

LA GARANTIE EMPRUNTEUR - EN CAPITAL RESTANT DÛ

NOTICE D'INFORMATION

AU 01/12/2016

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative N°206JA0002 est souscrit par l'Association des Mutualistes pour l'Épargne et la Prévoyance (AMEP), association loi 1901 dont le siège social est sis 23 boulevard Jean Jaurès - CS 51423 - 45004 ORLEANS Cedex 1, auprès de Sphéria Vie.

Le contrat « La Garantie Emprunteur - en capital restant dû » a pour objet de garantir à l'assuré titulaire d'un prêt consenti par un organisme financier, les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le Code des assurances et la législation en vigueur, ainsi que par les dispositions de la présente notice d'information, valant conditions générales.

I – DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Les définitions ci-après sont contractuelles et seront les seules retenues pour l'application du présent contrat.

- **Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident, au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardiovasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines.
- **Adhérent** : personne morale ou physique membre de l'AMEP, désignée comme telle au certificat d'adhésion, signataire de la demande d'adhésion et acquittant les cotisations.
- **Assuré** : personne physique domiciliée en France Métropolitaine ou DROM, sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat et désignée comme telle au certificat d'adhésion.
- **Assureur** : Sphéria Vie, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est sis 23 boulevard Jean Jaurès - CS 51423 - 45004 ORLEANS Cedex 1, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9.
- **Bénéficiaire** : organisme financier prêteur, désigné comme tel au certificat d'adhésion, pour percevoir le capital dû en cas de décès de l'assuré. La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par celui-ci.
- **Conjoint** : il s'agit du conjoint de l'assuré, non séparé de droit, à défaut du concubin notoire déclaré comme tel par l'assuré à l'assureur, ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.
- **Consolidation** : stabilisation de l'état de santé de l'assuré auquel les soins donnés ne sont plus susceptibles d'apporter d'amélioration et dont il devient possible de déterminer le degré d'invalidité.
- **Convention AERAS** : la convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé permet à une personne qui a eu un problème grave de santé d'obtenir plus facilement une assurance pour un prêt immobilier ou un prêt à la consommation.
- **Exonération** : l'assuré ayant choisi cette option de garantie peut, dans les conditions prévues aux présentes, être remboursé du paiement de ses cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail.
- **Franchise** : il s'agit d'une période de carence ne pouvant donner lieu à indemnisation. S'agissant de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, la franchise indiquée au certificat d'adhésion est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.
- **Hospitalisation** : il s'agit d'un séjour, de jour ou de nuit, dans un

établissement de soins public ou privé, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident garanti par le contrat.

- **Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)** : l'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente.
 - **L'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité complète d'exercer son activité professionnelle.**
 - **L'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle** au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve contraint d'observer un repos complet et continu sur prescription médicale, l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles).
- La prise en charge au titre de cette garantie est limitée à 1095 jours à compter de la date de l'arrêt total de travail ou de la date à laquelle l'assuré s'est vu prescrire un repos complet et continu.

- **Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPP)** :
 - un assuré est en état d'Invalidité Permanente Totale lorsqu'il se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer son activité professionnelle et que son taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de son état de santé, est supérieur à 66% ;
 - un assuré est en état d'Invalidité Permanente Partielle lorsqu'il se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer son activité professionnelle à temps plein et que son taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de son état de santé, est compris entre 33% et 66%.
 - **Invalidité AERAS** : conformément aux dispositions de la Convention AERAS, l'assureur s'engage à étudier la possibilité de garantir l'assuré au titre d'une garantie additionnelle dite Invalidité AERAS dans les cas suivants :
 - la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat, demandée à l'adhésion, ne peut être accordée à l'assuré ;
 - la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat, demandée à l'adhésion, a été accordée à l'assuré avec exclusion(s) de pathologie(s) ; dans ce cas l'assureur s'engage à étudier la possible couverture de l'assuré au titre de la garantie Invalidité AERAS s'agissant des pathologies exclues de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat.
- La présente garantie est prévue au contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative « LA GARANTIE EMPRUNTEUR - INVALIDITE AERAS », contrat souscrit par l'AMEP auprès de Sphéria Vie. La définition de cette garantie ainsi que ses modalités de mise en œuvre sont définies à la notice d'information du contrat collectif précité. Le souscripteur s'engage à adresser la notice d'information du contrat « LA GARANTIE EMPRUNTEUR - INVALIDITE AERAS » à l'assuré concerné par cette garantie.

- **Quotité assurée** : la quotité du prêt assuré est égale au rapport entre le capital assuré et le montant du prêt. Elle ne peut excéder par assuré 100% du montant des engagements nés du prêt garanti et s'applique obligatoirement à l'ensemble des garanties accordées. Si le capital assuré, mentionné au certificat d'adhésion, est inférieur au montant du prêt, le capital restant dû en cas de décès ou le remboursement des échéances en incapacité - invalidité est limité à la

quotité assurée.

