l'Assureur en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

Il est précisé que les pré-retraités et les Conjoints collaborateurs entrent dans cette catégorie d'Assurés.

2.5.4. Prestations en cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'Assuré, l'Assureur prend en charge les échéances du prêt restant à échoir à compter de la date de consolidation de l'Invalidité Permanente comme précisé ci-après.

La prise en charge des prestations ne peut cependant débuter avant l'expiration du délai de Franchise qui s'apprécie au regard des jours d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente résultant d'un même Sinistre.

Cas particulier des affections psychiatriques et des affections du dos lorsque l'option Tranquillité n'est pas souscrite : pour les affections psychiatriques et les affections du dos couvertes conformément aux points 7.1 et 7.2 du paragraphe 3.4. «Exclusions propres aux garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Spécifique», la prise en charge des prestations est repoussée au premier jour d'hospitalisation si la première hospitalisation ouvrant droit à garantie débute après la consolidation de l'invalidité et sous réserve de l'expiration du délai de Franchise.

Pour un Assuré atteint d'un taux d'Invalidité Permanente N, le montant de la prestation versée au Bénéficiaire par l'Assureur est égal aux échéances du prêt restant à échoir multipliées par la Quotité Assurée et par :

- **100% si N est supérieur ou égal à 66%** (Invalidité Permanente Totale),
- **(N-33/33) si N est supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66%** (Invalidité Permanente Partielle).

Si le taux d'Invalidité Permanente évolue, le montant de la prestation est adapté en conséquence.

L'Assureur règle les sommes dues en euros.

Les échéances du prêt prises en compte pour le calcul des prestations ne peuvent être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre à l'origine de l'Invalidité Permanente tels que prévus dans le Certificat d'Adhésion ou l'avenant en vigueur à cette date.

Les prestations sont versées en fonction de la périodicité de remboursement des échéances du prêt au prorata des jours d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle indemnisés.

En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, la fraction d'échéance du prêt due au titre de la période au cours de laquelle l'Assuré décède ou est reconnu en PTIA est prise en charge par les garanties Décès et PTIA.

Pendant le différé d'amortissement des prêts amortissables lorsque celui-ci est partiel et pour les prêts «in fine» sans report d'intérêts, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt. Le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

Pour les prêts amortissables avec différé d'amortissement total, aucune prestation n'est due pendant le différé d'amortissement.

L'ouverture du droit à prestation n'interrompt pas l'obligation de l'Adhérent de payer les cotisations.

Les retards de paiement d'échéances de prêt ainsi que les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur ne sont en aucun cas pris en charge.

Les garanties Invalidité Permanente Totale et Partielle jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour de la constatation de la consolidation de l'état de l'Assuré par le médecin désigné par l'Assureur, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis plus de 6 mois par le Prêteur par suite de défaillance du cautionné, et tant que la Caution reste appelée en garantie.

2.5.5. Cessation des prestations en cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Le versement des prestations se poursuit tant que dure l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle sans pouvoir excéder la date de fin de garantie (voir paragraphe 2.1.3. «Fin des garanties»).

Le versement cesse également :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle quelconque,
- lorsque l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- si, à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré, son taux d'Invalidité Permanente devient inférieur à 66% pour la garantie Invalidité Permanente Totale, à 33% pour la garantie Invalidité Permanente Partielle,
- en cas de non renouvellement des pièces justificatives (les prestations sont considérées comme prenant fin à la date figurant sur le dernier justificatif transmis à Vivens),
- en cas de situation rendant impossible pour l'Assureur l'exercice du contrôle médical (par exemple en cas de changement d'adresse non notifié à l'Assureur),
- en cas de refus de l'Assuré à se soumettre au contrôle médical de l'Assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure).

2.5.6. Délai de déclaration

L'Assuré dispose, sauf cas de force majeure, d'un délai de 90 jours à compter de la consolidation de son état de santé pour déclarer l'invalidité dont il est atteint à l'Assureur et lui fournir les pièces justificatives.

