

PRÉVOYANCE

Abeille Emprunteur

➤ Conditions Générales
valant Note d'Information

SOMMAIRE

↳ Conditions Générales valant Note d'Information

Article 1	↳ Nature du contrat	1
Article 2	↳ Objet du contrat Abeille Emprunteur	1
	<ul style="list-style-type: none">• 2-1. Objet• 2-2. Les garanties du contrat	
Article 3	↳ Le fonctionnement du contrat	1
	<ul style="list-style-type: none">• 3-1. Conditions d'adhésion• 3-2. Formalités d'adhésion<ul style="list-style-type: none">• 3-2.1 Couverture accidentelle temporaire• 3-3. Entrée en vigueur des garanties• 3-4. Date de déblocage des fonds empruntés• 3-5. Durée du Contrat• 3-6. Irrévocabilité des garanties• 3-7. Les obligations de l'assuré• 3-8. Âge limite à la souscription et cessation des garanties• 3-9. Non cumul• 3-10. États antérieurs• 3-11. Étendue territoriale des garanties	
Article 4	↳ Définition des garanties du contrat Abeille Emprunteur	3
	<ul style="list-style-type: none">• 4-1. Garanties de base obligatoires• 4-2. Garanties complémentaires<ul style="list-style-type: none">• 4-2. 1 Incapacité Temporaire Totale (ITT)• 4-2. 2 Invalidité Permanente Partielle (IPP)<ul style="list-style-type: none">• 4-2. 2.1 Option Invalidité Permanente Partielle à partir de 16 %• 4-2. 3 Invalidité Permanente Totale (IPT)• 4-2. 4 Invalidité Professionnelle (IP)• 4-2. 5 Exonération du paiement des cotisations d'assurance• 4-2. 6 Enveloppe d'Assurabilité• 4-2. 7 Option « Sérénité »• 4-2. 8 Option « Garanties minorées »• 4-3. Bénéficiaires des garanties<ul style="list-style-type: none">• 4-3. 1 Cas standard• 4-3. 2 Cas particulier lié à la mise en place d'un séquestre avec accord de ou des organisme(s) prêteur(s) :• 4-4. Assurance de co-emprunteurs• 4-5. Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)	
Article 5	↳ Modalités de versement des cotisations	6
	<ul style="list-style-type: none">• 5-1. Calcul des cotisations• 5-2. Paiement des cotisations• 5-3. Non paiement des cotisations• 5-4. Maintien du tarif	

Article 6 ▶ **Formalités à remplir pour obtenir le paiement des prestations en cas de sinistre** 7

- 6-1. Déclarations et délais de forclusion
- 6-2. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de décès
- 6-3. Pièces à fournir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Professionnelle ou d'Invalidité Fonctionnelle Spécifique AERAS
- 6-4. Pièces à fournir pour le paiement des prestations liées à l'Incapacité Temporaire Totale et à l'Invalidité Permanente Partielle
- 6-5. Contrôles - Expertises

Article 7 ▶ **Exclusions et dispositions spéciales** 7

- 7-1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties
- 7-2. Risques exclus en cas de décès
- 7-3. Risques exclus en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'invalidité
- 7-4. Risques exclus en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité
- 7-5. Dispositions spéciales
 - 7-5.1. Modalités d'indemnisation des affections disco vertébrales en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite – cf. article 4-2-7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) :
 - 7-5.2. Modalités d'indemnisation des maladies psychiques en cas d'Incapacité de Temporaire Totale ou d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite – cf. article 4-2-7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) :
- 7-6. Activités sportives à risques
 - 7-6.1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties
 - 7-6.2. Risques exclus en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'invalidité
 - 7-6.3. Risques sportifs spécifiques
 - 7-6.4. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail résultant de la pratique de certains sports en amateur
 - 7-6.5. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité et de PTIA pour les assurés exerçant une activité professionnelle agricole hippique

Article 8 ▶ **Les droits qui vous protègent - Dispositions diverses** 8

- 8-1. Droit de renonciation et modalités
- 8-2. Protection des données personnelles
- 8-3. Droit d'information
- 8-4. Droit d'opposition au démarchage téléphonique
- 8-5. Procédure d'examen des litiges
- 8-6. Organisme de contrôle
- 8-7. Prescription
- 8-8. Indications générales liées au régime fiscal
- 8-9. Participation aux bénéfices techniques et financiers

Article 9 ▶ **Lexique** 9

➤ Conditions Générales valant Note d'Information

ARTICLE 1 ➤ Nature du contrat

Abeille Emprunteur est un contrat d'assurance vie individuel régi par le Code des Assurances, branches 20 (vie - décès), 1 (accident) et 2 (maladie), souscrit auprès d'Abeille Vie (siège social : 70 avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes cedex), l'assureur.

Le contrat est constitué par les présentes Conditions Générales valant Note.

ARTICLE 2 ➤ Objet du contrat Abeille Emprunteur

2-1. Objet

Le contrat Abeille Emprunteur a pour objet, moyennant le paiement de cotisations, de couvrir le prêt personnel ou professionnel (**à l'exception des prêts revolving, des découverts et des prêts à la consommation**) contracté par le souscripteur auprès de l'organisme prêteur.

2.2. Les garanties du contrat

Garanties de base obligatoires :

L'organisme prêteur bénéficie des garanties obligatoires suivantes, **Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** qui prévoient le paiement du capital restant dû au jour du décès ou en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) au jour de la reconnaissance de cet état par l'assureur, dans la limite du montant garanti.

Garanties optionnelles :

A ces garanties de base obligatoires, le souscripteur peut demander l'adjonction d'une ou plusieurs garanties optionnelles parmi celles proposées sur le bulletin de souscription, et ainsi opter pour :

- le paiement anticipé à l'organisme prêteur du capital restant dû au titre du prêt, dans la limite du montant garanti au jour de la reconnaissance par l'assureur de l'état d'**Invalidité Permanente Totale (IPT)** de l'assuré, pendant la période de couverture de ce risque.
- le paiement à l'organisme prêteur du capital restant dû au titre du prêt, dans la limite du montant garanti au jour de la reconnaissance par l'assureur de l'état d'**Invalidité Professionnelle (IP)** de l'assuré pendant la période de couverture de ce risque. Cette garantie est réservée aux seules professions médicales, paramédicales et libérales réglementées.
- le versement à l'organisme prêteur de 50 % des échéances de prêt, dans la limite du montant garanti en cas d'**Invalidité Permanente Partielle (IPP)** de l'assuré, pendant la période de couverture de ce risque, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.
- le versement à l'organisme prêteur de 25 % des échéances de prêt, dans la limite du montant garanti en cas d'**Invalidité Permanente Partielle de l'assuré à partir de 16 % (IPP)**, pendant la période de couverture de ce risque, lorsque le taux d'invalidité conservé par l'assuré est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 33 %. Cette garantie est réservée aux seules professions médicales exercées à titre libéral et aux professions libérales réglementées.
- le versement à l'organisme prêteur des échéances de prêt, dans la limite du montant garanti, en cas d'**Incapacité Temporaire Totale (ITT)** de l'assuré pendant la période de couverture de ce risque et après application de la franchise choisie par le souscripteur (30, 60, 90 ou 180 jours).
- **l'exonération du paiement des cotisations d'assurance** en cas d'invalidité ou d'incapacité temporaire totale de l'assuré pendant la période de couverture de l'un ou l'autre de ces risques.
- **l'enveloppe d'assurabilité** pour la couverture des seuls Emprunts Professionnels permettant d'augmenter jusqu'à 30 % le montant des garanties Décès et PTIA sans nouvelles formalités médicales.
- **l'option Sérénité** pour limiter les dispositions spéciales appliquées en cas d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'Invalidité pour les affections discovertébrales et les maladies psychiques.
- **l'option Garanties minorées** pour permettre de réduire le montant des garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité.

Cas particulier du crédit-bail : seules les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Professionnelle peuvent être accordées dans les limites suivantes :

- pour le crédit-bail immobilier : montant plafonné à 3 ans de loyers TTC ;
- pour le crédit-bail mobilier : montant plafonné à 3 ans de loyers TTC dans la limite de 300 000 euros.

Les garanties du contrat Abeille Emprunteur sont décrites à l'article 4 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information.

ARTICLE 3 ➤ Le fonctionnement du contrat

3.1. Conditions de souscription

Pour pouvoir souscrire le contrat Abeille Emprunteur et bénéficier de ses garanties, tout candidat à l'assurance doit :

- Être âgé de 18 ans au moins (pour les âges maxima, voir tableau à l'article 3-8 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) ;
- Résider en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion ou en principauté de Monaco ; toutefois, les personnes résidant en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, à Mayotte peuvent souscrire le contrat Abeille Emprunteur et être assurées pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- Avoir contracté un emprunt, un crédit-bail, libellé en Euros et rédigé en français ou en être caution auprès d'un établissement financier situé en France ou en principauté de Monaco ;
- Avoir satisfait aux formalités médicales et avoir communiqué, le cas échéant les informations financières et complémentaires demandées par l'assureur.