- **Maladie :** toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.
- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :** un assuré est en état de PTIA lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins 5 des actes ordinaires de la vie, tels que définis par la Sécurité sociale. Cet état doit être constaté par expertise médicale.
- **Prêts couverts :** tout type de prêt sauf crédit-bail.

2 – CONDITIONS D'ADHESION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, vous devez, au jour de la signature de la demande d'adhésion :

- être âgé de 18 ans à :
 - 79 ans inclus pour la garantie « décès »,
 - 64 ans inclus pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), Exonération,
- avoir la qualité d'emprunteur, co-emprunteur, caution ou assimilé ; seules les garanties « Décès/PTIA » peuvent être souscrites par un assuré ayant la qualité de caution ou assimilé,
- exercer une activité professionnelle pour les garanties ITT/IPP/IPT et Exonération ou, pour la garantie ITT, être à la recherche active d'un emploi et indemnisé par Pôle Emploi au titre de l'ARE (Aide au Retour à l'Emploi),
- être résident fiscalement en France Métropolitaine ou DROM,
- être membre de l'AMEP,
- remplir et signer une demande d'adhésion,
- accepter de vous soumettre, le cas échéant, aux formalités médicales ou formalités supplémentaires, jugées nécessaires par l'assureur.

Ce dernier se réserve alors le droit de différer l'adhésion, de ne l'accepter que sous certaines conditions, exclusion(s) ou surprime(s), ou de la refuser.

- indiquer votre activité professionnelle,
- régler la première cotisation.

Pour tout adhérent à la retraite ou en préretraite, seuls les risques décès/PTIA sont couverts ; l'assuré exerçant une activité professionnelle dans le cadre de missions intérimaires ou d'emplois saisonniers ne peut être couvert au titre des garanties ITT/IPP/IPT et Exonération.

Le montant maximum du capital qui peut être garanti en un ou plusieurs prêts, ou en cas d'adhésions multiples au contrat collectif « La Garantie Emprunteur - en capital restant dû », et ce pour un même assuré, est limité à 4 000 000 euros pour l'ensemble des garanties, dans la limite d'une échéance mensuelle de 15 000 euros pour les garanties ITT et IPP/IPT.

Ces limites s'entendent sauf dérogation stipulée en conditions spéciales sur le certificat d'adhésion, et ce après acceptation par l'assureur sur la base d'une étude et d'une tarification sur mesure.

3 – EFFET/DURÉE DES GARANTIES

- **Effet des garanties :** votre assurance prend effet, après acceptation de l'assureur, à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par l'assureur à l'adhérent et au plus tôt, à la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'assuré, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Garantie provisoire décès accidentel : pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque, l'assuré est garanti contre le risque de décès suite à accident dans la limite de 300 000 euros et sous réserve des limites et exclusions prévues au présent contrat. La date d'effet de cette garantie est la date de signature de la demande d'adhésion. La garantie prend fin au jour de notification par l'assureur de refus ou d'accepter le risque et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie. Le bénéficiaire de cette prestation est le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut ses héritiers légaux, sauf désignation contraire de sa part ; si l'assuré est dirigeant d'une entreprise adhérente, le bénéficiaire en cas de décès est l'entreprise elle-même.

- **Durée des garanties :** elle est celle prévue au certificat d'adhésion, mais ne peut dépasser 35 ans pour les prêts amortissables et 30 ans pour tous les autres types de prêts (y compris prolongation maximum de

5 ans pour les prêts modulables et différés d'amortissement d'une durée maximum égale à celle prévue par la réglementation en vigueur pour les prêts à taux zéro).

Les garanties peuvent, en cours de vie de l'assurance, être modifiées à la demande de l'adhérent (augmentation ou adjonction de garanties, diminution ou suppression de garanties) ; toute diminution ou suppression de garantie nécessite l'accord écrit de l'organisme financier prêteur. En cas de résiliation du contrat collectif, les garanties se poursuivent en l'état jusqu'à leur terme et ne peuvent être modifiées.

Toute modification de la définition des risques garantis ou des modalités de mise en jeu de l'assurance nécessite l'acceptation de l'assuré.

4 – RISQUES GARANTIS

- **Garanties DECES et PTIA :**

L'assuré est couvert au titre de ces garanties pour toute la durée du prêt dès lors que son âge en fin de prêt n'excède pas son 90^{ème} anniversaire.

L'assureur, selon les modalités prévues au certificat d'adhésion, verse à l'organisme financier prêteur désigné comme tel au certificat d'adhésion :
- dans le cas d'un prêt amortissable (y compris prêts modulables) sans différé d'amortissement de capital et d'intérêts : la quotité assurée du montant du capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA,

- dans le cas d'un prêt amortissable avec différé d'amortissement de capital et d'intérêts : pendant la période de différé, la quotité assurée de la somme totale restant due (capital majoré des intérêts de différé) au jour du décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA,
- dans le cas d'un prêt relais ou d'un prêt en fine : la quotité assurée du capital mentionné au certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, les mensualités du prêt restées impayées au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de PTIA ne seront pas prises en charge par l'assureur.