Passé ce délai et conformément à l'article L. 113-2 du Code des Assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces justificatives.

2.5.7. Pièces à fournir en cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Les pièces sont à envoyer, sous pli confidentiel, le plus rapidement possible et dans les délais contractuellement prévus (voir paragraphes 1.4.5. «Prescription» et 2.5.6. «Délai de déclaration») à :

Vivens
à l'attention du médecin conseil
235 cours Lafayette – 69006 Lyon

Les pièces à fournir sont :

- la copie du Certificat d'Adhésion en vigueur et des avenants éventuels,
- le tableau d'amortissement du prêt arrêté à la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré et, pour les prêts à taux variable, les tableaux d'amortissement émis périodiquement,
- une copie du contrat de prêt,
- le certificat médical fourni par Vivens complété par l'Assuré et son médecin traitant,
- en cas d'Accident, le procès-verbal de gendarmerie ou de police ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le Sinistre,
- s'agissant d'un Assuré assujetti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé :
 - pour la garantie Invalidité Permanente Totale, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 2eme catégorie ou d'une rente d'invalidité dont le taux est au moins égal à 66%,
 - pour la garantie Invalidité Permanente Partielle, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 1ere catégorie ou d'une rente d'invalidité dont le taux est compris entre 33% et 66%,
- s'agissant d'un Assuré non assujetti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant,
- en cas d'hospitalisation, le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée, la date et l'heure de sortie et le nombre de forfaits hospitaliers facturés.

Dans tous les cas, l'Assureur peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'appréciation du Sinistre.

2.6. Option Tranquillité

Cette option a pour objet de lever, moyennant une majoration du tarif, les exclusions applicables aux affections psychiatriques et aux affections du dos relatives aux garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Partielle (voir paragraphe 3.4.).

Sauf dérogation accordée lors de l'adhésion au Contrat, le capital maximal assuré est de 750 000 euros. Cette limite s'applique par Assuré et pour l'ensemble des Opérations de crédit garanties au titre du Contrat.

2.7. Garantie Invalidité Spécifique

2.7.1. Objet de la Garantie Invalidité Spécifique

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une Garantie Invalidité Spécifique (GIS) est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Partielle ont été refusées pour des raisons médicales.

Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie. De même une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie accordée ne comporte aucune exclusion de pathologies déclarées.

2.7.2. Préalable requis avant toute indemnisation au titre de la Garantie Invalidité Spécifique

La Garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant :

- la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse,
- et au plus tard avant ses 65 ans,

sous réserve :

- d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés,
- d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires,
- d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés,
- d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70% apprécié par le médecin désigné par l'Assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

2.7.3. Prestations dues au titre de la Garantie Invalidité Spécifique

Le montant de la prestation correspond à la prestation qui serait versée en cas d'Invalidité Permanente Totale telle que définie à l'article 2.5.4. «Prestations en cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle» à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin désigné par l'Assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

2.7.4. Cessation des prestations dues au titre de la Garantie Invalidité Spécifique

Le versement des prestations se poursuit tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus sans pouvoir excéder la date de fin de garantie (voir paragraphe 2.1.3. «Fin des garanties»).

Le versement cesse également :

- lorsque les conditions requises au paragraphe 2.7.2. «Préalable requis avant toute indemnisation au titre de la Garantie Invalidité Spécifique» ne sont plus remplies,
- lorsque l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- si, à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré, son taux d'Invalidité Spécifique devient inférieur à 70%,
- en cas de non renouvellement des pièces justificatives (les prestations sont considérées comme prenant fin à la date figurant sur le dernier justificatif transmis à Vivens),

- en cas de situation rendant impossible pour l'Assureur l'exercice du contrôle médical (par exemple en cas de changement d'adresse non notifié à l'Assureur),
- en cas de refus de l'Assuré à se soumettre au contrôle médical de l'Assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure).

