

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR**Contrats n° FR_00252 FACL et FR_00252 FICL****INTRODUCTION**

La présente notice d'information précise vos conditions générales d'assurance. Les informations qui y sont fournies sont de caractère commercial et valables sans limitation de durée, sous réserve de la conclusion de l'adhésion au présent contrat. Merci de lire ce document attentivement et de le conserver dans un endroit sûr et accessible.

La présente notice d'information vaut conditions générales des contrats d'assurance emprunteur AXA France Vie et AXA France IARD qui sont des compagnies d'assurance vie et dommages membres du groupe AXA, contrats d'assurance groupe à adhésion facultative souscrits par FCE Bank plc auprès des Assureurs tel que défini au chapitre DEFINITIONS. Les présents contrats sont gérés par les Assureurs et présentés sous la responsabilité du Souscripteur.

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Assuré : la personne physique, locataire ou co-locataire sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.

Si le locataire est une personne morale, le représentant légal de celle-ci sur lequel reposent les garanties du présent contrat.

Assureur : pour la garantie décès du présent contrat, AXA France Vie, et pour les autres garanties du présent contrat, AXA France IARD, représentée par sa succursale française.

Bénéficiaire : désigne le Souscripteur, le bénéficiaire des prestations du présent contrat dans la limite de sa créance au titre de l'opération de financement.

Délai de carence : la période qui commence à la date d'effet de l'adhésion au présent contrat et des garanties et pendant laquelle l'Assuré n'est pas garanti. Pour la garantie incapacité de travail par suite de maladie, le Délai de carence est de 30 jours consécutifs, et pour la garantie perte d'emploi, il est de 90 jours pour les salariés en contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois à la date de l'adhésion et de 180 jours pour tous les autres adhérents.

Délai de franchise : la période qui commence à la date de survenance du sinistre et qui se termine à la date à laquelle l'Assureur commence à indemniser le Bénéficiaire. Aucune indemnité n'est due au titre du Délai de franchise. Pour la garantie incapacité de travail, le Délai de franchise est de 45 jours consécutifs. Pour la garantie Perte d'emploi, il est de 90 jours consécutifs.

Souscripteur : FCE Bank plc, représentée par sa succursale française.

ARTICLE 2 - OBJET

Le présent contrat a pour objet le paiement de tout ou partie des sommes dues par l'Adhérent au titre de l'opération de financement concernée par l'adhésion au présent contrat, en cas de décès, d'incapacité de travail ou de perte d'emploi de l'Assuré. L'adhérent reste tenu de rembourser les sommes dues au Souscripteur au titre de l'opération de financement jusqu'à versement des prestations du présent contrat.

ARTICLE 3 - NATURE DES OPERATIONS DE FINANCEMENT CONCERNEES

Le présent contrat concerne les opérations de financement – contrats de location avec promesse de vente (option d'achat) – d'une durée maximum de 72 mois et d'un montant maximum de 121 800 euros, réalisées en euros et conclues avec le Souscripteur avant la date de prise d'effet de l'adhésion au présent contrat.

ARTICLE 4 - GARANTIES

Les options de garantie proposées ont pour objet de couvrir l'Assuré en cas :

OPTION « D » :

- De DECES

OPTION « D.I. » :

- De DECES

- D'INCAPACITE DE TRAVAIL (incapacité temporaire et totale de travail et incapacité permanente et totale de travail)

OPTION « D.I.P.E. » :

- De DECES

- D'INCAPACITE DE TRAVAIL (incapacité temporaire et totale de travail et incapacité permanente et totale de travail)

- De PERTE D'EMPLOI

OPTION « DECES AERAS » :

- De DECES

OPTION « SENIORS » :

- De DECES

L'option choisie est indiquée dans le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 5 - PERSONNES ASSURABLES - QUOTITE GARANTIE**PERSONNES ASSURABLES****OPTIONS « D » et « D.I. » :**

Sont assurables les personnes physiques qui, à la date de signature du bulletin d'adhésion, résident en France métropolitaine, sont âgées de plus de 18 ans et de moins de 65 ans, et agissent en qualité de locataire, ou de co-locataire.