- **Garanties INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) – INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) ou PARTIELLE (IPP) :**

- Incapacité Temporaire Totale de travail : en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident, l'assureur lui verse une prestation correspondant au montant des échéances du prêt garanties telles que définies ci-dessous, à l'expiration d'un délai de franchise choisi par l'adhérent lors de l'adhésion, tel qu'indiqué à son certificat d'adhésion.

L'assuré inactif au jour du sinistre bénéficie d'une prise en charge identique à celle de l'assuré exerçant alors une activité professionnelle.

L'assuré est couvert au titre de ces garanties jusqu'au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard à son 70^{ème} anniversaire.

Les options de franchise proposées à l'adhérent sont les suivantes : 30 / 60 / 90 / 120 / 180 jours continus d'arrêt de travail. Le délai de franchise est nécessairement au minimum de 120 jours pour les garanties "incapacité temporaire totale de travail" et "invalidité permanente" accordées dans les DROM.

Temps partiel thérapeutique : pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre, en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit par son médecin traitant, et sauf si l'assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'IPP, **l'assureur poursuivra la prise en charge des mensualités à hauteur de 50 % de la quotité garantie, pendant toute la durée du temps partiel thérapeutique, dans la limite de 6 mois**, sous réserve de production par l'assuré des justificatifs correspondants.

Si une expertise médicale diligentée par l'assureur détermine que l'incapacité n'est plus totale (or cas de la reprise à temps partiel thérapeutique médicalement prescrite) ou n'est pas justifiée, la prise en charge est interrompue.

Rechute : en cas de rechute de l'assuré dans un délai maximum de 60 jours suivant la reprise d'activité, sous réserve que la preuve soit apportée que le nouvel arrêt de travail résulte des mêmes causes que le précédent arrêt ayant donné lieu au versement des prestations, l'assureur prend en charge le montant des échéances postérieures à la date du nouvel arrêt de travail, sans imposer un nouveau délai de franchise. Ces mêmes dispositions sont applicables à l'assuré sans activité professionnelle et auquel un nouveau repos total a été prescrit du fait de son état de santé.

A l'issue des limites d'indemnisation de la garantie « Incapacité

Temporaire Totale de travail » prévues au contrat, le maintien de la prise en charge est examiné au titre de la garantie « Invalidité Permanente Totale ou Partielle ».

- Invalidité Permanente Totale ou Partielle : lors de l'adhésion, l'adhérent a le choix entre 2 options de garanties :

- l'invalidité permanente totale uniquement (>66%, taux en marron foncé dans le tableau)

- l'invalidité permanente totale (>66%) ou partielle (comprise entre 33% et 66%, taux en marron clair dans le tableau).

Des taux d'invalidité inférieurs à 33% (en blanc dans le tableau) ne peuvent donner lieu à aucune prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

L'assuré est couvert au titre de ces garanties jusqu'au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard à son 70^{ème} anniversaire.

En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'assuré, en fonction de l'option choisie à l'adhésion et indiquée au certificat d'adhésion, l'assureur verse à l'assuré, tout ou partie des échéances du prêt garanties dès la date de consolidation de l'état de santé, ce en fonction du taux d'invalidité défini au vu du tableau ci-dessous.

La franchise s'applique si l'invalidité n'est pas consécutive à une incapacité temporaire totale de travail déjà indemnisée au titre du présent contrat.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est à la fois fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle de l'assuré. Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0% à 100%. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise et par référence au barème indicatif des déficits fonctionnels séquentiels en droit commun édité par la revue « Le Concours Médical ».

Le taux d'incapacité professionnelle est établi de 0% à 100%. Il est fixé par expertise. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est par conséquent déterminé en fonction des deux taux définis ci-dessus d'après le tableau ci-après :

TAUX D'INCAP PROF.(%)	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE (%)									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10	16	21	25	29	33	37	40	43	46
20	13	20	26	32	37	42	46	50	55	58
30	14	23	30	36	42	48	53	58	62	67
40	16	25	33	40	46	52	58	63	69	74
50	17	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60	18	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70	19	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80	20	32	42	50	58	66	73	80	87	93
90	21	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	22	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Si le taux d'invalidité « N », déterminé à partir des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle tels que définis ci-dessus, est :

- supérieur à 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale. Les mensualités du prêt sont prises en charge en totalité, ce en fonction de la quotité assurée,

- compris entre 33% et 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle. La prise en charge par l'assureur des mensualités du prêt est calculée par application de la formule suivante :

$[(N - 33\%) / 33] \times \text{montant de l'échéance de prêt} \times \text{quotité assurée}$.