En outre :

- Le capital assuré en cas de décès, pour un même assuré, doit être compris entre 15 000 € et 7 500 000 €, au titre du contrat ;
- Le capital assuré en cas d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Professionnelle est de 2 500 000 € maximum pour une même personne assurée auprès d'Abeille Vie, (le plafond maximal est ramené à 1 500 000 € lorsque l'option sérénité est souscrite) ;
- La quotité assurée ne peut excéder 100 % de l'emprunt par assuré ;

La durée de couverture initiale du prêt peut être diminuée ou rallongée, sans nouvelles formalités médicales, si le contrat est accepté aux conditions normales, sans exclusion ni surprime, dans la limite de 3 ans, sur étude de l'assureur.

L'Assureur se réserve néanmoins la possibilité d'accepter la souscription de personnes ne remplissant pas les conditions détaillées ci-dessus après étude spécifique, et dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions Particulières.

Votre contrat est constitué

- Des présentes Conditions Générales valant Note d'Information et du bulletin de souscription qui précisent les droits et obligations réciproques des parties ;
- Des conditions particulières, document matérialisant les conditions d'acceptation de votre souscription par l'assureur. Ce document indique notamment la date d'entrée en vigueur de vos garanties, leur nature, leur étendue, leur durée, leur montant, le détail des cotisations et le bénéficiaire du contrat.

3.2. Formalités de souscription

Les garanties du présent contrat sont réservées aux personnes ayant satisfait aux formalités médicales, le cas échéant financières et ayant communiqué les informations complémentaires demandées par l'assureur.

En cas de non déclaration de la part de l'assuré de tout élément de nature à modifier l'étude du risque par l'assureur, il pourra être fait application des dispositions prévues aux articles L113-2, L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

3.2.1. Couverture accidentelle temporaire

(sous réserve des exclusions contractuelles visées à l'article 7 des Conditions Générales valant Note d'Information)

Le risque de Décès par accident est couvert dès le lendemain de la signature du bulletin de souscription du contrat Abeille Emprunteur, **sous réserve que l'assuré ait accepté une offre de prêt en sa faveur.** Cette couverture cesse au plus tôt à la date d'entrée en vigueur des garanties qui figure aux conditions particulières et au plus tard au terme d'un délai maximum **de 90 jours** à compter de la date de signature du bulletin de souscription.

Le capital garanti au titre de cette couverture accidentelle temporaire est égal au montant du capital décès à garantir plafonné à 200 000 euros.

3.3. Entrée en vigueur des garanties

L'entrée en vigueur des garanties est conditionnée par une acceptation préalable du contrat par l'assureur.

L'acceptation des garanties par l'assureur est subordonnée à :

- la production d'un questionnaire de santé et, le cas échéant, de formalités médicales et financières,
- la production d'un questionnaire spécifique pour les activités professionnelles et sportives pratiquées par l'assuré.

Elle prend également en considération les déplacements que l'assuré peut être amené à effectuer en France et à l'étranger. En outre, il pourra être demandé des informations complémentaires.

Les garanties entrent en vigueur :

- soit à la date de signature de l'offre de prêt
- soit à la date de déblocage des fonds, selon le choix formulé par le souscripteur sur le bulletin de souscription. En tout état de cause les garanties ne peuvent entrer en vigueur que le lendemain zéro heure de la réception par l'assureur du bulletin de souscription, à la double condition de l'acceptation de la souscription par l'assureur et du paiement de la première cotisation.

Dans le cas d'une acceptation immédiate de l'adhésion par l'assureur :

- lorsque le souscripteur a choisi la signature manuscrite, les conditions particulières sont émises directement par le conseiller en assurances. **Le souscripteur doit retourner signé un exemplaire des conditions particulières, au siège de l'assureur (Abeille Vie - 70 avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes Cedex). En l'absence d'envoi des conditions particulières signées à l'assureur dans le délai de 60 jours suivant sa date de délivrance, le contrat sera rétroactivement annulé.** Une lettre recommandée avec accusé de réception sera adressée au souscripteur afin de l'informer de cette annulation.
- lorsque le souscripteur a choisi la signature dématérialisée, les conditions particulières et l'ensemble des documents contractuels - dès signature - sont mis à disposition du souscripteur dans son espace sécurisé et automatiquement transmis à l'assureur.

Dans le cas d'une acceptation différée du contrat par l'assureur :

Les garanties entrent en vigueur au plus tôt le lendemain zéro heure de la réception par l'assureur du bulletin de souscription, à la condition de l'acceptation du contrat par l'assureur.

- Lorsque le souscripteur a choisi la signature manuscrite, le souscripteur doit envoyer un bulletin de souscription signé au siège de l'assureur.
- Lorsque le souscripteur a choisi la signature dématérialisée, le bulletin de souscription - dès signature - est automatiquement transmis à l'assureur et est également mis à disposition du souscripteur dans son espace sécurisé avec la présente notice.

Dans tous les cas, l'acceptation du contrat par l'assureur est matérialisée par la remise, l'envoi ou la mise à disposition du souscripteur des conditions particulières. La date d'entrée en vigueur des garanties est portée sur les conditions particulières, sous réserve du paiement de la première cotisation.

3.4. Date de déblocage des fonds empruntés.

Le souscripteur doit informer l'assureur de la date effective de déblocage des fonds au plus tard dans les 30 jours ouvrés suivant celle-ci.

A défaut d'information de la part du souscripteur, la date de déblocage déclarée lors de sa souscription au contrat Abeille Emprunteur est réputée comme étant effective et constitue le point de départ de la dégressivité des capitaux.

En cas de décalage du déblocage des fonds qui nécessite un report du terme du contrat Abeille Emprunteur de 36 mois au plus, un avenant sera établi afin d'ajuster les caractéristiques du contrat, dans les limites définies à l'article 3-7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information.

3.5. Durée du Contrat – Fin du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée d'un an suivant la date d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, et ce pendant toute la durée du prêt spécifiée sur les conditions particulières, sauf si l'assuré manifeste sa volonté d'y mettre fin par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique envoyé à recommande_electronique_serv@abeille-assurances.fr adressée à l'assureur au plus tard 15 jours avant le terme de la période de 12 mois suivant la signature de l'offre de prêt, accompagnée de l'accord écrit du ou des organisme(s) prêteur(s) bénéficiaire(s) des garanties.

L'assureur mettra également fin au contrat dès lors que l'assuré lui déclarera selon les modalités prévues à l'article 3.7 ci-après, le remboursement total du prêt (que l'assuré soit l'emprunteur ou caution), la perte de qualité de caution de l'assuré, l'exigibilité anticipée du prêt.

En tout état de cause, le contrat prend fin, au plus tard, à l'échéance du prêt spécifiée sur les conditions particulières ou l'avenant éventuel.

La fin du contrat met automatiquement fin à l'ensemble des garanties.

3.6. Irrévocabilité des garanties

En cas de changement dans la situation de l'assuré en cours de contrat, les garanties souscrites seront maintenues aux mêmes conditions.

3.7 Les obligations de l'assuré

L'assuré est tenu de déclarer à l'assureur dans un délai de 12 mois :

- **tout remboursement anticipé partiel ou total du prêt ;**
- **toute exigibilité du prêt avant terme ;**
- **la perte de la qualité de caution.**

- En cas de remboursement partiel,

La déclaration doit être obligatoirement accompagnée d'un nouveau tableau d'amortissement et d'un justificatif de l'organisme prêteur précisant la date de remboursement ou la date d'exigibilité du prêt.

L'assureur procédera à l'ajustement des garanties.

Toutefois, à défaut de déclaration dans le délai de 12 mois précité, l'ajustement ne rétroagira que pour les 12 derniers mois de période d'assurance précédant la déclaration effective.

- En cas de remboursement total ou d'exigibilité du prêt ou de perte de la qualité de caution de l'assuré,

La déclaration devra être accompagnée d'un justificatif mentionnant le remboursement total ou d'exigibilité du prêt ou la perte de la qualité de caution de l'assuré et autorisant l'assureur à procéder à la résiliation des garanties du contrat. Les cotisations réglées seront remboursées à partir de la fin de période d'assurance au cours de laquelle le remboursement anticipé ou d'exigibilité est intervenu.

Toutefois, à défaut de déclaration dans un délai de 12 mois précité, le remboursement sera limité aux cotisations correspondant aux 12 derniers mois de période d'assurance précédant la déclaration effective.

3.8. Âge limite à la souscription et cessation des garanties

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'assuré, quel que soit ses jour et mois de naissance. Cet âge est calculé à la souscription et évolue à chaque échéance anniversaire de l'entrée en vigueur des garanties et permet de déterminer le tarif applicable.

A titre d'exemple concernant la cessation des garanties :

- l'assuré a 67 ans le 01/01 de l'année N et la date anniversaire du contrat est fixée au 01/06, l'assuré sera ouvert jusqu'au 31/05 de l'année N.
- l'assuré a 67 ans le 01/06 de l'année N et la date anniversaire du contrat est fixée au 01/01, l'assuré sera ouvert jusqu'au 31/12 de l'année N.