2.7.5.Délai de déclaration

L'Assuré dispose, sauf cas de force majeure, d'un délai de 90 jours à compter de la consolidation de son état de santé pour déclarer l'invalidité dont il est atteint à l'Assureur et lui fournir les pièces justificatives.

Passé ce délai et conformément à l'article L. 113-2 du Code des Assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces justificatives.

2.7.6.Pièces à fournir en cas de mise en jeu de la Garantie Invalidité Spécifique

Les pièces sont à envoyer, sous pli confidentiel, le plus rapidement possible et dans les délais contractuellement prévus (voir paragraphes 1.4.5. «Prescription» et 2.7.5. «Délai de déclaration») à :

Vivens
à l'attention du médecin conseil
235 cours Lafayette – 69006 Lyon

Les pièces à fournir sont :

- la copie du Certificat d'Adhésion en vigueur et des avenants éventuels,
- le tableau d'amortissement du prêt arrêté à la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré et, pour les prêts à taux variable, les tableaux d'amortissement émis périodiquement,
- une copie du contrat de prêt,
- le certificat médical fourni par Vivens complété par l'Assuré et son médecin traitant,
- en cas d'Accident, le procès-verbal de gendarmerie ou de police ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le Sinistre,
- s'agissant d'un Assuré assujetti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou d'une rente d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,
- s'agissant d'un Assuré non assujetti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non salariés,
- en cas d'hospitalisation, le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée, la date et l'heure de sortie et le nombre de forfaits hospitaliers facturés.

Dans tous les cas, l'Assureur peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'appréciation du Sinistre.

Ces informations sont également disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

2.8. Contrôle médical et arbitrage

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale, d'un organisme assimilé ou de tout autre organisme social.

L'Assureur se réserve le droit de :

- contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis,
- provoquer une contre-visite à ses frais par l'un de ses médecins pour tout Assuré malade ou accidenté, en présence, le cas échéant et aux frais de l'Assuré, de son médecin traitant.

Les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de contrôler son état de santé, étant précisé qu'en cas de contrôle, le service des prestations est interrompu jusqu'à réception des conclusions des médecins.

En cas de refus de l'Assuré, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix jours ouvrés après réception de la mise en demeure par lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi), celle-ci reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si ce dernier maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le Sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin désigné par l'Assureur, une procédure d'arbitrage médical peut être mise en place afin de trancher de façon définitive le différend et d'éviter le recours à une procédure judiciaire. Les deux médecins en désignent alors un troisième pour les départager dans le cadre d'un compromis d'arbitrage.

Faute par l'une des parties de désigner son médecin ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le Sinistre s'est produit ou du domicile de l'Assuré. Si le Sinistre survient à l'étranger ou si l'Assuré réside à l'étranger, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, sont supportés par moitié par chacune des parties qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin arbitre.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans le cadre d'une procédure d'arbitrage, aucune action en justice ne peut être exercée par les parties tant que l'arbitre n'aura pas tranché le différend, sauf si le rapport de cet expert n'a pas été déposé dans les quarante jours à compter de sa saisine.

Si l'Assuré ne souhaite pas recourir à cette procédure d'arbitrage, il conserve bien entendu la possibilité de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

3. Exclusions

3.1. Exclusions applicables à toutes les garanties

Sont exclues les suites et conséquences des événements ci-après :

1 – Guerre / rixe / délit / acte de terrorisme

- La guerre civile ou étrangère, déclarée ou non, quels que soient le lieu où se déroulent ces événements et les protagonistes, sauf dans le cadre de l'exercice de la profession de l'Assuré déclarée à l'adhésion s'il y a eu accord préalable de l'Assureur.
- La participation active de l'Assuré à tout duel, rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, émeute ou mouvement populaire, délit ou acte criminel (sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger, dans le cadre de la profession de l'Assuré déclarée à l'adhésion s'il y a eu accord préalable de l'Assureur), quel que soit le lieu où se déroulent ces événements.