Si le résultat obtenu après application de la formule est inférieur à 50, l'assureur prendra néanmoins en charge les mensualités de prêt en fonction de la quotité assurée à hauteur de 50%.

L'assureur aura la possibilité de réviser ce taux, après un nouvel examen médical, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

Un assuré ne peut être considéré en Invalidité Permanente Totale s'il continue d'exercer une activité professionnelle.

Echéances du prêt garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

Les prestations garanties sont forfaitaires et sont servies sans référence aucune à la perte de revenus subie par l'assuré.

L'assureur prend en charge les échéances du prêt au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail (ou éventuellement du nombre de jours de repos complet médicalement prescrit pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre) justifiés et décomptés depuis la fin du délai de franchise, dans les conditions suivantes :

- pendant la période d'amortissement (y compris prêts modulables) : le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée,

- pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée,

- pour les prêts relais et in fine : la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêts échus. Ne sont pas couvertes les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels du prêt, les versements prévus dans l'acte de prêt sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés.

• **Garantie EXONÉRATION :** du paiement des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

L'adhérent ayant choisi cette option de garantie, mentionnée au certificat d'adhésion, se voit rembourser les cotisations réglées au titre du présent contrat en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, ce dans les conditions ci-après.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré, l'adhérent bénéficie du remboursement des cotisations réglées au titre de l'ensemble des garanties souscrites, ce pour toute la période d'arrêt de travail donnant lieu à prise en charge, déduction faite du délai de franchise applicable au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

L'exonération prend fin dans les mêmes conditions que celles prévues pour la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail ».

Les garanties « Incapacité Temporaire Totale de Travail/Invalidité Permanente Totale ou Partielle/Exonération » ne peuvent être souscrites qu'en complément des garanties « Décès/PTIA ».

La présente garantie ne couvre pas l'incapacité temporaire partielle.

Un assuré couvert exclusivement au titre des garanties « Décès/PTIA » ne peut prétendre à cette garantie.

Equivalence des garanties : afin de faciliter l'acceptation du présent contrat par l'établissement prêteur qui exige, dans le respect de la réglementation en vigueur, l'équivalence des garanties par rapport à son propre contrat ou au contrat substitué, l'assureur s'engage à étudier la couverture du candidat à l'assurance en vue de lui faire bénéficier des conditions les plus favorables entre celles prévues à la présente notice et celles prévues à la notice d'information :

- du contrat en vigueur au jour précédant le changement d'assurance dès lors que le candidat à l'assurance aurait été préalablement assuré,

- du contrat figurant à l'offre de prêt du candidat à l'assurance dès lors qu'il disposerait d'une telle offre non encore signée,

- du contrat standard distribué par l'établissement prêteur du candidat à l'assurance alors qu'il ne disposerait pas encore d'une offre de prêt de sa part.

L'étude réalisée sera faite dans la limite des garanties, quotités et franchises, mentionnées au certificat d'adhésion/conditions particulières (pour des adhésions déjà en cours) ou requises concomitamment à la mise en place de l'offre de prêt (pour des adhésions non encore souscrites).

La mise en œuvre de l'équivalence des garanties telle que présentée ci-avant est soumise à la communication par le candidat à l'assurance, à l'attention de l'assureur, du contrat en cours (notice d'information et certificat d'adhésion/conditions particulières) au jour de la demande d'adhésion.

L'équivalence des garanties ne peut jouer s'agissant de prêts en cours ou quotités de ces prêts non assurés au jour de la demande d'adhésion.

Par ailleurs, l'équivalence de garanties ne peut concerner des prêts souscrits auprès d'organismes financiers prêteurs qui ne seraient pas inscrits au registre Banque de France, tels prêts des collectivités locales, prêt patronal...

Les garanties et le versement des prestations cessent :

- en cas de survenance de toute cause d'exigibilité immédiate des sommes restant dues au prêteur prévue aux conditions générales du contrat de prêt, l'assuré ne faisant alors plus partie du groupe assuré au sens de l'article L.141-3 du Code des assurances,
- à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'assuré emprunteur vis-à-vis de l'organisme financier ; lorsque la cessation des garanties intervient suite au rachat du crédit ou en cas de renégociation, que ce soit auprès de l'organisme financier prêteur d'origine ou bien d'un autre établissement, l'assuré dispose de la faculté de solliciter auprès de l'assureur la mise en place d'une nouvelle assurance sans qu'aucune formalité médicale ne lui soit demandée.

La mise en œuvre de cette faculté nécessite :

- que le nouveau capital à assurer ne soit pas supérieur au capital assuré restant dû au titre du précédent contrat d'assurance,
- que la demande d'assurance soit formulée dans le délai maximum de 6 mois suivant le rachat de crédit ou sa renégociation.