Les garanties cessent en même temps que le contrat et au plus tard aux événements ou âges de fin de garantie indiqués ci-après :

Type de Garantie	Âge limite de l'assuré à l'adhésion ⁽¹⁾	Cessation des garanties ⁽²⁾
Garanties de Base obligatoires		
Décès	85 ans	Dès la survenance de l'un des événements suivants : - 90 ans de l'assuré, - remboursement total du prêt.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	64 ans	Dès la survenance de l'un des événements suivants : - 67 ans de l'assuré, - remboursement total du prêt.
Garanties Optionnelles		
Incapacité Temporaire Totale (ITT)	64 ans	Dès la survenance de l'un des événements suivants : - remboursement total du prêt - date de départ à la retraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause - date de départ en préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause - les 67 ans de l'assuré.
Incapacité Permanente Partielle (IPP)	64 ans	
Incapacité Permanente Partielle à partir de 16% (IPP 16%)	64 ans	
Incapacité Permanente Totale (IPT)	64 ans	
Incapacité Professionnelle (IP)	64 ans	
Exonération du paiement des cotisations d'assurance	64 ans	
Option Sérénité	55 ans	
Option Garanties minorées	64 ans	
Enveloppe d'Assurabilité	60 ans	Dès la survenance de l'un des événements suivants : - 65 ans de l'assuré, - remboursement total du prêt - utilisation complète de l'enveloppe disponible - terme de la 5 ^{ème} année à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

(1) L'âge de l'assuré est obtenu par différence de millésime entre l'année d'assurance et son année de naissance.

(2) L'âge indiqué correspond à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint cet âge.

Conformément aux dispositions de l'article L132-26 du Code des Assurances, en cas d'erreur sur l'âge de l'assuré :

- si l'âge réel se situe en dehors des limites fixées par les présentes Conditions Générales valant Note d'Information, l'erreur sur l'âge entraîne la nullité de l'assurance ; les cotisations perçues sont alors restituées,
- si l'âge réel de l'assuré se situe dans les limites prévues par les présentes Conditions Générales valant Note d'Information, et si la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, les montants garantis sont réduits en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Dans le cas contraire l'assureur rembourse le surplus de cotisation versé, sous réserve des délais de prescription.

3.9. Non cumul

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Professionnelle, le paiement par anticipation du capital met fin à l'ensemble des garanties du contrat ainsi qu'au paiement des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente Partielle dont pourrait bénéficier l'assuré.

3.10. États antérieurs

Les garanties s'exercent :

- sur les conséquences des maladies dont les premières manifestations ont fait l'objet d'une constatation médicale postérieurement à l'entrée en vigueur des garanties ;
- sur les conséquences des accidents survenus postérieurement à l'entrée en vigueur des garanties.

Les garanties s'exercent en outre, sur les conséquences des accidents, des affections et des infirmités antérieurs ou existants au moment de la souscription, si ceux-ci ont été déclarés à l'assureur sur le questionnaire de santé et s'ils n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière portée sur les conditions particulières.

Ainsi, en cas de survenance d'une maladie ou d'un accident après acceptation de la souscription par l'assureur et avant la prise d'effet des garanties par l'assureur, sous réserve que l'assuré ait informé par lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique envoyé à recommande_electronique_serv@abeille-assurances.fr à l'assureur dans les 10 jours qui suivent la date initiale de la maladie ou de l'accident, les garanties s'exercent également :

- sur les conséquences de maladies ayant fait l'objet d'un constat médical entre la date de signature de la demande de souscription et la date d'entrée en vigueur des garanties.
- sur les conséquences des accidents survenus entre la date de signature du bulletin de souscription et la date d'entrée en vigueur des garanties.

Le défaut d'information de l'assureur dans les 10 jours qui suivent l'événement entraîne une absence d'indemnisation de la maladie ou de l'accident survenu(e) dans les conditions visées ci-dessus ainsi que ses suites et conséquences.

Cas particulier d'un changement d'assureur dans le cadre de la loi Hamon :

Lorsque :

- les garanties souscrites remplacent des garanties de même nature et de même niveau acquises précédemment chez un autre assureur,
- et que la pathologie ou l'infirmité résulte d'une maladie ou d'un accident survenant pendant la période comprise entre la date de signature du bulletin de souscription et la date d'entrée en vigueur des garanties,

Sous réserve que l'assuré ait informé l'assureur de cet événement dans les 10 jours qui suivent sa survenance, les garanties s'exercent alors uniquement en cas de rechute survenant postérieurement à la date d'entrée en vigueur des garanties sur les suites et conséquences de cette pathologie ou de cet accident. Cette pathologie ne fera l'objet d'aucune exclusion particulière dès lors que l'assureur a accepté la souscription. Si l'acceptation n'est pas encore prononcée, cet élément sera pris en compte lors de la phase d'acceptation.

Le défaut d'information de l'assureur dans les 10 jours qui suivent l'événement entraîne une absence d'indemnisation des rechutes de la maladie ou de l'accident survenu(e) dans les conditions visées ci-dessus ainsi que leurs suites et conséquences.

3.11. Etendue territoriale des garanties

Les garanties souscrites s'étendent au monde entier.

Si l'assuré se trouve en état d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité ou de PTIA, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenus hors de France, la constatation médicale de cet état et la détermination du taux d'invalidité devront être effectuées en France métropolitaine. L'assuré sera tenu de faire éllection d'un domicile en France métropolitaine pour les expertises et contestations d'ordre médical. Les frais de déplacement ou de rapatriement sont à la charge de l'assuré. Le droit au paiement des prestations ou à la prise en charge des cotisations débutera à la date du constat effectué en France Métropolitaine.

ARTICLE 4 ► Définition des garanties du contrat Abeille Emprunteur

Sous réserve d'acceptation du risque par l'Assureur, le contrat Abeille Emprunteur prévoit les garanties suivantes :

4-1. Garanties de base obligatoires

Décès

En cas de décès de l'assuré survenant pendant la période de couverture de ce risque, **(sous réserve des exclusions visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information)** l'assureur verse à l'organisme prêteur le capital restant dû au jour du décès dans la limite du montant garanti.

Ce capital sera versé dans les 30 jours qui suivent la réception à l'adresse postale de l'assureur, de toutes les pièces nécessaires au règlement de la prestation (voir article 6 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information).

Le paiement du capital décès met fin au contrat.

En cas de décès de l'assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt, sous réserve de l'acceptation de la souscription par l'assureur, avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure. L'assureur verse à l'établissement prêteur une somme équivalente au montant des sommes à débloquent, selon la quotité assurée.

Cas particulier lié à la mise en place d'un séquestre avec accord de ou des organisme(s) prêteur(s) :

Le bénéfice du capital garanti au titre du décès de l'assuré revient à la ou aux personne(s) désignée(s) dans la clause séquestre déposée chez un notaire. Le règlement de ce capital se fera entre les mains du notaire désigné ou de son successeur. Ce règlement libérera entièrement valablement et définitivement l'assureur. Si au décès de l'assuré, le notaire informe l'assureur, avant le règlement de la prestation, de la caducité du séquestre, l'assureur procédera alors au règlement dudit capital conformément à la désignation visée à l'article 4-3-1 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

L'assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) dès lors qu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit et que son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie : faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter et se déplacer. Il est également considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) en cas d'altération des fonctions cognitives nécessitant une surveillance ou une incitation permanente pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Cette altération devra être médicalement constatée par un test cognitif M.M.S.E. de Folstein dont le résultat devra être inférieur ou égal à 10 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test M.M.S.E. de Folstein).

Sont exclues de la notion d'assistance d'une tierce personne, les aides dites de stimulation et de surveillance ainsi que les simples interventions de type aide ménagère pour faire les courses ou le ménage.

L'état de PTIA est constaté par l'assureur par voie d'expertise médicale. Si l'assuré est atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, pendant la période de couverture de ce risque, **(sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information)** l'assureur verse par anticipation à l'organisme prêteur le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) dans la limite du montant garanti.

Le paiement par anticipation du capital décès met fin au contrat.

4.2. Garanties complémentaires

4.2.1. Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et par les personnes physiques ayant une activité professionnelle rémunérée au jour de la souscription.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de l'assuré, telle que décrite à l'article 9 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information, pendant la période de couverture de ce risque, et à l'expiration du délai de **franchise choisi**, l'assureur verse **(sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information)** à l'organisme prêteur le montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Incapacité Temporaire Totale et ce au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail dans la limite de 300 € par jour d'indemnisation par assuré. Par ailleurs, le versement de la prestation s'interrompt :

- dès que l'assuré peut reprendre son activité professionnelle, même partiellement, sauf cas prévus aux conditions de reprise partielle d'activité professionnelle,

- à la date fixée aux conditions particulières,
- et au plus tard à la date de cessation de la garantie telle que définie à l'article 3-8 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information.

Cette Incapacité Temporaire Totale doit être constatée médicalement et être d'une durée supérieure au délai de franchise choisi par l'assuré.

Le délai de franchise est déterminé à compter de la date de déclaration de l'Incapacité Temporaire Totale ou, si cette date est antérieure à la date de déblocage des fonds, à la date réelle de déblocage des fonds.