OPTION « D.I.P.E. » :

Sont assurables les personnes physiques qui, à la date de signature du bulletin d'adhésion, résident en France métropolitaine, sont âgées de plus de 18 ans et de moins de 60 ans, agissent en qualité de locataire, ou de co-locataire, et exercent à temps plein une activité salariée sous contrat de travail à durée indéterminée, et ne sont pas en période d'essai, ni au chômage partiel, ni en préavis de licenciement, ni démissionnaires, ni en retraite ou retraite.

OPTION « DECES AERAS » :

Sont assurables les personnes physiques qui, à la date de signature du bulletin d'adhésion, résident en France métropolitaine, sont âgées de plus de 18 ans et de moins de 51 ans, agissent en qualité de locataire, ou de co-locataire d'une opération de financement d'une durée maximum de 4 ans et d'un montant maximum de 17 000 euros, et déclarent sur l'honneur ne pas cumuler de prêts à la consommation affectés ou dédiés (au sens de la Convention AERAS) au-delà de 17 000 euros.

OPTION « SENIORS » :

Sont assurables les personnes qui, à la date de signature du bulletin d'adhésion, sont âgées de plus de 65 ans et de moins de 75 ans, seront âgées de moins de 80 ans au terme de l'opération de financement, et agissent en qualité de locataire, ou de co-locataire.

QUOTITE GARANTIE :

Chaque Assuré est couvert à concurrence de 100%, étant toutefois précisé que lorsque plusieurs personnes ont la qualité d'Assuré au titre d'une même opération de financement, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de sinistres, le montant des sommes dues pour une quotité de 100%.

ARTICLE 6 - FORMALITES D'ADHESION

Chaque personne physique à assurer doit compléter et signer un bulletin d'adhésion.

SI LA PERSONNE QUI REMPLIT LE BULLETIN D'ADHESION SOUFFRE D'UNE AFFECTION MEDICALE NON MENTIONNEE A L'ARTICLE 10.1 DE LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION ET SI L'ENCOURS A ASSURER EST SUPERIEUR A 60 800 EUROS, L'ASSUREUR DOIT COMPLETER ET SIGNER UN QUESTIONNAIRE DE SANTE, L'Assureur peut, après examen du questionnaire de santé et des éventuelles autres pièces médicales :

- Accepter la demande d'adhésion, aux conditions contractuelles avec ou sans réserves,
- Refuser la demande d'adhésion.

Chaque personne à assurer qui est acceptée par l'Assureur acquiert alors la qualité d'Assuré, dans les conditions indiquées dans la présente notice d'information et dans celles du bulletin d'adhésion et, si elle doit compléter et signer un questionnaire de santé, dans la lettre d'acceptation par l'Assureur de la demande d'adhésion.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES – DELAI DE CARENCE – RENONCIATION**Prise d'effet de l'adhésion et des garanties**

L'adhésion au présent contrat et les garanties prennent effet sous réserve de l'accomplissement des formalités d'adhésion et à la plus tardive des deux dates suivantes :

- La date de prise de possession par l'adhérent ou l'Assuré du véhicule objet de l'opération de financement,
- Si la personne à assurer doit compléter et signer un questionnaire de santé, la date de la lettre d'acceptation par l'Assureur de la demande d'adhésion.

Sous réserve des dispositions du présent contrat, l'adhésion et les garanties produisent leurs effets pour la durée de l'opération de financement.

Délai de carence au titre de la garantie incapacité de travail par suite de maladie

La garantie incapacité de travail par suite de maladie ne peut jouer, pour chaque adhésion au présent contrat, qu'à l'expiration d'un Délai de carence de 30 jours consécutifs, décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion et des garanties.

Par conséquent, toute incapacité de travail par suite de maladie intervenant pendant le Délai de carence ne peut, en aucun cas, donner lieu à la mise en jeu de la garantie incapacité de travail.

Délai de carence au titre de la garantie perte d'emploi

La garantie perte d'emploi ne peut jouer, pour chaque adhésion au présent contrat, qu'à l'expiration :

- D'un Délai de carence de 90 jours pour les salariés en contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois au jour de l'adhésion, décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion et des garanties
- d'un Délai de carence de 180 jours consécutifs pour tous les autres adhérents, décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion et des garanties.

Par conséquent, toute perte d'emploi intervenue pendant le Délai de carence ne peut, en aucun cas, donner lieu à la mise en jeu de la garantie perte d'emploi.