- au 90^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties **Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**,
- au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard jusqu'à son 70^{ème} anniversaire pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Invalidité Permanente Totale ou Partielle » et « Exonération ».

Les âges indiqués ci-dessus s'entendent par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année considérée.

- en cas de non-paiement des cotisations (voir « cotisations »),
- au décès de l'assuré,
- à la date de reconnaissance de l'état de PTIA de l'assuré,
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'assureur ou l'adhérent :
- la résiliation par l'adhérent peut être demandée au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée adressée à l'assureur deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion fixée au 1^{er} janvier ;
- l'adhérent peut également résilier son adhésion à tout moment pendant le délai de 12 mois suivant la signature de l'offre du prêt, objet de l'assurance ; la résiliation pourra alors intervenir selon les modalités suivantes :
 - L'adhérent notifie à l'assureur ou à son représentant sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée,
 - L'adhérent notifie également à l'assureur la décision de l'organisme financier prêteur d'acceptation ou de refus d'un autre contrat d'assurance en substitution de l'actuel contrat ainsi que la date d'effet du nouveau contrat substitué en cas d'acceptation,
 - La résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par l'assureur de la décision de l'organisme financier prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par ce dernier si celle-ci est postérieure.

En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

- l'adhérent ou l'assureur peut également résilier l'adhésion en cas de modification ou cessation du risque, dès lors que l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée avec avis de réception, en cas de survenance de l'un des événements suivants : changement de domicile, changement de situation ou de régime matrimonial, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle. La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'assureur ne peut intervenir que dans les cas prévus par la réglementation en vigueur. **NB :** la résiliation demandée par l'adhérent est effective sous réserve du consentement écrit de l'organisme financier ayant consenti le prêt ; en cas de résiliation à l'initiative de l'assureur celui-ci s'engage à informer par courrier l'organisme financier prêteur réputé bénéficiaire acceptant.

6 – TERRITORIALITE DES GARANTIES

L'assurance est valable dans le monde entier sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion, et ce quelle que soit la nature du déplacement (personnel, professionnel, humanitaire).

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

• EXCLUSIONS NON RACHETABLES

L'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récidives sont exclus :

- le suicide ou la tentative de suicide, conscient ou inconscient de l'assuré dans la première année de l'adhésion ; toutefois le risque de suicide sera couvert à compter de la date d'effet de l'adhésion dans la limite de 120 000 euros maximum (montant fixé par décret) pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale ;
- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et les protagonistes ;
- la participation de l'assuré à tout duel, délit, acte criminel ou rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, émeute ou mouvement populaire ;
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes, émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ;
- les conséquences de maladie ou d'accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- la manipulation par l'assuré ou d'un tiers, d'armes, d'explosifs et de tout autre produit dangereux dont la détention et l'utilisation sont interdites par la législation française ;
- les vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité, ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- les actes consécutifs à l'ivresse et au délire alcoolique de l'assuré lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal en vigueur, si l'assuré est reconnu responsable de l'accident,
- l'alcoolisme chronique médicalement constaté et traité, ses suites, conséquences et récidives,
- l'usage de stupéfiants, drogues ;

Les sinistres occasionnés au cours de l'exercice des métiers ou activités suivants, leurs suites et conséquences :

- convoyeur de fonds ;
- marin-pêcheur ;
- ouvrage d'art de grande hauteur, du BTP ;
- travail de la mine ou souterrain ou galerie.

Les sinistres occasionnés au cours de l'exercice des sports ou activités sportives suivants, leurs suites et conséquences :

- la pratique du ski hors-piste ;
- base jump ;
- sky surfing ;
- sky flying ;
- saut à l'élastique ;
- zorbing ;
- exercices acrobatiques.

• EXCLUSIONS RACHETABLES

La pratique à titre amateur des sports ou activités sportives suivants non pratiqués ou non déclarés par l'assuré au jour de l'adhésion :

- tout sport de combat ;
- tout sport nécessitant l'usage d'engins à moteur ;
- toute activité, sportive ou de loisir, de voltige ;
- activité du cirque ;
- activité souterraine ;
- activité aérienne, fluviale (rafting, canyoning, hydrospeed) ;
- activité sportive maritime au-delà de six milles des côtes (en-deçà de six milles des côtes l'assuré est garanti sous réserve d'être en conformité avec la réglementation française en vigueur) ;
- activité sportive subaquatique au-delà de 40 mètres de profondeur (en-deçà de 40 mètres de profondeur, l'assuré est garanti sous réserve de justifier d'un équipement technique ainsi que d'un diplôme ad hoc requis pour cette discipline) ;
- tout sport et activité de montagne au-delà de 2500 mètres d'altitude excepté le ski et le surf des neiges pratiqués sur piste balisée, à l'exception des sports ou activités sportives listés ci-avant au titre des exclusions non rachetables.