2 – Nucléaire

Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur ou de radiations ionisantes, provenant de combustibles nucléaires ou de la transmutation d'atomes, tant par fusion ou fission ou par des produits ou déchets radioactifs ou causées par des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome.

Toutefois, ces effets sont pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux, de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient.

En fonction de l'activité professionnelle de l'Assuré déclarée à l'adhésion, l'Assureur peut lever cette exclusion. Cette disposition est alors indiquée au Certificat d'Adhésion.

3 – Raids / records / acrobaties / paris

La participation active à des compétitions, matchs ou paris comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur, à des raids, des défis, des tentatives de record, des acrobaties, de la voltige, des cascades, des essais préparatoires, des essais de réception d'un engin motorisé ou non, à des vols en prototype.

4 – Tous les sports extrêmes

Tous les sports extrêmes y compris base jump, sky surfing, sky flying, saut à l'élastique, zorbing, exercices acrobatiques, streetluge.

5 – Navigation aérienne

La navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouve à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité ou conduit par un pilote (pouvant être l'Assuré) ne possédant pas de brevet de pilote ou possédant un brevet ou une licence périmés ou ne correspondant pas au type d'appareil utilisé.

6 – Sports aériens

Tout sport aérien y compris parapente, deltaplane, planeur, ultra léger motorisé (ULM), parachute, voltige, vol à voile et exhibitions est exclu sauf s'il est pratiqué dans le cadre d'un baptême et sous la responsabilité d'un professionnel habilité.

Ces exclusions relatives aux sports aériens peuvent être levées au moment de l'adhésion ou en cours d'Adhésion sur demande de l'Assuré et après acceptation de l'éventuelle majoration tarifaire proposée par l'Assureur.

3.2. Exclusions applicables à la garantie Décès

Le suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la date d'effet de l'Adhésion.

En cas d'augmentation des garanties au cours de l'Adhésion, le suicide n'est couvert pour les garanties supplémentaires, qu'à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation.

Si le prêt garanti par le présent Contrat a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la prise d'effet de l'Adhésion au Contrat, dans la limite du plafond fixé par la réglementation en vigueur (article L. 132-7 du Code des Assurances issu de la loi n° 2001-1135 du 03 Décembre 2001).

3.3. Exclusions propres à la garantie PTIA

Outre les exclusions prévues pour toutes les garanties sont également exclus l'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et récidives :

1 – Antériorité

Les Affections, Maladies, Accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la prise d'effet des garanties. La garantie s'exerce cependant sur les suites et conséquences des Affections, Maladies, Accidents et infirmités qui ont été déclarés à l'adhésion sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée au Certificat d'Adhésion.

2 – Faits volontaires / tentatives de suicide

Les Accidents ou Maladies résultant de faits intentionnels de l'Assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique (y compris les tentatives de suicide ou de mutilation), d'un bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait même indirectement.

3.4. Exclusions propres aux garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Spécifique

Outre les exclusions prévues pour toutes les garanties et celles propres à la garantie PTIA sont également exclus l'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et récidives :

1 – Drogues / stupéfiants / médicaments

Les Accidents dont la cause est l'usage de drogues, stupéfiants, produits toxiques, tranquillisants ou médicaments à dose non prescrite médicalement.

2 – Conduite en état d'ivresse / sans permis

Les Accidents résultant :

- de la consommation de boissons alcoolisées et d'une conduite en état d'ivresse si l'Assuré est reconnu responsable et est porteur au jour du Sinistre d'un taux d'alcoolémie sanctionnable au titre du Code de la route en vigueur au moment du Sinistre,
- d'une conduite sans un permis valide à la date du Sinistre.