Rechute après reprise du travail (Article 9 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) :

- En cas de rechute justifiant une incapacité totale de travail et survenant **moins de deux mois après la reprise totale ou partielle du travail**, l'indemnisation reprend au premier jour de la rechute, à la condition que la rechute soit liée au même motif que l'arrêt de travail précédent qui a fait l'objet d'une indemnisation. Si le ou les arrêts de travail précédents n'ont pas donné lieu à indemnisation (car la durée de l'arrêt était inférieure à la franchise choisie), il sera tenu compte de ce ou ces arrêts de travail dans le décompte de la franchise.
- En cas de rechute survenant plus de deux **mois après la reprise totale du travail**, la franchise choisie sera à nouveau appliquée. Toutefois si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée, il ne sera pas fait application de la franchise.
- En cas de rechute survenant **plus de deux mois après la reprise partielle du travail**, la franchise ne sera pas à nouveau appliquée si la rechute est liée au même motif que l'arrêt de travail précédent ayant fait l'objet d'une indemnisation.

Dans tous les cas, pour un même accident ou une même maladie, le nombre de jours de travail pris en compte ne saurait excéder 1095 jours en un seul ou plusieurs arrêts.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale / Invalidité Professionnelle ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes sans activité professionnelle au moment du sinistre (Cf. article 9 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information).

Reprise partielle du travail après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail :

Lorsque l'assuré est admis à reprendre une activité professionnelle partielle après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale, l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information**) à l'organisme prêteur **50 %** du montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Incapacité Temporaire Partielle et ce pendant une période maximale de 6 mois, sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein pendant cette période.

En cas d'affection de longue durée (ALD) pour le même motif, il n'est pas exigé 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail pour justifier d'une indemnisation au titre de l'incapacité partielle. **En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Partielle à 16 %, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle.**

4.2.2. Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle et par les personnes ayant une activité professionnelle rémunérée au jour de la souscription.

La garantie Invalidité Permanente Partielle intervient au terme du 1095ème jour d'incapacité à compter de la date initiale de l'arrêt de travail. Si l'assuré est atteint d'une Invalidité Permanente Partielle, telle que décrite à l'article 9 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information, c'est à dire s'il est atteint d'une invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % pendant la période de couverture de ce risque, l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information**) à l'organisme prêteur **50 %** du montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Invalidité Permanente Partielle, dans la limite de 150 € par jour d'indemnisation par assuré. Le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée aux conditions particulières et en cas de reprise même partielle de l'activité professionnelle et au plus tard à la date de cessation de la garantie telle que définie à l'article 3-7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information.

4.2.2.1. Option Invalidité Permanente Partielle à partir de 16 %

Cette option ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP), en cours de paiement de cotisations. Elle est réservée exclusivement aux candidats à l'assurance exerçant une profession médicale à titre libéral ou aux professions libérales réglementées (Cf. article 9 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information). Lorsque cette option est souscrite, l'invalidité permanente partielle est prise en charge dès 16 %, (**sous réserve des dispositions spéciales et exclusions visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information**).

Les conditions suivantes sont alors appliquées :

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 16 %, la garantie ne s'exerce pas et l'organisme prêteur ne perçoit pas de prestations au titre de cette option.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 33 %, pendant la période de couverture de ce risque, l'assureur verse à l'organisme prêteur **25 %** du montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti.

Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Invalidité Permanente Partielle, dans la limite de 75€ par jour d'indemnisation par assuré. Le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée aux conditions particulières, en cas de reprise même partielle de l'activité professionnelle et au plus tard à la date de cessation de la garantie telle que définie à l'article 3-7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information.

Dispositions applicables aux garanties IPP et IPP à 16 % :

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de l'une de ces garanties ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle.

Si l'assuré, qui bénéficie d'une prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle 16 % (IPP 16 %), voit son taux d'invalidité permanente partielle évoluer entre 33 % et 66 %, la garantie IPP 16 % cesse et l'assureur indemniserà le sinistre au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) (cf. art. 4-2-2 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information). Si l'assuré, qui bénéficie d'une prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP), voit son taux d'invalidité évoluer vers un taux supérieur ou égal à 66 %, la garantie IPP cesse et l'assureur indemniserà le sinistre au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) ou de la garantie Invalidité Professionnelle (IP) (cf. art. 4-2-3 et 4-2-4 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) si ces garanties sont souscrites.

4.2.3. Invalidité Permanente Totale (IPT)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et par les personnes physiques ayant une activité professionnelle rémunérée au jour de la souscription.

Lorsque cette garantie est souscrite, elle remplace la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. L'assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale (IPT), telle que décrite à l'article 9 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information, s'il apporte la preuve d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ayant acquis un caractère stable et présumé définitif. Cette invalidité est couverte à partir d'un taux d'invalidité de 66 %.

Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.

Dans cette circonstance et si cette invalidité survient pendant la période de couverture de ce risque, l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information**) à l'organisme prêteur le capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'assureur de l'état d'Invalidité Permanente Totale (IPT) dans la limite du montant garanti.

Ce paiement met fin au contrat.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Partielle à 16 %.

Evaluation du taux d'invalidité pour les garanties Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Partielle à partir de 16 % et Invalidité Permanente Totale :

Ce taux est déterminé par voie d'expertise médicale.

- **Pour l'assuré exerçant une activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi au jour du sinistre**, ce taux est déterminé en fonction de deux critères :

- **l'incapacité fonctionnelle** : elle est fondée uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale, indépendamment de toute considération professionnelle. Le taux d'incapacité fonctionnelle est évalué selon le Barème Indicatif des Incapacités en Droit Commun, dit "Le Concours Médical". A défaut d'indication dudit Barème, ce taux est fixé selon les critères d'évaluation en droit commun.

- **l'incapacité professionnelle** : elle est appréciée en fonction de l'incidence de l'incapacité fonctionnelle (telle que définie ci-avant) sur l'activité professionnelle de l'assuré en tenant compte :
 - des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident,
 - des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession.

Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel. Le taux d'Invalidité Permanente est estimé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle conformément au tableau ci-après :

		Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'Incapacité Professionnelle	10			20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
	20		20,00	26,21	31,75	36,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
	30		22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
	40		25,20	33,02	40,00	46,42	52,41	58,09	63,50	68,68	73,68
	50	17,10	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
	60	18,17	28,84	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,68	78,62	84,34
	70	19,13	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,77	88,79
	80	20,00	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,53	92,83
	90	20,80	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
	100	21,54	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100

- Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, le taux d'invalidité permanente est apprécié en fonction de la seule incapacité fonctionnelle (telle que définie ci-avant) et notamment de l'incidence de celle-ci sur l'exercice des occupations habituelles non professionnelles de l'assuré.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ne sont pas déterminés à titre définitif, et peuvent être revus en fonction des contrôles ou expertises auxquels l'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré (Cf. 6-5 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information).

4.2.4. Invalidité Professionnelle (IP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès. Elle s'adresse exclusivement aux candidats à l'assurance exerçant une profession médicale, paramédicale ou libérale réglementée (cf. article 9 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information).

Lorsque cette garantie est souscrite, elle remplace la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Si le souscripteur opte pour la garantie Invalidité Professionnelle, la garantie Invalidité Permanente Totale ne peut pas être souscrite. Le capital garanti est versé (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information**), à concurrence des sommes dues, à l'organisme prêteur si, pendant la couverture de ce risque, l'assuré apporte la preuve qu'il se trouve, par suite de maladie ou l'accident, atteint d'un taux d'incapacité professionnelle supérieur ou égal à 66 % entraînant l'incapacité absolue et définitive **d'exercer sa profession**. Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

L'invalidité est évaluée par voie d'expertise médicale.

Le règlement intervient sur la base du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'assureur de l'invalidité professionnelle dans la limite du montant garanti. **Ce paiement met fin au contrat.** L'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'article 6.5 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Partielle à 16 %.

4.2.5. Exonération du paiement des cotisations d'assurance

Cette garantie est réservée aux souscripteurs personnes physiques.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) :

Si l'assuré se trouve dans l'incapacité totale d'exercer sa profession ou de se livrer à ses occupations habituelles (cf. Article 9 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information), pendant la couverture de ce risque, les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'assureur (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information**) à compter du 91ème jour d'incapacité totale. Toutefois, cette prise en charge est avancée à la date à laquelle commence le versement de la prestation au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de travail lorsque le souscripteur a opté pour cette garantie avec un délai de franchise inférieur à 90 jours.

La prise en charge se poursuit au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'Incapacité Temporaire Totale, si l'assuré reste en incapacité totale pendant toute cette période. Elle s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle sauf cas prévus aux conditions de reprise partielle d'activité professionnelle, et au plus tard à la date de cessation des garanties telle que définie à l'article 3-8 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information.

Reprise partielle du travail après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail :

Lorsque l'assuré est admis à reprendre une activité professionnelle partielle après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale, l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information**) à l'organisme prêteur, 50 % du montant de la cotisation. Cette prestation est prise en charge mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Incapacité Temporaire Partielle et ce pendant une période maximale de 6 mois, sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein pendant cette période.