Le rachat d'exclusion permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces sports et activités sportives d'en faire la demande à l'assureur lors de l'adhésion ou en cours de vie de celle-ci ; pour être garantis, ces sports et activités sportives devront avoir été préalablement déclarés et acceptés par l'assureur et faire l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion.

Par ailleurs, et ce en dehors de toute demande de l'assuré aux fins d'être

garanti pour ces sports et activités sportives, ceux-ci sont automatiquement garantis dès lors qu'ils sont pratiqués à titre amateur et de façon exceptionnelle (baptême ou initiation) dans un pays de l'Union Européenne ou dans l'un des pays suivants : Suisse, Amérique du Nord, Japon, Nouvelle-Zélande, Australie.

EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ou PARTIELLE

• **EXCLUSIONS NON RACHETABLES**

- l'usage de produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou à dose non prescrite par une autorité médicale, ou obtenus frauduleusement ;
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- les congés légaux de maternité et paternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale pour les salariés, que l'assuré soit salarié ou non ;
- les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une maladie ou d'un accident couvert par le contrat.

• **EXCLUSIONS RACHETABLES**

Les sinistres survenant à l'occasion de la pratique des professions et activités suivantes, leurs suites et conséquences :

- sportif professionnel ;
- guide de haute montagne ;
- moniteur de ski ;
- surveillance armée / maintien de l'ordre ;
- personne travaillant sur une plateforme pétrolière ;
- artiste de cinéma ou de télévision / intermittent du spectacle ;
- professionnel du cirque ;
- artificiers, professions avec usage d'explosifs, de produits inflammables ou corrosifs ;
- cascadeur ;
- travaux forestiers.

Le rachat d'exclusion permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces professions et activités d'en faire la demande à l'assureur lors de l'adhésion ou en cours de vie de celle-ci ; pour être garanties, ces professions et activités devront avoir été préalablement déclarées et acceptées par l'assureur et faire l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion.

Les affections « dorsales » et « psychiatriques » :

- toute atteinte et/ou affection de la colonne cervico-dorso-lombaire d'origine discale et/ou radiculaire : pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose, entraînant cervicalgies, névralgies cervico-brachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatalgies, sciaticques, cruralgies. Cette exclusion ne s'applique pas en cas d'origine tumorale ou s'il s'agit d'une fracture ou si une intervention chirurgicale est nécessaire durant cette incapacité de travail nécessitant une hospitalisation d'au moins 5 jours continus dans les trois mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail ; au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une(les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surprime spécifique et après acceptation par l'assureur.

- tout trouble fibromyalgique, toute affection psychopathologique, neuropsychique, asthéo-anxio-dépressive et autres maladies mentales sauf celles ayant motivé une hospitalisation d'au moins 15 jours continus en milieu psychiatrique dans les six mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail ; au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une(les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surprime spécifique et après acceptation par l'assureur.

Le rachat de ces exclusions permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces affections d'en faire la demande à l'assureur lors de l'adhésion, ou en cours de vie de celle-ci ; la garantie de ces affections, sans aucune condition d'hospitalisation, fait l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion : garantie optionnelle « Dos » et/ou garantie optionnelle « Psy ».

8 – QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'assuré ou le bénéficiaire, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les délais indiqués ci-dessous, doit déclarer à l'assureur, ou par délégation à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat.

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à l'assureur (ou le cas échéant à son médecin-consultant) de toutes les pièces et justificatifs nécessaires à l'assureur pour l'étude du dossier en fonction des garanties souscrites, ces pièces étant les suivantes :

• **Pièces justificatives communes à toutes les garanties :**

- un constat de gendarmerie ou rapport de police précisant la date de survenance et les circonstances de l'évènement lorsque le sinistre résulte des suites d'un accident,
- une attestation de l'organisme prêteur confirmant le montant de la prestation à verser, le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré ou une copie de l'extrait de compte sur lequel figure la mensualité de prêt réglée au titre du prêt assuré.

• **Pièces justificatives spécifiques à chacune des garanties :**

En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès de l'assuré, sous pli confidentiel à l'attention du médecin consultant de l'assureur,
- un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par l'assureur) précisant notamment les causes du décès et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, en particulier s'il résulte d'un accident.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- la notification de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins cinq des actes ordinaires de la vie tels que définis par la Sécurité sociale délivrée par le Régime Obligatoire,
- sous pli confidentiel à l'attention du médecin consultant de l'assureur un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par l'assureur) et précisant la nature et l'origine des lésions constatées médicalement ainsi que la date de reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, confirmant que l'assuré se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit et l'obligeant à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins cinq des actes ordinaires de la vie tels que prévus au Code de la Sécurité sociale.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

- sous pli confidentiel à l'attention du médecin consultant de l'assureur, un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par l'assureur) précisant notamment la nature de la maladie, la date de son apparition ou s'il s'agit d'un accident la date de survenance et la nature des lésions, la durée probable de l'incapacité temporaire totale, la date et l'importance de l'invalidité retenue,
- les certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation,
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de tout autre régime obligatoire.