3 – Sportifs professionnels

Toutes les conséquences de la pratique de tout sport (entraînements, épreuves, compétitions) réalisé soit à titre professionnel, soit amateur sous contrat rémunéré, à l'exception des encadrants professionnels d'activités sportives dans les établissements scolaires ou universitaires français.

En fonction de l'activité professionnelle de l'Assuré déclarée à l'adhésion, l'Assureur peut lever cette exclusion. Cette disposition est alors indiquée au Certificat d'Adhésion.

4 – Explosifs

La manipulation par l'Assuré d'armes, de feux d'artifice de classe K4^(*), d'explosifs, dont la détention est interdite ou de produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs ou inflammables hors produits domestiques) ou d'engins de guerre.

En fonction de l'activité professionnelle de l'Assuré déclarée à l'adhésion, l'Assureur peut lever cette exclusion. Cette disposition est alors indiquée au Certificat d'Adhésion.

(*) La classe K4 correspond aux feux d'artifice qui ne peuvent être manipulés que par des artificiers ou des personnes détenant un certificat de qualification K4.

5 – Cure thermique / séjour médical

Les cures ou séjours de toute nature notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, de désintoxication, de repos, de plein air, de santé médicale, climatiques, diététiques, de désintoxication ou de sommeil, effectués en tout type d'établissement hospitalier ou non, lorsque ces derniers ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une Maladie ou d'un Accident couvert par le Contrat.

6 – Traitement et chirurgie esthétiques

Les conséquences des traitements esthétiques et/ou d'interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti au Contrat.

7 – Maladies Non Objectivables

7.1 Affections psychiatriques

Les suites et conséquences des affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, des psychoses, des états dépressifs et dépressions de toute nature, de troubles de la personnalité et/ou du comportement, de troubles de l'alimentation, de troubles anxieux, de troubles de l'humeur, de troubles délirants, sauf si ces cas donnent lieu à une hospitalisation de plus de 5 jours continus.

Lors de la demande d'adhésion, l'Assuré peut demander à lever cette exclusion en souscrivant à l'option Tranquillité. Si l'Assureur a donné son accord, ce choix est alors indiqué au Certificat d'Adhésion.

7.2 Affections du dos

Les suites et conséquences des affections rachidiennes, discales ou vertébrales, des lombalgies, des sciatiques, des hernies discales, des dorsalgies, des cervicalgies, des sacro-coxalgies, quelle qu'en soit la cause ou l'origine, sauf si l'affection causale est une fracture ou un processus tumoral ou si elle a nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation d'au moins 5 jours continus.

Lors de la demande d'adhésion, l'Assuré peut demander à lever cette exclusion en souscrivant à l'option Tranquillité. Si l'Assureur a donné son accord, ce choix est alors indiqué au Certificat d'Adhésion.

7.3 Les cas de fibromyalgie, de syndrome polyalgique idiopathique diffus, de syndrome de fatigue / asthénie chronique

8 – Maternité

Le congé légal de maternité du régime social dont relève l'Assurée n'est pas couvert. La durée légale du congé maternité est fixée par le Code du travail (article L. 1225-17). Des conventions collectives ou des accords de branche peuvent prévoir des dispositions plus favorables. Il ne s'agit pas d'un arrêt maladie, par conséquent, aucune indemnisation ne peut avoir lieu. Toutefois, la garantie est acquise en dehors de cette période en cas de complications pathologiques de la grossesse.

9 – Activités sportives

Les activités suivantes (9.1 à 9.7) sont exclues sauf si elles sont pratiquées dans le cadre d'un baptême et sous la responsabilité d'un professionnel habilité.

Les exclusions peuvent être levées au moment de l'adhésion ou en cours d'Adhésion sur demande de l'Assuré et après acceptation de l'éventuelle majoration tarifaire proposée par l'Assureur.

9.1 Activités mécaniques

La pratique des activités aquatiques, nautiques, maritimes ou terrestres nécessitant l'usage d'engins à moteur avec participation à des démonstrations, des matches, des courses, des exhibitions, des épreuves ou des compétitions, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent.