Renonciation

En cas de commercialisation à distance de l'adhésion au présent contrat, l'adhérent dispose, conformément à l'article L112-2-1, II, du Code des assurances, d'un délai de quatorze jours révolus pour renoncer à l'adhésion. Pendant ce délai, l'adhésion ne peut commencer à être exécutée, sauf accord exprès de l'adhérent. Le délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (sa date d'effet), ou, si elle est postérieure à cette dernière date, de la date à laquelle il reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L112-2-1, III, du Code des assurances conformément à l'article L. 222-6 du Code de la consommation. Pour renoncer à l'adhésion au présent contrat, l'adhérent doit adresser à FCE Bank plc une lettre, de préférence recommandée avec accusé de réception, datée et signée, rédigée selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) (nom, prénom) déclare renoncer aux Contrats n° FR_00252 FACL et FR_00252 FICL et vous prie de me restituer la cotisation versée sans pénalité. (date, signature) »

En cas de renonciation, toutes les sommes perçues en application de l'adhésion au présent contrat seront remboursées à l'adhérent, à l'exception du montant correspondant au paiement proportionnelle de la garantie effectivement fournie et à l'exclusion de toute autre pénalité, conformément à l'article L. 222-6 du Code de la consommation.

En cas de sinistre intervenu pendant le délai de renonciation, il est conseillé à l'adhérent, avant de renoncer, de considérer les conséquences pécuniaires de l'éventuelle renonciation, telles qu'indiquées dans le paragraphe précédent et lesquelles pourraient lui être défavorables.

ARTICLE 8 - FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

A l'égard de chaque Assuré, l'adhésion au présent contrat et les garanties cessent :

- En ce qui concerne la garantie décès, au jour de son 70^{ème} anniversaire pour les options « D », « D.I. » et « D.I.P.E. », au jour de son 54^{ème} anniversaire pour l'option « DECES AERAS », et au jour de son 80^{ème} anniversaire pour l'option « SENIORS » ;
- En ce qui concerne la garantie incapacité de travail, à la date de sa mise en préretraite ou retraite, quelle qu'en soit la cause, et au plus tard au jour de son 65^{ème} anniversaire ;
- En ce qui concerne la garantie perte d'emploi, à la date de sa mise en préretraite ou retraite, qu'elle qu'en soit la cause, et au plus tard au jour de son 60^{ème} anniversaire ;
- A la date à laquelle cessent les engagements du locataire ou du co-locataire envers le Souscripteur, c'est à dire :
 - A la date à laquelle la dette résultant de l'opération de financement se trouve éteinte du fait du règlement d'un sinistre par l'Assureur ;
 - Au remboursement total et définitif de l'opération de financement, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale théorique prévue à l'origine ou par anticipation ;
 - En cas de prorogation de l'opération de financement au-delà de son échéance finale théorique prévue à l'origine, les garanties sont, elles aussi, prorogées, dans la limite de 7 mois.
- En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation par le locataire, ou le co-locataire, sous réserve du respect des dispositions de l'article L113-3 ou de l'article L141-3 du Code des assurances ;
- Dans les autres cas de résiliation prévus par le Code des assurances, notamment ses articles L113-4 et L113-9.

Pour rappel, « l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit appartient, dans les mêmes conditions, à l'assureur » (article L113-12 du Code des assurances). Par dérogation à ce qui précède, l'adhérent a le droit de résilier l'adhésion au présent contrat à tout moment, en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant la date d'échéance de ce contrat. Lorsque l'assuré a souscrit un contrat à des fins professionnelles, l'assureur a aussi le droit de résilier le contrat dans les mêmes conditions. Dans les autres cas, l'assureur peut résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, à la condition d'envoyer une lettre recommandée à l'assuré au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.

ARTICLE 9 - CONDITIONS DE GARANTIE

GARANTIE DECES

Sous réserve des exclusions prévues au chapitre exclusions de garantie, l'adhésion au présent contrat s'applique en cas de décès de l'Assuré.

GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL

Sous réserve des exclusions prévues au chapitre exclusions de garantie, l'adhésion au présent contrat s'applique en cas d'incapacité de travail de l'Assuré. L'incapacité de travail correspond à un état d'incapacité totale et continue qui intervient par suite d'Accident ou de maladie constatée par un médecin, qui dure au moins 45 jours, et qui empêche l'Assuré d'exercer toute activité professionnelle susceptible de lui procurer gain ou profit. L'incapacité de travail n'est garantie que si au jour de la survenance de l'Accident ou de la constatation de la maladie, l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée et dont l'exercice ne donne pas lieu à la condamnation de l'Assuré pour travail dissimulé. L'incapacité de travail est garantie qu'il s'agisse d'une incapacité temporaire et totale de travail ou d'une incapacité permanente et totale de travail.

L'incapacité permanente et totale de travail est une incapacité de travail dans le cadre de laquelle :

- **L'Assuré salarié et assujéti à la Sécurité sociale ou à Mutualité sociale agricole est en outre :**

- ◆ reconnu par la Sécurité sociale comme étant atteint d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 66 % ou par la Mutualité sociale agricole comme étant atteint d'un taux d'incapacité permanente de 100%, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ou
- ◆ classé parmi les invalides de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale (selon les articles L341-1, 2^o et 3^o, du Code de la Sécurité sociale) le cas échéant, dans les autres cas,

L'Assureur se réservant toutefois le droit de contester les conclusions de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, qui ne le lient pas,

- **L'Assuré non salarié ou non assujéti à la Sécurité sociale ou à la Mutualité sociale agricole** est reconnu par le médecin expert désigné par l'Assureur comme étant atteint d'un taux d'incapacité au moins égal à 66%. Le taux d'incapacité est apprécié en fonction de l'incapacité fonctionnelle, tant physique que mentale, et de l'incapacité professionnelle. L'incapacité fonctionnelle est établie de 0 à 100% en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème du Concours Médical de 1982. L'incapacité professionnelle est appréciée de 0 à 100% d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée

par l'Assuré, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à l'Accident ou à la maladie, des conditions normales d'exercice de la profession, et des possibilités d'exercice restantes. Le tableau suivant indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle :

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

Il est précisé que les pièces émanant de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou de tout autre organisme professionnel ne suffisent pas pour justifier d'un état d'incapacité permanente et totale de travail.

GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Sous réserve des exclusions prévues au chapitre exclusions de garantie, l'adhésion au présent contrat s'applique en cas de perte d'emploi de l'Assuré. La perte d'emploi correspond à un état de chômage total, continu et ininterrompu :

- qui intervient suite à un licenciement survenu au plus tard le jour du 60^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- qui dure au moins 90 jours, et
- au titre duquel l'Assuré perçoit :
 - ◆ une allocation chômage relevant du régime conventionnel d'assurance chômage et versée par Pôle Emploi,
 - ◆ une allocation équivalente à cette dernière et versée par un employeur mentionné à l'article L5424-1 du Code du travail (concernant les travailleurs privés d'emploi relevant de régimes particuliers).

ARTICLE 10 - EXCLUSIONS DE GARANTIE

10-1 : POUR LES GARANTIES DECES, ITT :

Est exclu le sinistre lorsque l'assuré était atteint d'une ou plusieurs affections médicales, à tout moment pendant les 24 mois précédant la date d'adhésion à l'assurance, et lorsque les conditions suivantes sont toutes réunies :

A. LA OU LES AFFECTIONS DE L'ASSURE ETAIT/ETAIENT UNE OU DES AFFECTIONS FIGURANT DANS LA LISTE SUIVANTE :

- cancer, c'est-à-dire toute tumeur maligne et également : mélanome ; leucémie ; lymphome hodgkinien ; lymphome non hodgkinien ;
- maladie cardiaque ischémique ou non ischémique ; insuffisance cardiaque ; infarctus du myocarde ; trouble du rythme cardiaque ; myocardiopathie ; maladie valvulaire ; angor ; artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; hypertension dont il est médicalement établi qu'elle a provoqué des complications cardiaques, rénales, ou au niveau des yeux de l'assuré ;
- accident vasculaire cérébral ; accident ischémique transitoire ;
- maladie d'Alzheimer ; maladie de Parkinson ; sclérose en plaques ; paralysie ; tétraplégie ; hémiplégié ;
- diabète sous traitement médical ;
- affection entraînant une transplantation du coeur, des reins, ou du foie ;
- insuffisance rénale ; insuffisance hépatique ; affection entraînant un traitement par dialyse ; cirrhose ; hépatite ; virus de l'immunodéficience humaine (hiv) ;
- maladie chronique respiratoire ; syndrome des apnées obstructives du sommeil ; emphyseme ;
- lupus érythémateux disséminé ; arthrite ; spondylarthrite ankylosante ;
- maladie de crohn ; rectocolite hémorragique ;