Pour toutes les garanties souscrites, l'assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier et d'effectuer un contrôle médical.

Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu en attente des résultats de ce contrôle, si l'assuré ou le bénéficiaire refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré ou le bénéficiaire apporterait la preuve.

Conformément à la réglementation applicable en matière de secret médical, tout justificatif de nature médicale devra être transmis sous pli confidentiel au médecin consultant de l'assureur par l'intermédiaire de l'assuré ou, en cas de décès, par l'intermédiaire de l'ayant droit.

L'assureur s'engage, après acceptation du sinistre et dans un délai de 30 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives, à régler les prestations dues.

• **Délais de déclaration :**

Le sinistre doit être déclaré dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance. **A défaut de déclaration dans le délai précité, le sinistre sera considéré comme étant survenu au jour de sa déclaration et la franchise prévue sera décomptée à partir de cette date.**

Toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant

devra également être déclarée dans un délai maximum de 30 jours.

A défaut de déclaration dans le délai précité, l'assuré sera considéré comme ayant repris son activité professionnelle à l'expiration de la période indiquée dans le certificat d'arrêt de travail précédemment remis à l'assureur et les périodes comprises entre cette date et le début de la période de prolongation reçue tardivement ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation.

9 – LITIGES ET ARBITRAGES

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'assureur, ou bien par son médecin consultant, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, une tierce expertise sera alors réalisée ; le coût de la tierce expertise est supportée pour moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel.

10 – LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

Au moment de l'adhésion, l'assuré s'engage à informer l'assureur :

- de toute modification de son état de santé intervenant antérieurement à la prise d'effet des garanties dès lors que ces modifications viendraient à rendre inexacts les réponses qu'il aurait préalablement apportées au questionnaire de santé qui lui aurait été soumis,
- de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque à assurer (changement des caractéristiques du (des) prêt(s) assuré(s), situation personnelle et professionnelle, déplacements professionnels.

En cours de vie de l'adhésion, l'assuré s'engage également à informer l'assureur :

- de tout remboursement partiel ou total du prêt bancaire et ce au maximum dans les 30 jours qui suivent,
- de tout changement des caractéristiques du(des) prêt(s) assuré(s) intervenant postérieurement à la prise d'effet des garanties et/ou de l'avenant,
- pour toute demande d'adjonction des garanties : de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque décrits ci-dessus ainsi que toute modification de son état de santé, intervenue antérieurement à la prise d'effet des nouvelles garanties. En revanche, en cas de modification en cours de vie de l'adhésion des éléments déclarés à l'adhésion suivants : activité professionnelle, séjour professionnel à l'étranger et/ou pratique d'un sport, dès lors qu'ils ne relèvent pas d'une exclusion prévue au certificat d'adhésion ou à la notice d'information, l'assuré n'est pas contraint d'en informer l'assureur qui prendra en compte la nouvelle situation de l'assuré au moment du sinistre.

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'assuré portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, les cotisations versées restant acquises à l'assureur. De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

11 – COTISATIONS

La cotisation annuelle est calculée et évolue chaque année en fonction des caractéristiques propres à l'assuré telles que l'âge (par différence de millésime, au moment de l'adhésion et en cours de vie de l'adhésion) ou l'activité professionnelle et des éléments constitutifs du risque à assurer (montant du prêt assuré...) déclarés à l'adhésion.

Les cotisations annuelles ainsi calculées et acceptées par l'adhérent lors de l'adhésion sont maintenues par l'assureur pour toute la durée de l'adhésion, y compris en cas de changement de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré sous réserve des exclusions prévues au présent contrat.

En revanche, les cotisations pourront être revues en cas d'évolution des garanties (adjonction ou suppression de garanties) ou en cas d'évolution

des caractéristiques du prêt assuré.

Les cotisations sont payables d'avance et peuvent être fractionnées, annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, **ce sans frais de fractionnement** ; la périodicité est choisie à l'adhésion.

A défaut de paiement des cotisations dues dans le délai de 10 jours suivant leur échéance, une lettre recommandée est adressée à l'adhérent, fixant un délai de 40 jours au terme duquel l'adhésion est résiliée de plein droit ; toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. En cas de paiement des sommes demandées sur la lettre de mise en demeure, après suspension mais avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du paiement.

L'assureur s'engage à informer par courrier l'établissement prêteur de tout acte de mise en demeure pour non-paiement ou de résiliation.

12 – EXAMEN DES RECLAMATIONS MEDIATION

Toute demande d'information relative à l'application du présent contrat doit être présentée auprès de votre interlocuteur habituel ou directement auprès de l'assureur : Sphéria Vie - 23 boulevard Jean Jaurès - CS 51423 - 45004 ORLEANS Cedex 1.