9.2 Activités nautiques

Pour la voile ou l'utilisation de bateau à moteur :

- à plus de 25 milles des côtes ou
- sans la responsabilité d'une personne ayant le permis correspondant à la législation en vigueur quelle que soit la distance.

Pour la planche à voile, le scooter des mers, le kitesurf, le kayak ou aviron des mers :

- à plus de 1 mille des côtes.

9.3 Plongée sous-marine

La plongée sous-marine sans bouteille à plus de 10m de profondeur.

La plongée sous-marine avec bouteille à plus de 40m de profondeur ou pratiquée en solo.

9.4 Eaux vives

Le canyoning, le canoë-kayak, le rafting.

9.5 Sports dits d'hiver

- Ski/surf/ski de fond sur des pistes fermées,
- Ski/surf/ski de randonnée hors-piste sauf réalisé en groupe d'un minimum de deux personnes muni d'un matériel adéquat de recherche (DVA, pelle, sonde) et avec un risque avalanche de 1 ou 2 (drapeau jaune uni) en échelle européenne (1 à 5),
- Luge, randonnée en raquettes sur chemin non balisé ou à une altitude de plus de 3500 mètres,
- Randonnée à pieds sur chemin non balisé ou nécessitant corde, piolet ou crampons ou à une altitude de plus de 3500 mètres,
- Patinage et le hockey sur glace sur patinoire non ouverte au public,
- Motoneige sur chemin non balisé ou en compétition,
- Toute autre forme de sport de neige, de glace (dont bobsleigh et skeleton), de montagne, d'alpinisme (dont varappe).

9.6 Spéléologie

L'activité de spéléologie nécessitant un équipement spécial.

9.7 Tous les sports de combats et arts martiaux

Tous les sports de combats et arts martiaux y compris boxe, full contact, kungfu, judo, karaté, jujitsu, kickboxing, taekwondo.

4. Territorialité

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toute Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti doit être constatée en France métropolitaine, à Monaco, en Polynésie, en Nouvelle-Calédonie ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe, pour ouvrir droit au paiement des prestations.

Si le Sinistre survient hors de l'un des territoires cités précédemment, le délai de Franchise court au plus tôt à compter de la date à laquelle le Sinistre est constaté par l'Assureur. Les frais éventuels de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

5. Cotisations

5.1. Taux et bases de calcul des cotisations

Les cotisations annuelles libellées en euros – tous frais et taxes compris – sont calculées sur le montant du Capital Restant Dû et sont fixées en fonction de l'âge atteint de l'Assuré, de sa Catégorie Professionnelle, des garanties et des options souscrites, de la Quotité Assurée ainsi que des éventuelles majorations liées aux Formalités Médicales et Financières et/ou aux pratiques sportives et de loisirs.

À l'adhésion, un tableau récapitulatif des cotisations annuelles prévisionnelles sera adressé à l'Assuré.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification du tableau d'amortissement initial dans un délai de 60 jours à compter de la date de prise d'effet de cette modification.

Tout changement du taux des taxes, toute instauration de nouvelles impositions ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicables aux contrats emprunteurs pourront entraîner une modification du montant de la cotisation.

5.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement par prélèvement bancaire.

L'Adhérent est informé qu'il peut demander à régler les cotisations par chèque établi à l'ordre de Vivens. La demande doit être adressée par écrit à Vivens. Les cotisations sont payées directement à Vivens par l'Adhérent qui est seul responsable de leur versement.

5.3. Défaut de paiement des cotisations

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées. Conformément à l'article L. 141-3 du Code des Assurances, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, Vivens adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer à l'Adhérent. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'Adhésion au Contrat se trouvera de plein droit résiliée. Le Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure de l'Adhérent pour non paiement des cotisations.