B. Le sinistre est considéré comme étant la conséquence de la ou des affections de l'assuré (telle(s) que figurant dans la liste au point 10-1-a ci-dessus) lorsqu'il est médicalement établi que le sinistre ne serait pas survenu sans la ou les affections de l'assuré (telle(s) que figurant dans la liste au point 10-1-a ci-dessus) ;

C. Le sinistre survient à tout moment pendant les 24 mois suivant la date d'adhésion à l'assurance.

10-2 : POUR LES GARANTIES DECES, INCAPACITE DE TRAVAIL ET PERTE D'EMPLOI, SONT EXCLUES LES SUITES ET CONSEQUENCES :

- des faits intentionnels de l'adhérent ou de l'assuré, et notamment des accidents, des maladies ou des mutilations qui sont le fait intentionnel de l'adhérent ou de l'assuré ;

- D'accidents de navigation aérienne, si l'assuré ne se trouve pas :
 - ◆ en qualité de passager, de personnel navigant, ou de pilote ;
 - ◆ à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée ;
- d'accidents de navigation aérienne résultant de la participation de l'assuré à des compétitions, des démonstrations, des tentatives de records, ou des raids ;
- d'accidents occasionnés par des vols sur aile volante, des vols acrobatiques, des vols d'essai sur prototypes, ou des vols sur aéronef ultra-léger motorisé ;
- d'accidents occasionnés à l'occasion de la pratique du parachutisme ou du parapente ;
- d'émeutes, mouvements populaires, guerres civiles ou étrangères, ou insurrections ;
- de complots, grèves, rixes, attentats, ou actes de terrorisme, en cas de participation active de l'adhérent ou de l'assuré ;
- des effets directs ou indirects de la modification de la structure du noyau atomique ;
- de maladies liées à l'usage de boissons alcoolisées ou accidents consécutifs à un état d'alcoolémie de l'assuré d'un taux égal ou supérieur à celui fixé par la législation en vigueur à la date de survenance de l'accident ;
- d'accidents ou maladies liés à l'usage non prescrit médicalement de stupéfiants ou de médicaments utilisés comme stupéfiants ;
- d'accidents consécutifs à l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur à l'occasion d'une compétition ou d'un rallye de vitesse.

10-3 : POUR LA GARANTIE DECES, EST EGALEMENT EXCLU :

- le suicide survenant moins d'un an après la date d'effet de l'adhésion et des garanties.

10-4 : POUR LA GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL, SONT EGALEMENT EXCLUS :

- les tentatives de suicide ;
- les accidents survenus et les maladies constatées à une date antérieure à la date d'effet de l'adhésion et des garanties, si l'accident ou la maladie en question n'a pas été déclaré à l'assureur avant la date d'effet de l'adhésion et des garanties ;
- l'aggravation des suites et conséquences des accidents survenus et des maladies constatées à une date antérieure à la date d'effet de l'adhésion et des garanties, si l'accident ou la maladie en question n'a pas été déclaré à l'assureur avant la date d'effet de l'adhésion et des garanties ;
- les maladies constatées pendant le délai de carence ;
- l'arrêt de travail correspondant au congé de maternité, pour autant que pendant l'arrêt, la grossesse reste sans complication liée à un accident ou à une maladie, et sous réserve des dispositions de l'article L111-7 du code des assurances.