En cas de rechute survenant moins de deux mois après la reprise du travail :
L'exonération du paiement des cotisations reprend dans les mêmes conditions que celles prévus en cas d'indemnisation de la rechute visées à l'article 4-2-1.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) :

La prise en charge des cotisations au titre de cette garantie intervient au terme du 1095ème jour d'incapacité, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente partielle est apportée c'est-à-dire lorsque l'assuré est atteint d'une invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %. L'assureur exonère (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information**) le souscripteur du paiement des cotisations d'assurance à hauteur de 50 %. Si l'option Invalidité Permanente Partielle (IPP) à partir de 16 % (cf. article 4-2-2-1 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) a été souscrite, la prise en charge des cotisations au titre de cette garantie intervient au terme du 1095ème jour d'incapacité, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente partielle, est apportée c'est-à-dire lorsque l'assuré est atteint d'une invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 33 %. L'assureur exonère (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information**), alors le souscripteur du paiement des cotisations d'assurance à hauteur de **25 %**.

Si l'option Sérénité (cf. article 4-2-7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) a été souscrite, la prise en charge des cotisations s'effectue, par dérogation aux dispositions de l'article 7.5 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information, dans les mêmes conditions d'indemnisation que celles applicables aux garanties ITT, IPP et IP.

4.2.6. Enveloppe d'Assurabilité

Cette garantie optionnelle est réservée à la couverture d'Emprunts Professionnels.

Elle ne peut être choisie qu'au moment de la souscription moyennant le paiement d'une cotisation unique, payable la première année d'assurance, en fonction du fractionnement choisi. L'option Enveloppe d'Assurabilité permet au souscripteur d'augmenter le montant des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sans nouvelles formalités médicales sous réserve de pouvoir attester d'un état de santé inchangé depuis la souscription dans les conditions suivantes :

- dans la limite de 30 % du montant du capital décès/PTIA souscrit à l'origine et d'un plafonnement de 250 000 €,
- au cours des 5 premières années à compter de l'entrée en vigueur des garanties
- en une seule ou en plusieurs fois,
- sur présentation, le cas échéant d'un rapport financier justifiant du besoin économique de la demande d'augmentation des garanties et du tableau d'amortissement du nouveau prêt à garantir.

Les prêts issus de l'utilisation de l'Enveloppe d'Assurabilité devront s'éteindre avant le 70^{ème} anniversaire de l'assuré. De plus, la cotisation Décès et Perte

Totale et Irréversible d'Autonomie y afférent est fonction du montant du capital supplémentaire demandé, de l'âge atteint par l'assuré et du tarif en vigueur lors de la demande d'augmentation des garanties.

Si une demande d'augmentation de garanties dépasse le plafond de 30 % du capital initial ou est supérieure à 250 000 € pour la couverture d'Emprunts Professionnels, le surplus de garanties sera soumis aux dispositions applicables à une nouvelle souscription, selon les présentes Conditions Générales valant Note d'Information du contrat Abeille Emprunteur en vigueur à cette date, et subordonné à des formalités médicales ainsi qu'à une nouvelle acceptation de l'assureur.

4.2.7 Option « Sérénité »

L'option « Sérénité » a pour objet de limiter les dispositions spéciales appliquées en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité.

Cette option ne peut être souscrite que par les candidats à l'assurance résidant en France Métropolitaine ou en Principauté de Monaco et exerçant une activité professionnelle.

Elle n'est accessible qu'au moment de la souscription au contrat Abeille Emprunteur. L'option « Sérénité » est résiliable à tout moment. Une fois résiliée, l'option « Sérénité » ne peut plus être souscrite. L'option « Sérénité » permet la prise en charge, aux conditions prévues aux articles 4-2-1 à 4-2-4 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information, **sans condition d'hospitalisation**, par dérogation à l'article 7-5 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information et sauf stipulation contraire figurant aux conditions particulières, de toute incapacité ou invalidité résultant :

- d'affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales), quelle qu'en soit la cause, ainsi que les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière,
- de maladies psychiques (dépressions quelles qu'elles soient, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, fatigue chronique) ainsi que les fibromyalgies.

4.2.8 Option « Garanties minorées »

L'option Garanties minorées permet de réduire de moitié le montant des garanties d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle si celles-ci ont été choisies par le souscripteur, proportionnellement à la quotité assurée.

4.3 Bénéficiaires des garanties

4-3-1 Cas standard

Le bénéfice des prestations garanties par le contrat revient pour l'ensemble des garanties à l'organisme prêteur.

4-3-2 Cas particulier lié à la mise en place d'un séquestre avec accord de ou des organisme(s) prêteur(s) :

Le bénéfice du capital garanti au titre du décès de l'assuré revient à la ou aux personne(s) désignée(s) dans la clause séquestre déposée chez un notaire.

Le règlement de ce capital se fera entre les mains du notaire désigné ou de son successeur. Ce règlement libérera entièrement valablement et définitivement l'assureur.

Si au décès de l'assuré, le notaire informe l'assureur, avant le règlement de la prestation, de la caducité du séquestre, l'assureur procédera au règlement dudit capital conformément à la désignation visée à l'article 4-3-1. Concernant les prestations dues au titre des garanties PTIA, Invalidité Permanente totale ou Partielle, Invalidité professionnelle, Invalidité fonctionnelle spécifique AERAS, Incapacité Temporaire Totale, le bénéficiaire reste l' (les) organisme(s) prêteur(s).

4.4 Assurance de co-emprunteurs

Lorsque plusieurs emprunteurs s'assurent chacun à 100 % pour la couverture du (de) même(s) prêt(s), le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie, l'invalidité permanente totale, l'invalidité professionnelle (si ces dernières garanties optionnelles sont souscrites) de l'un des emprunteurs, entraîne la résiliation automatique du contrat ou des contrats de l'autre ou des autres emprunteurs. Lorsque des coemprunteurs sont concomitamment en Incapacité Temporaire Totale ou en invalidité permanente partielle, le montant total des prestations servies au titre d'un prêt ne peut excéder le montant des sommes dues à (aux) organisme(s) prêteur(s) dans la limite des montants assurés.

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

Objet de la convention :

Le candidat à l'assurance emprunteur présentant un risque aggravé de santé, conforme aux dispositions prévues dans le cadre de la convention AERAS,

et ne pouvant être couvert selon les conditions normales d'acceptation du contrat Abeille Emprunteur (cf. niveau 1 de la convention AERAS), peut relever d'une nouvelle étude d'acceptation soumise à une tarification spécifique (cf. niveau 2 de la convention AERAS). Cette nouvelle étude est systématiquement effectuée par l'assureur individuellement. En cas de refus de toute garantie par l'assureur au titre du niveau 2, et sous réserve du respect des limites prévues par la convention AERAS, le dossier est présenté dans le cadre du « pool de réassurance » également appelé de niveau 3, conformément aux dispositions prévues à la convention AERAS.

Garantie Invalidité Fonctionnelle Spécifique en cas de risque aggravé de santé :

Conformément aux dispositions prévues dans le cadre de la convention AERAS, une garantie spécifique Invalidité Fonctionnelle peut être proposée par l'assureur à la souscription, dans le cas où les garanties, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle (cf. articles 4-2-3 et 4-2-4 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) ne peuvent être accordées pour des raisons médicales.

La garantie Invalidité Fonctionnelle spécifique n'est pas une option, le candidat à l'assurance ne peut la solliciter. Elle peut être accordée par l'assureur aux seuls candidats à l'assurance qui ont demandé lors de leur souscription à bénéficier des garanties Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle et qui, pour des raisons médicales ne peuvent pas en bénéficier.

La garantie Invalidité Fonctionnelle spécifique, intervient au terme de 1095 jours d'incapacité. Elle entre également en jeu dès que la preuve de l'état d'invalidité est apportée, c'est-à-dire la preuve d'une diminution des capacités physique ou mentale ayant acquis un caractère stable et présumé définitif.

Si avant son 67ème anniversaire, l'assuré est atteint d'une Invalidité Fonctionnelle d'un taux supérieur ou égal à 70 %, l'assureur verse **(sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information)** à l'organisme prêteur le capital restant dû au titre du prêt dans la limite du montant assuré au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'Invalidité Fonctionnelle spécifique.

Le paiement met fin au contrat.

L'Invalidité Fonctionnelle spécifique est fondée uniquement sur la diminution de capacité physique ou psychique, indépendamment de toute considération professionnelle. Le taux d'Invalidité Fonctionnelle est évalué par voie d'expertise médicale selon le barème d'invalidité annexé au code des pensions civiles et militaires.

Lorsque la garantie Invalidité Fonctionnelle Spécifique est accordée, elle remplace la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Pour plus d'informations sur les dispositions prévues dans le cadre de la convention AERAS, le candidat à l'assurance peut consulter le site www.aerasinfos.fr

ARTICLE 5 **Modalités de versement des cotisations**

5.1 Calcul des cotisations

Chaque année, la cotisation est calculée en appliquant à chacune des garanties le tarif en vigueur correspondant à l'âge atteint par l'assuré. Le détail des cotisations initiales figure aux conditions particulières.

5.2 Paiement des cotisations

La périodicité du règlement des cotisations est indiquée aux conditions particulières. Le souscripteur peut payer ses cotisations par année, par semestre, par trimestre, ou par mois. Le prélèvement sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire situé en France est obligatoire.

Il est possible de changer la périodicité des cotisations sur simple demande en respectant les minima en vigueur.