6. Opérations de crédit libellées en francs suisses

Les chapitres précédents s'appliquent à toutes les Opérations de crédit couvertes par le Contrat y compris aux Opérations de crédit libellées en francs suisses. Le présent chapitre réunit les dispositions particulières aux Opérations de crédit libellées en francs suisses.

6.1. Montants garantis

Le capital assuré correspond au Capital Restant Dû fixé, avec l'accord du Prêteur au moment de l'adhésion, selon le tableau d'amortissement converti en euros en fonction du barème contre-valeur en vigueur à cette date et majoré par l'Adhérent par l'application d'un coefficient multiplicateur pouvant atteindre 120%.

Les cotisations et les prestations sont de la même façon exprimées en euros en fonction du barème contre-valeur retenu pour la détermination du capital assuré et du coefficient multiplicateur choisi par l'Adhérent.

Le barème de conversion du franc suisse retenu au moment de l'adhésion reste valable pendant toute la durée de l'Adhésion même dans le cas d'une actualisation du tableau d'amortissement suite à un changement dans le déroulement de l'Opération de crédit. Une demande de modification du coefficient multiplicateur peut être acceptée en cours d'Adhésion sous réserve des dispositions du paragraphe 1.4.3. «Modification de l'Adhésion» applicables à une demande de modification de la Quotité Assurée.

L'attention de l'Adhérent est attirée sur le fait que le risque de change reste à sa charge.

6.2. Modalités de versement du reliquat éventuel

Lorsque le montant assuré est supérieur aux sommes dues au Prêteur, le reliquat est versé :

➤ En cas de décès

. si l'Adhérent est une personne physique, par ordre de priorité aux bénéficiaires désignés suivants :

- au conjoint de l'Assuré non séparé de corps judiciairement,
- à défaut au partenaire du PACS en cours de validité,
- à défaut au concubin de l'Assuré tel que défini à la fin du paragraphe,
- à défaut par parts égales aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, à défaut aux héritiers de l'Assuré conformément à la dévolution successorale.

Cette désignation bénéficiaire peut être modifiée à tout moment par l'Assuré si elle n'est plus appropriée. L'Assuré peut alors désigner toute personne physique de son choix en adressant à l'Assureur via Vivens une lettre recommandée avec avis de réception sur un formulaire daté et signé de sa main en précisant les nom, prénom et adresse du bénéficiaire désigné. Cette désignation peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la disposition ci-dessus est applicable.

Toute désignation devient irrévocable dès qu'elle a fait l'objet d'une acceptation expresse de la part du bénéficiaire désigné, dans les conditions prévues à l'article L. 132-9 du Code des Assurances, à savoir notamment, par :

- un avenant signé par l'Assureur, le bénéficiaire désigné et l'Assuré,
- un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'Assuré et du bénéficiaire désigné qui n'aura d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'il lui aura été notifié par écrit.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'Assureur lui est inopposable.

En cas de décès d'un Assuré et du ou de plusieurs bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Assuré est présumé avoir survécu au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Le concubin est la personne vivant avec l'Assuré et remplissant les trois conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré lors de son adhésion, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à la date d'adhésion de l'Assuré, avec production d'une déclaration sur l'honneur, cosignée par l'Assuré,
- qu'il soit apporté la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente jusqu'à la date de l'événement mettant en jeu la garantie.

. si l'Adhérent est une personne morale, à l'Adhérent.

En cas de décès, outre les pièces prévues au paragraphe 2.3.3., chaque bénéficiaire désigné devra fournir un document officiel justifiant de sa qualité de bénéficiaire désigné et une photocopie de sa carte d'identité.

➤ **En cas de PTIA, d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle**

. si l'Adhérent est une personne physique, à l'Assuré,

. si l'Adhérent est une personne morale, à l'Adhérent.

En tout état de causes, sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption de paiement des prestations en cours de service en faveur de l'Assuré, l'Assureur se réserve le droit de demander à tout moment à l'Assuré ou aux bénéficiaires désignés toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.