10-5 : POUR LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI, SONT EGALEMENT EXCLUS :

- la rupture du contrat de travail ne donnant pas lieu selon la réglementation en vigueur au versement d'indemnités de licenciement ;
- la démission de l'assuré, qu'elle soit volontaire ou non, ou légitime ou non légitime ;
- la rupture du contrat de travail résultant d'un accord avec l'employeur, même si la rupture donne lieu à indemnisation par pôle emploi ;
- le chômage partiel ou saisonnier ;
- le chômage consécutif à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée, y compris en cas de fin de chantiers et de fin de mission d'intérim ;
- le chômage pris en charge au titre du régime applicable aux entreprises du bâtiment et des travaux publics privées d'emploi par suite d'intempéries (articles L5424-6 et suivants du code du travail) ;
- la mise en retraite ou préretraite et le départ volontaire dans le cadre d'un contrat de solidarité ;
- les situations de chômage donnant lieu au versement des allocations :
 - ◆ du régime de solidarité financé par l'état ;
 - ◆ du fonds national pour l'emploi ;
- la rupture du contrat de travail ne donnant pas lieu selon la réglementation en vigueur à une obligation de recherche d'emploi pour l'assuré ;
- le licenciement notifié pendant le délai de carence.

ARTICLE 11 - ETENDUE TERRITORIALE

L'adhésion au présent contrat et les garanties s'appliquent sans limitation territoriale. Cependant, l'Assureur peut convoquer l'Assuré en France métropolitaine pour contrôler toute incapacité de travail. Dans le cas d'une telle convocation, les frais de transport de l'Assuré, pour tout parcours dont le point d'origine est hors de France métropolitaine, sont à la charge de l'Assureur.

ARTICLE 12 - PRESTATIONS GARANTIES

GARANTIE DECES

En cas de décès garanti par le présent contrat, l'Assureur verse au Bénéficiaire un capital calculé comme suit :

- **Pour les contrats de location avec promesse de vente (option d'achat) :** 100% de la somme des loyers non échus au jour du décès (**valeur résiduelle comprise à l'exclusion de la prestation « contrat d'entretien » telles que visées dans le contrat correspondant à l'opération de financement**) conformément à l'échéancier des loyers initial.

Dans tous les cas, les loyers échus sont exclus, qu'ils soient payés, reportés ou impayés.

GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL

En cas d'incapacité de travail garantie par le présent contrat et sous réserve du Délai de franchise, les prestations garanties sont telles que stipulées comme suit, selon qu'il s'agit d'une incapacité permanente et totale de travail ou d'une Incapacité temporaire et totale de travail :

- **En cas d'incapacité permanente totale de travail**, l'Assureur verse au Bénéficiaire, par anticipation, la prestation prévue en cas de décès, sauf que le montant de la prestation est déterminé au jour de la reconnaissance de l'état d'incapacité permanente totale de travail. L'Assuré chez qui l'incapacité permanente de travail est reconnue est exclu de toute adhésion au présent contrat pour toute nouvelle opération de financement conclue avec le Souscripteur.

- **En cas d'incapacité temporaire totale de travail** de plus de 45 jours consécutifs, correspondant au Délai de franchise décompté à partir du premier jour d'incapacité de travail, l'Assureur verse au Bénéficiaire les prestations dans les conditions suivantes.

Montant

Pour les contrats de location avec promesse de vente (option d'achat) : 100% des loyers à échoir (**à l'exclusion de la valeur résiduelle et de la prestation « contrat d'entretien » telles que visées au contrat correspondant à l'opération de financement**) conformément à l'échéancier des loyers initial. Les prestations sont calculées à compter du 46^{ème} jour d'incapacité de travail, au prorata du nombre de jours pour les première et dernière échéances à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours), et sont réglées au plus tard dans les 30 jours suivant la réception par l'Assureur des pièces justificatives concernées.

Versement des prestations

Le versement des prestations se poursuit tant que dure l'incapacité de travail de l'Assuré, sans pouvoir dépasser les dates limite fixées au chapitre FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES.

Il cesse également en cas :

- ❖ de reprise, même partielle, d'une quelconque activité professionnelle ;
- ❖ d'interruption du versement des prestations en espèces par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, si l'Assuré y est affilié, ou par un autre organisme assimilé ;
- ❖ de non-fourniture des nouvelles pièces justificatives nécessaires au maintien du versement des prestations lors d'une prolongation d'arrêt de travail (les versements prennent fin à la date figurant sur le dernier justificatif ou avis de prolongation) ;
- ❖ de circonstances rendant impossible l'exercice du contrôle médical ;
- ❖ de refus par l'Assuré de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure).