5.3 Non paiement des cotisations

Si une cotisation n'a pas été payée à l'expiration d'un délai de **10 jours** après la date d'échéance ou la demande de prélèvement, il sera adressé au souscripteur un pli recommandé l'avertissant de cette situation et de ses conséquences pour la continuité des garanties. L'organisme prêteur bénéficiaire des garanties est informé de cet envoi par écrit. Si la cotisation n'est toujours pas réglée dans un délai de **40 jours** après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties sont résiliées (par application de l'Article L132-20 du Code des Assurances et le cas échéant l'Article L 113-3 du Code des Assurances quand des garanties non vie auront été souscrites) et l'organisme prêteur bénéficiaire des garanties en est informé par courrier.

5.4 Maintien du tarif

Le montant des cotisations hors taxes est garanti pendant toute la durée du contrat. Ainsi même en cas de changement intervenant dans la situation de l'assuré, le tarif appliqué initialement reste inchangé.

ARTICLE 6 ► Formalités à remplir pour obtenir le paiement des prestations en cas de sinistre

6.1 Déclarations et délais de forclusion

En ce qui concerne les garanties en cas d'invalidité ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, il appartient à l'assuré, ou à ses ayants droit, de faire parvenir, à l'adresse postale de l'assureur (70 avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes Cedex), une déclaration dans les deux mois qui suivent la consolidation de cet état.

Pour obtenir le versement des prestations, ou la prise en charge des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale, la déclaration de l'incapacité doit être faite à l'adresse postale de l'assureur (70 avenue de l'Europe franchise choisie par le souscripteur (30, 60, 90 ou 180 jours). De la même façon, toute prolongation d'incapacité doit être déclarée à l'assureur avant la fin de la période qu'elle couvre, cette période ne pouvant dépasser un mois.

Dans les deux cas, le dépassement de ces délais pourrait entraîner l'annulation du droit à prestation pour la période précédant la date de réception des justificatifs.

6.2 Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de décès

En cas de décès de l'assuré, le règlement du capital est effectué après la remise par le bénéficiaire des documents suivants :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
- le décompte ou l'attestation de la banque indiquant le montant restant dû à la date du décès ;
- tout document établissant si possible les causes exactes du décès ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires qui pourraient être nécessaires pour la gestion des sinistres.
- tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.

6.3 Pièces à fournir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Professionnelle ou d'Invalidité Fonctionnelle Spécifique AERAS

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie affectant l'assuré, les pièces suivantes devront être transmises dans les 2 mois suivant la consolidation de l'état d'invalidité :

- s'il s'agit d'un assuré relevant du Régime Général ou du Régime Agricole de la Sécurité Sociale en tant que salarié, la notification du classement en 3ème catégorie mentionnant l'assistance d'une tierce personne ;
- s'il s'agit d'un assuré ne relevant pas d'un des régimes précités, toutes pièces médicales et tous documents administratifs attestant que l'assuré est définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante ;
- le décompte ou l'attestation de la banque indiquant le montant du capital restant dû à la date de reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires qui pourraient être nécessaires pour la gestion des sinistres.
- tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.

En cas d'invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Professionnelle, l'assuré doit fournir :

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son invalidité ;
- tous documents médicaux et administratifs pouvant attester d'une cessation d'activité ;
- le décompte ou l'attestation de la banque indiquant le capital restant dû du jour de la consolidation ou de l'incapacité professionnelle ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires qui pourraient être nécessaires pour la gestion des sinistres.
- tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.

6.4 Pièces à fournir pour le paiement des prestations liées à l'Incapacité Temporaire Totale et à l'Invalidité Permanente Partielle

En cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité Permanente Partielle, l'assuré doit fournir :

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son arrêt de travail ou de son invalidité ;
 - tous documents médicaux et administratifs pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
 - le dernier tableau d'amortissement du ou des prêt(s) en cours au jour de la constatation de l'incapacité ou de la consolidation de l'invalidité ;
 - tous formulaires fournis par l'assureur et tout document complémentaire qui pourrait être nécessaire pour la gestion des sinistres.
 - tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.
- Les prolongations sont admises pour une durée d'un mois au maximum.

6.5 Contrôles - Expertises

Préalablement à tout règlement de prestations effectué au titre des garanties PTIA, ITT, IPP, IPP à 16 %, IPT, Invalidité Fonctionnelle Spécifique AERAS ou exonération du paiement des cotisations d'assurance, l'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré à une expertise médicale auprès d'un médecin qu'il aura désigné. Les frais de déplacement de l'assuré resteront à la charge de ce dernier.

Si l'assuré, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer, le médecin devra avoir libre accès auprès de lui, afin de l'examiner.

En cas de désaccord entre les médecins de l'assuré et de l'assureur sur l'état de santé de l'assuré, il pourra être procédé à un arbitrage après accord des parties. L'assureur proposera une liste de trois médecins experts, dans laquelle l'assuré choisira lui-même celui qui arbitrera son dossier. Les honoraires du médecin arbitre seront supportés pour moitié par l'assuré, et pour l'autre moitié par l'assureur.

Cette expertise arbitrale est la dernière phase amiable, les parties pouvant en cas de désaccord saisir le juge en vue de la désignation d'un expert judiciaire.

Sauf si celle-ci est justifiée, toute opposition à ce droit de contrôle entraîne la cessation de la garantie et des prestations en cours.

ARTICLE 7 ► Exclusions et dispositions spéciales

7.1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties

- les conséquences des guerres civiles ou étrangères, rixes, insurrections sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel. Par guerre étrangère, on entend la guerre déclarée entre l'État français et un ou d'autres États, mais également les opérations militaires dans lesquelles l'Etat français pourrait se trouver impliqué, indépendamment de toute déclaration de guerre, notamment dans le cadre des interventions consécutives aux résolutions de l'ONU ;
- les conséquences résultant d'actes de terrorisme ou d'attentats dans lesquels l'assuré a pris une part active.

7.2. Risques exclus en cas de décès

- le décès par suicide au cours de la première année suivant la date d'effet ou la date d'augmentation des garanties ou la date de remise en vigueur du contrat. Après cette première année, le suicide est assuré normalement. Toutefois, le suicide de l'assuré sera pris en charge dès la souscription si le prêt couvert est destiné à financer l'acquisition de la résidence principale de l'assuré, et dans la limite du montant mentionné au Décret visé par l'article L 132-7 du Code des Assurances.
- la garantie décès cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.

7.3. Risques exclus en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'invalidité

- les conséquences des tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- les conséquences de l'usage de toxiques ou de stupéfiants ou produits analogues non prescrits médicalement ou utilisés sans respect des directives d'un médecin, ou d'accidents survenant lorsque l'assuré est sous l'effet de ces substances ;
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que les effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules chargées électriquement ;

Toutefois les garanties restent acquises aux assurés militaires qui dans le cadre de leur activité professionnelle sont affectés dans une unité ou dans un service dont l'activité normale et habituelle est de mettre en oeuvre des armements nucléaires ou d'utiliser des sources d'énergie nucléaire, sous réserve que l'assureur ait été préalablement informé du risque lié à l'activité professionnelle au moment de la souscription ; De même, les conséquences d'un dysfonctionnement ou d'une mauvaise manœuvre dans l'utilisation d'appareils de radiologie sont garanties s'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'assuré est soumis ;

7.4. Risques exclus en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité

- les conséquences de l'état de grossesse pendant les 6 semaines précédant la date présumée d'accouchement, la garantie étant acquise avant cette période seulement en cas de grossesse pathologique
- les conséquences de l'accouchement pendant les 10 semaines lui succédant, la garantie étant acquise après cette période seulement en cas de suites de couche pathologiques.

Sont également exclus de la garantie les arrêts de travail pour traitement de la stérilité ou pour procréation médicalement assistée;

- les arrêts de travail en rapport avec des interventions de chirurgie esthétique, lorsque celles-ci ne sont pas motivées par des séquelles d'accident.

7.5. Dispositions spéciales

En outre, en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité uniquement, les dispositions suivantes s'appliquent :

7.5.1. Modalités d'indemnisation des affections disco vertébrales en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite – cf. article 4-2-7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) :

Les affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales), quelle qu'en soit la cause, ainsi que les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière, sont indemnisées si elles donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de 7 jours (6 nuitées).

La franchise est décomptée à partir du 1er jour d'hospitalisation.

7.5.2. Modalités d'indemnisation des maladies psychiques en cas d'Incapacité de Temporaire Totale ou d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite - cf. article 4-2-7 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) :

Des maladies psychiques (dépressions queltes qu'elles soient, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, fatigue chronique) ainsi que les fibromyalgies quelle qu'en soit l'origine, sont indemnisées si elles donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de 30 jours en établissement spécialisé.

La franchise est décomptée à partir du 1er jour d'hospitalisation.

7.6. Activités sportives à risques

7.6.1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties

Les conséquences de la pratique, en qualité d'amateur ou de professionnel (cf. article 9), des sports suivants : le base jumping ; le plongeon de falaise.

7.6.2. Risques exclus en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'invalidité

- les conséquences de la pratique de sports réalisés à titre professionnel ;
- les disciplines équestres suivantes : chasse à courre, concours complet, course attelée, endurance, endurance en attelage, hunter, polo, poursuite par équipe, saut d'obstacles (à l'exception des assurés exerçant une activité professionnelle agricole hippique).