Toute réclamation liée à l'interprétation, l'exécution, la cessation du présent contrat sera traitée dans le respect de la procédure afférente au traitement des réclamations établie par Sphéria Vie conformément à la réglementation en vigueur.

Cette procédure peut être consultée sur le site internet www.spheria-vie.fr. Si, après épuisement des voies de recours décrites à cette procédure un désaccord subsiste, il vous est possible de solliciter gratuitement une procédure de Médiation, en adressant votre demande à l'adresse suivante : Sphéria Vie - MEDIATION - 23 boulevard Jean Jaurès - CS 51423 - 45004 ORLEANS Cedex 1.

De plus amples informations quant à ce dispositif de médiation sont disponibles sur le site internet de Sphéria Vie.

13 – PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

• Prescription :

Conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances, toutes actions dérivant de ce contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 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 le 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 contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, soit :

- une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente,
- un acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

Elle est également interrompue par 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, ainsi que par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

• **Prélèvements fiscaux et sociaux :**

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris ; tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. L'ensemble des prélèvements sociaux et fiscaux, présents ou futurs, dont la récupération est licite, est à la charge de l'adhérent..

I 4 – FACULTE DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions des articles A.132-4-2 et L.132-5-2 du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires à compter du moment où il est informé de cette adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : Sphéria Vie - 23 boulevard Jean Jaurès - CS 51423 - 45004 ORLEANS Cedex 1. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après :

MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION (A adresser à Sphéria Vie par lettre recommandée avec accusé de réception). Je soussigné demeurant à déclare renoncer à mon adhésion « La Garantie Emprunteur en capital restant dû » n° et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de ma demande.

Date : Signature :

I 5 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'adhérent ou l'assuré est informé de la nécessité de répondre à l'ensemble des questions posées, ses réponses étant indispensables au traitement de l'adhésion ainsi qu'à la gestion de son dossier. Seuls Sphéria Vie, le cas échéant ses délégataires, réassureurs ainsi que le souscripteur du présent contrat collectif pourront être destinataires de ces données.

Il peut demander, en application des dispositions de la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, à exercer ses droits d'accès, d'opposition, de rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier le concernant, en faisant parvenir sa demande au siège social de Sphéria Vie, 23 boulevard Jean Jaurès - CS 51423 - 45004 ORLEANS Cedex 1.

Les garanties	
Décès	<i>Article 4 « Risques garantis »</i>
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	
Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	
Invalidité Permanente Totale (IPT)	
Invalidité Permanente Partielle (IPP)	
Exonération	
Les principales caractéristiques des garanties proposées	
Couverture des sports amateurs pratiqués par l'emprunteur à la date de souscription	<i>Article 7 « Ce que ne couvre pas le contrat »</i>
Maintien de la couverture en cas de déplacement dans le monde entier : - à titre personnel - à titre professionnel ou humanitaire	<i>Article 6 « Territorialité des garanties »</i>
Garantie Décès	
Couverture de la garantie décès pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 90 ^{ème} anniversaire de l'assuré)	<i>Article 4 « Risques garantis »</i>
Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	
Couverture de la garantie PTIA pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 90 ^{ème} anniversaire de l'assuré)	<i>Article 4 « Risques garantis »</i>
Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré dès lors qu'il n'est pas à la retraite ou en préretraite)	<i>Article 1 « Définitions contractuelles » Article 4 « Risques garantis »</i>
Délais de franchise proposés au choix de l'adhérent : - 30 jours - 60 jours - 90 jours - 120 jours (délai minimum pour les DOM) - 180 jours	
Pour une personne en activité, évaluation de l'incapacité en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	
Pour une personne en activité, prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	
Maintien de la couverture en cas de temps partiel thérapeutique avec une prise en charge minimale de 50% sur une durée de 180 jours	
Couverture des inactifs au moment du sinistre avec une prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	
En cas de rachat de l'exclusion, couverture des affections dorsales sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale	
En cas de rachat de l'exclusion, couverture des affections psychiatriques sans condition d'hospitalisation	
	<i>Article 7 « Ce que ne couvre pas le contrat »</i>
Garantie Invalidité	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré dès lors qu'il n'est pas à la retraite ou en préretraite)	<i>Article 4 « Risques garantis »</i>
Pour une personne en activité, évaluation de l'incapacité professionnelle en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	
Prise en charge de l'invalidité sans référence à la perte de revenu subie au moment du sinistre	
Prise en charge de l'invalidité partielle (IPP) à partir de 33%	
Couverture des affections dorsales sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale	<i>Article 7 « Ce que ne couvre pas le contrat »</i>
Couverture des affections psychiatriques sans condition d'hospitalisation	