7.6.3 Risques sportifs spécifiques

La pratique des sports, activités ou loisirs décrits ci-après, même occasionnelle, **peut être couverte à la demande de l'assuré et sous réserve d'acceptation par l'assureur**, après étude préalable et application éventuelle de conditions particulières :

- Les sports automobiles : courses sur circuit, courses de voiture de tourisme ou de sport, courses de dragster, karting avec compétition, tout autre sport automobile.
- Les sports motos : courses sur circuit, courses d'enduro, courses de motocross, quad avec compétition, courses sur glace, courses de scooter ou cyclomoteur, courses de trial, tout autre sport moto.
- Les sports aériens en qualité de pilote : aviation, hélicoptère, planeur, vol à voile, montgolffière, aérostation, autogire, gyroplane, ultraléger motorisé, deltaplane, parapente, parachutisme, paravoile, tout autre vol motorisé ou non.
- Les sports nautiques : plongée subaquatique, canoë avec compétition, kayak avec compétition, jet ski avec compétition, kite-surf avec compétition, yachting avec compétition, ski nautique avec compétition, motonautisme avec compétition.
- Les sports de montagne : escalade, varappe, alpinisme, trekking, luge de course avec compétition, bobsleigh avec compétition, skeleton avec compétition, motoneige avec compétition, ski alpin avec compétition, ski de fond avec compétition, ski freestyle.
- Les sports extrêmes : canyoning, rafting en eau vive, saut à l'élastique, tout autre sport extrême.
- Le raid aventure, la spéléologie, le VTT avec compétition, le BMX avec compétition, le MTB avec compétition, le bodybuilding avec compétition, le culturisme avec compétition, l'haltérophilie avec compétition, la chasse au gros gibier hors Europe.

Lorsque la couverture de l'un de ces sports est accordée par l'assureur, les conditions d'assurabilité seront portées aux conditions particulières. Les baptêmes et initiations sont garantis par le présent contrat.

7.6.4. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail résultant de la pratique de certains sports en amateur

En cas d'incapacité de travail consécutive à la pratique d'un des sports décrits ci-après en qualité d'amateur il sera fait application d'une franchise absolue de **90 jours**, si la franchise choisie est inférieure : l'aïkido, le hapkido, le jiu-jitsu, le karaté, le kick boxing, le kung-fu, le taekwondo, le viet-vo-dao, la savate, la lutte (quelle qu'elle soit), la boxe (quelle qu'elle soit), le catch, le rugby (quel qu'il soit) ainsi que les disciplines équestres suivantes : gymkhana, équifun, voltige, horse-ball, pentathlon moderne, ski-joëring, yoseikan-bajutsu, équitation western.

7.6.5. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité et de PTIA pour les assurés exerçant une activité professionnelle agricole hippique

Par dérogation aux dispositions de l'article 7.6.2 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information, les disciplines équestres suivantes sont assurées, y compris en cas de démonstrations, courses et compétitions nécessitant l'utilisation d'équidés : concours complet, course attelée, endurance, endurance en attelage, poursuite par équipe, saut d'obstacles.

En cas d'incapacité de travail consécutive à la pratique de l'une de ces disciplines, il sera fait application d'une franchise absolue de 90 jours, si la franchise choisie est inférieure. Concernant le saut d'obstacles, la franchise choisie au jour de la souscription sera appliquée.

ARTICLE 8 ► Les droits qui vous protègent - Dispositions diverses

8.1. Droit de renonciation et modalités

Le souscripteur peut renoncer à son contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son contrat est conclu.

Le contrat est conclu à la date d'encaissement de la 1^{ère} cotisation. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'adresse postale de l'assureur, ou d'un envoi recommandé électronique envoyé à `recommande_electronique_serv@abeille-assurances.fr` rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e), déclare renoncer à mon contrat Abeille Emprunteur "N°..... pour le motif suivant : et demande à recevoir le remboursement total des sommes versées au titre de ce contrat dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre".
(Date)..... (Signature)

A compter de l'envoi de cette lettre, le contrat prend fin. Le défaut de remise des documents et informations prévus à l'article L 132-5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L 132-5-1, jusqu'au 30^{ème} jour calendaire révolu suivant la date de la date où le souscripteur est informé que son contrat est conclu.

8.2. Protection des données personnelles

Les données personnelles communiquées par les personnes intéressées ou générées du fait du contrat, sont conservées par le responsable de traitement conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat et des prescriptions légales.

Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation des données personnelles sur le site internet d'Abeille Assurances (rubrique « mentions légales »).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification de vos données personnelles ainsi que dans certains cas, l'effacement et la limitation de traitement de vos données.

Vous pouvez demander le retrait de votre consentement au traitement précédemment donné.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles dans les cas prévus par la réglementation, notamment lors des opérations de gestion commerciale des clients et prospection commerciale.

Vous pouvez également demander la portabilité des données personnelles que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Pour exercer ces droits, il est nécessaire d'écrire à Abeille Vie – Service réclamation - TSA 72710 - 92895 Nanterre cedex 9 - Email : `protectiondesdonnees@abeille-assurances.fr`.

En cas de communication de données médicales lors de la passation ou l'exécution du contrat d'assurances, vous pouvez demander l'accès et la rectification, à ces données en écrivant à Abeille Vie - VGED - 70 avenue de

l'Europe - 92270 Bois-Colombes à l'attention du Médecin Conseil.
En cas de désaccord persistant concernant vos données personnelles vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - www.cnil.fr

La collecte et le traitement des données personnelles ayant pour finalité :

- La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- La lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme, sont nécessaires à la conclusion du contrat et au respect par l'assureur de ses obligations légales.

L'information complète à jour concernant le traitement de vos données personnelles est consultable sur le site internet d'Abeille Assurances (rubrique « mentions légales »).

8.3. Droit d'information

Le souscripteur recevra chaque année un relevé de situation sur lequel figureront notamment le montant de ses garanties ainsi que le détail de ses cotisations.

8.4 Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Si l'assuré ou le souscripteur en tant que consommateur, ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il a la possibilité de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique via le site internet : www.bloctel.gouv.fr.

8.5. Procédure d'examen des litiges

Toute réclamation concernant le présent contrat doit être adressée à l'assureur, Abeille Vie – Service réclamation - TSA 72710 – 92895 Nanterre cedex 9. Abeille Vie en accuse réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). Le délai de réponse maximal est de 2 mois à compter de la réception de la réclamation. En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance - LMA - TSA 50110 75441 PARIS CEDEX 09 - www.mediation-assurance.org. Le recours à l'avis du Médiateur est ouvert aux particuliers et est gratuit.

8.6. Organisme de contrôle

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Les éventuels différends peuvent être portés devant l'ACPR - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. www.acpr.banquefrance.fr

8.7. Prescription

a) Délais de prescription

Conformément à l'article L. 114-1 du code des assurances, toutes les actions dérivant de votre contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le délai précité de l'article L. 114-1 est porté de deux ans à cinq ans en matière d'assurance sur la vie (article L. 192-1 du code des assurances).

b) Les Causes d'interruption de la prescription

Les délais de prescription, prévus au paragraphe a) ci-dessus, sont interrompus par les événements suivants :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité,
- la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel il prescrivait c'est-à-dire, en particulier, la reconnaissance par l'assureur de la couverture du sinistre en ce qui concerne l'action en règlement de l'indemnité et la reconnaissance de dette de l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime,
- la demande en justice, même en référé, y compris lorsque la demande est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de

la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ; l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

8.8. Indications générales liées au régime fiscal

Les prestations servies au titre du contrat Abeille Emprunteur sont soumises à la réglementation fiscale en vigueur en France.

8.9. Participation aux bénéfices techniques et financiers

Pour ce contrat, l'assureur ne verse aucune participation au titre des bénéfices techniques et financiers.

ARTICLE 9 Lexique

Accidents :

Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Âge :

L'âge tarifé est obtenu par différence entre le millésime de l'année d'assurance et le millésime de l'année de naissance de l'assuré.

Assuré :

Personne physique sur laquelle repose l'assurance.

Bénéficiaire :

Le ou les organisme(s) prêteur(s), réputé(s) bénéficiaire(s) acceptant, désigné(s) sur le bulletin de souscription et / ou les Conditions Particulières, à concurrence des sommes dues dans la limite du montant garanti.

Cas particulier lié à la mise en place d'un séquestre avec accord de ou des organisme(s) prêteur(s) :

Le bénéfice du capital garanti au titre du décès de l'assuré revient à la ou aux personne(s) désignée(s) dans la clause séquestre déposée chez un notaire. Le règlement de ce capital se fera entre les mains du notaire désigné ou de son successeur. Ce règlement libérera entièrement valablement et définitivement l'assureur.

Si au décès de l'assuré, le notaire informe l'assureur, avant le règlement de la prestation, de la caducité du séquestre, l'assureur procédera au règlement dudit capital conformément à la désignation visée au point 4-3-1 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information.

En cas de pluralité d'organismes prêteurs, l'assureur n'enregistrera qu'une seule clause séquestre listant l'intégralité des prêts à l'origine du contrat.

Concernant les prestations dues au titre des garanties PTIA, Invalidité Permanente totale ou Partielle, Invalidité professionnelle, Invalidité Fonctionnelle spécifique AERAS Incapacité Temporaire Totale, le bénéficiaire reste l' (les) organisme(s) prêteur(s).

Conditions particulières :

Document émis par l'assureur et remis ou envoyé au souscripteur, matérialisant sa souscription au contrat Abeille Emprunteur. Ce document indique notamment la date d'entrée en vigueur des garanties, leur nature, leur étendue, leur durée, leur montant ainsi que le détail des cotisations.

Consolidation médicale:

Stabilisation durable et présumée définitive de l'état de santé de l'assuré n'évoluant plus, ni vers une amélioration ni vers une dégradation.

Échéances du prêt :

- Prêt à taux fixe et taux variable : il s'agit des échéances représentatives des amortissements du capital emprunté et des intérêts tels que définis par le tableau d'amortissement établi par l'organisme prêteur, à l'exclusion de tous les frais divers (frais de remboursement anticipé, pénalités de retard, frais de dossier, ...). Pour les prêts à taux variable, le montant de la prise en charge des échéances du prêt est calculé d'après le dernier tableau d'amortissement reçu par l'assureur. En ce qui concerne les prêts comportant une période de différé d'amortissement, l'assureur prend en charge les intérêts venant à échéance pendant la période de différé. Au-delà de cette période, l'assureur prend en charge les échéances du prêt telles que définies ci-avant.

- Prêts in fine et prêts relais : il s'agit des échéances représentatives des seuls intérêts, à l'exclusion des amortissements du capital emprunté et frais divers.

Envoi Recommandé électronique

L'envoi recommandé électronique est équivalent à l'envoi par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dès lors qu'il satisfait à certaines conditions. Il faut notamment que :

- le service soit fourni par un prestataire de services de confiance dont la liste est consultable à l'adresse suivante <https://www.ssi.gouv.fr/liste-produits-et-servicesqualifies> (rubrique Service d'envoi recommandé électronique)
- l'envoi recommandé électronique soit signé électroniquement par le prestataire et horodaté.

À défaut, l'envoi n'aura pas valeur d'envoi recommandé électronique, et il ne sera pas donné suite à la demande.

Si vous souhaitez utiliser l'envoi recommandé électronique dans les

conditions énoncées ci-dessus, l'adresse est la suivante : recommande_electronique_serv@abeille-assurances.fr

Maladie :

Par maladie, on entend toute altération de la santé de l'assuré médicalement constatée.

Incapacité Temporaire Totale (ITT) :

Sera considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) l'assuré exerçant une activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi au jour du sinistre, lorsqu'il ne peut plus exercer sa profession, d'aucune manière que ce soit, même partiellement, qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.

Sera également considéré en Incapacité Temporaire Totale l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, contraint d'observer un repos total et complet suite à hospitalisation ou obligation médicale de maintien au domicile, et qui serait dans l'impossibilité temporaire complète d'exercer ses occupations habituelles non professionnelles. Cette Incapacité Temporaire Totale doit être constatée médicalement et être d'une durée supérieure au délai de franchise.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) :

Sera considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'assuré exerçant une activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi, au jour du sinistre et qui peut apporter la preuve d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ayant acquis un caractère stable et présumé définitif. L'invalidité permanente est partielle lorsque le taux d'invalidité conservé par l'assuré est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.

Sera également considéré en Invalidité Permanente Partielle l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant atteint d'une Invalidité Permanente Partielle dont le taux est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.

Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.

Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, l'invalidité est appréciée en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette l'incapacité (telle que définie à l'article 4.2.2 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) sur l'exercice des occupations habituelles et non professionnelles de l'assuré.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est évalué par voie d'expertise médicale.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) À 16 % :

Sera considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'assuré exerçant une activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi, au jour du sinistre et qui peut apporter la preuve d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ayant acquis un caractère stable et présumé définitif. L'invalidité permanente est partielle lorsque le taux d'invalidité conservé par l'assuré est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 33 %. Sera également considéré en IPP l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant atteint d'une IPP dont le taux est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 33 %.

Le taux d'invalidité sera déterminé dans les mêmes conditions que pour l'IPP et par voie d'expertise médicale.

Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, l'invalidité est appréciée en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette l'incapacité (telle que définie à l'article 4.2.2 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) sur l'exercice des occupations habituelles et non professionnelles de l'assuré.

Invalidité Permanente Totale (IPT) :

Sera considéré en état d'Invalidité Permanente Totale (IPT), l'assuré exerçant une activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi, au jour du sinistre et qui peut apporter la preuve d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ayant acquis un caractère stable et présumé définitif. L'invalidité permanente est totale lorsque le taux d'invalidité conservé par l'assuré est supérieur ou égal à 66 %. Sera également considéré en IPT l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant atteint d'une IPT dont le taux est supérieur ou égal à 66 %.

Le taux d'invalidité sera déterminé dans les mêmes conditions que pour l'IPP et par voie d'expertise médicale.

Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, l'invalidité est appréciée en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette l'incapacité (telle que définie à l'article 4.2.3 des présentes Conditions Générales valant Note d'Information) sur l'exercice des occupations habituelles et non professionnelles de l'assuré.

Invalidité Professionnelle (IP) :

L'assuré est considéré en état d'Invalidité Professionnelle (IP), s'il apporte la preuve qu'il se trouve atteint par suite de maladie ou d'accident, d'une incapacité professionnelle entraînant l'incapacité absolue et définitive d'exercer sa profession au jour de la déclaration du sinistre. Cette invalidité est couverte à partir d'un taux d'incapacité professionnelle de 66 % Sera également considéré en IP l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant dans l'incapacité fonctionnelle totale et présumée définitive d'exercer une occupation quelconque. Cette invalidité est couverte à partir d'un taux d'incapacité fonctionnelle de 66 %.

Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

L'assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) dès lors qu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit et que son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie : faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter et se déplacer.

Il est également considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) en cas d'altération des fonctions cognitives nécessitant une surveillance ou une incitation permanente pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Sont exclues de la notion d'assistance à tierce personne les simples interventions de type aide ménagère comme les courses ou le ménage.

Professions libérales réglementées :

Les professions libérales réglementées sont les suivantes : Administrateurs judiciaires, Architectes, Avocats, Avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, Commissaires aux comptes, Commissaires-priseurs judiciaires, Conseils en propriété industrielle, Experts agricoles, fonciers ou forestiers, Experts comptables, Géomètres experts, Greffiers de tribunal de commerce, Huissiers de Justice, Mandataires liquidateurs, Notaires et par assimilation sont aussi considérés comme professions libérales réglementées les Courtiers en assurance et les Agents généraux d'assurance.

Professions médicales (exercées à titre libéral ou salarié) :

Sont concernés ici les professionnels de santé pouvant exercer des actes médicaux, ayant le droit de prescription et inscrits à un Ordre professionnel médical.

Ne sont pas considérés comme Professions Médicales les praticiens de médecine non conventionnelle sauf s'ils sont inscrits à l'Ordre National des Médecins.

Professions paramédicales (exercées à titre libéral ou salarié) :

Sont concernés ici les professionnels de santé pratiquant des actes de soins, des actes de rééducation ou de réadaptation ou des actes medicotechniques, sur prescription médicale : les infirmiers, les kinésithérapeutes, les masseurs-kinésithérapeutes, les ostéopathes, ergothérapeutes, audioprothésistes, chiropracteurs, prothésistes, orthésistes.

Ne sont pas considérés comme Professions Paramédicales les praticiens de médecine non conventionnelle sauf s'ils sont inscrits à un Ordre Professionnel paramédical ou s'ils pratiquent l'ostéopathie.

Rechute :

Arrêt de travail justifié en raison d'une nouvelle manifestation d'une maladie ou des suites d'un accident ayant déjà donné lieu à une indemnisation.

Souscripteur :

Personne physique ou morale qui souscrit le contrat et s'engage à payer les cotisations.

Sports :

• Sport amateur :

Sport pratiqué occasionnellement ou régulièrement, sans courses ou compétitions.

• Sport en compétition :

Sport amateur de haut niveau donnant lieu à la participation à des courses ou compétitions officielles, rémunérées ou non.

Nota :

- pour le ski alpin et le ski de fond, la compétition s'entend comme compétition sportive organisée par une fédération nationale ou internationale, à l'exception des tests de niveaux de l'Ecole de Ski Français (ESF).

- pour le karting et le quad, la compétition s'entend hors courses entre amis, collègues ou en famille.

• Sport professionnel :

Sport pratiqué avec une licence professionnelle et incluant la participation à des courses ou compétitions rémunérées.



V3777L - (06/2022) Fabrication sur papier issu de forêts gérées durablement – IFGD
Imprimerie SIPAP - Pôle République - 2 rue des Transporteurs - B.P. 91077 - 86061 POITIERS CEDEX 9.



Abeille Vie

*Société anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation au capital de 1 205 528 532,67 €
Entreprise régie par le Code des assurances.*

Siège social : 70 avenue de l'Europe 92270 Bois-Colombes - 732 020 805 R.C.S. Nanterre