De plus, les prestations sont suspendues dans le cas où l'assuré vient par la suite à se trouver en situation de chômage relevant d'une perte d'emploi au sens du présent contrat. Dans ce cas, l'assuré ne peut être indemnisé qu'au titre de la garantie perte d'emploi. Si, par la suite, l'assuré vient à ne plus se trouver en situation de chômage relevant d'une perte d'emploi au sens du présent contrat, et se trouve toujours en situation d'incapacité de travail, l'assuré peut être indemnisé de nouveau au titre de la garantie incapacité de travail.

Reprise temporaire d'activité

Lorsque l'Assuré reprend une activité professionnelle rémunérée après une incapacité de travail lui ayant ouvert droit à indemnisation au titre de la garantie incapacité de travail, et qu'il rechute du fait du même Accident ou de la même maladie dans les 90 jours, les deux périodes d'incapacité de travail sont considérées comme une seule et même incapacité de travail. Par conséquent, aucun Délai de franchise n'est de nouveau appliqué. Si, en revanche, la rechute intervient au-delà des 90 jours, la nouvelle période d'incapacité de travail est considérée comme une nouvelle incapacité de travail. Par conséquent, un Délai de franchise de 45 jours est appliqué.

GARANTIE PERTE D'EMPLOI

En cas de perte d'emploi garantie par le présent contrat et sous réserve du Délai de franchise, l'Assureur verse au Bénéficiaire les prestations comme suit :

- **Pour les contrats de location avec promesse de vente (option d'achat) :** 100% des loyers à échoir (**à l'exclusion de la valeur résiduelle et de la prestation « contrat d'entretien » telles que visées par le contrat correspondant à l'opération de financement**) conformément à l'échéancier des loyers initial.

Les prestations sont calculées à compter du 91^{ème} jour suivant le licenciement, au prorata du nombre de jours pour les première et dernière échéances à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours), et sont réglées au plus tard dans les 30 jours suivant la réception par l'Assureur des pièces justificatives concernées. Si l'Assuré se trouve en situation de perte d'emploi à la suite d'une période d'incapacité de travail indemnisée au titre de la garantie incapacité de travail, aucun Délai de franchise n'est de nouveau appliqué.

Versements des prestations

Le versement des prestations se poursuit tant que dure le chômage relevant de la perte d'emploi, sans pouvoir dépasser les dates limites fixées au chapitre FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES.

Il cesse également lorsque l'Assuré :

- reprend, même partiellement, une activité professionnelle rémunérée ;
- ne peut plus prétendre à une allocation chômage relevant du régime conventionnel d'assurance chômage versée par Pôle Emploi ou l'employeur mentionné à l'article L5424-1 du Code du travail ;
- ne fournit plus les pièces justificatives nécessaires au maintien du versement des prestations en cas de perte d'emploi (les versements prennent fin à la date figurant sur le dernier justificatif de paiement des allocations).

De plus, les prestations sont suspendues dans le cas où l'assuré vient par la suite à se trouver en situation d'incapacité de travail au sens du présent contrat. Dans ce cas, l'assuré ne peut être indemnisé qu'au titre de la garantie incapacité de travail. Si, par la suite, l'assuré vient à ne plus se trouver en situation d'incapacité de travail au sens du présent contrat, et se trouve toujours en situation de chômage relevant d'une perte d'emploi au sens du présent contrat, l'assuré peut être indemnisé de nouveau au titre de la garantie perte d'emploi.

Par ailleurs, pendant toute la durée de l'opération de financement, la durée des versements de prestations est limitée par assuré à 12 loyers au titre d'une ou plusieurs périodes de chômage.

L'engagement mensuel de l'Assureur au titre du présent contrat, toutes opérations de financement confondues, est plafonné par Assuré à 1 200 euros.

Reprise temporaire d'activité

Lorsque l'Assuré reprend une activité professionnelle rémunérée après une période de chômage (relevant d'une perte d'emploi au sens du présent contrat) ayant ouvert droit à indemnisation au titre de la garantie perte d'emploi, et se trouve à nouveau en situation de chômage (relevant d'une perte d'emploi au sens du présent contrat), les deux périodes de chômage sont considérées comme relevant d'une seule et même perte d'emploi au sens de présent contrat. Par conséquent, aucun Délai de franchise n'est de nouveau appliqué.

Si, en revanche, la reprise intervient au-delà des 180 jours, la nouvelle période de chômage est considérée comme relevant d'une nouvelle perte d'emploi. Par conséquent, un Délai de franchise de 90 jours est appliqué.

ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR

Il est rappelé que lorsque plusieurs personnes ont la qualité d'Assuré au titre d'une même opération de financement, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de sinistres, le montant des sommes dues pour une quotité de 100%.

ARTICLE 13 - PROCEDURE EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, l'adhérent, l'assuré ou ses/leurs ayants-droit doit/doivent respecter ses/leurs obligations telles que prévues par le présent chapitre procédure en cas de sinistre, sous peine de déchéance du droit à garantie (sous réserve des dispositions de l'article L113-2, 4^o du code des assurances).

L'adhérent, l'assuré ou ses/leurs ayants-droit doit/doivent en donner avis à l'assureur :

- soit par courrier à l'adresse suivante : AXA FRANCE VIE, Terrasse 8, 51, rue des 3 Fontanot, CS 80135, 92024 - Nanterre cedex,
- soit par téléphone au 0157324715 (numéro non surtaxé) (de lundi à vendredi, de 09h à 17h, hors jours fériés),

dans les 180 jours du décès (pour la garantie décès), du début de l'incapacité de travail (pour la garantie incapacité de travail), ou du licenciement (pour la garantie perte d'emploi).

En cas de prorogation de l'incapacité de travail ou du chômage relevant de la perte d'emploi, il(s) doit/doivent transmettre les pièces justificatives dans le délai de 90 jours suivant la prorogation. Passé ce délai, les prestations correspondantes ne sont dues qu'à compter de la date de la réception par l'assureur des pièces justificatives.

Dans tous les cas :

- il(s) doit/doivent transmettre à l'assureur le bulletin d'adhésion (si celui-ci ne lui a pas été transmis précédemment) et l'échéancier des loyers ;
- les documents médicaux doivent être transmis sous pli confidentiel « à l'attention du médecin-conseil ».

Par ailleurs, il(s) doit/doivent transmettre les pièces justificatives suivantes :

En cas de décès :

- le formulaire de déclaration de décès fourni par l'assureur, dûment rempli
- un extrait d'acte de décès
- un certificat médical établi par un médecin, indiquant la cause du décès de l'assuré
- l'éventuel procès verbal de police ou de gendarmerie, ou l'éventuelle pièce officielle indiquant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès

En cas d'incapacité de travail :

- Le formulaire de déclaration d'incapacité de travail fourni par l'assureur, dûment rempli si l'assuré est assujéti à la sécurité sociale ou à la mutualité sociale agricole, les documents du règlement d'indemnités journalières délivrés par cet organisme
- si l'assuré est assujéti à la sécurité sociale et pour l'incapacité permanente et totale de travail, la notification de classement parmi les invalides de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale
- si l'assuré est assujéti à la mutualité sociale agricole et pour l'incapacité permanente et totale de travail, la notification par cet organisme du classement dans la catégorie des exploitants invalides à 100%
- si l'assuré n'est pas assujéti à la sécurité sociale ou à la mutualité sociale agricole, un certificat médical d'un médecin précisant la cause et l'importance de l'incapacité reconnue par rapport aux critères de la sécurité sociale et la date à partir de laquelle cette incapacité peut être considérée comme permanente

En cas de perte d'emploi :

- le formulaire de déclaration de perte d'emploi fourni par l'assureur, dûment rempli
- une copie du contrat de travail de l'emploi occupé par l'assuré à la date de signature du bulletin d'adhésion et du dernier emploi occupé par ce dernier en cas de changement d'employeur par la suite
- un certificat de travail de l'emploi occupé par l'assuré à la date de signature du bulletin d'adhésion et à la date de licenciement en cas de changement d'employeur par la suite
- une copie de la lettre de licenciement précisant les motifs du licenciement
- une copie de l'avis d'admission à l'allocation de pôle emploi ou de l'employeur mentionné à l'article L.5424-1 du code du travail
- un justificatif de paiement de l'allocation considérée depuis la date du licenciement pour chaque mois écoulé, étant précisé que sur ce justificatif de paiement de l'allocation, doivent figurer :
 - ◆ la période de prise en charge
 - ◆ le type d'allocation versée (allocation d'aide au retour à l'emploi, allocation de fin de formation, ...)

Pour toutes les garanties du présent contrat et dans tous les cas, l'assureur peut demander toutes pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour apprécier le bien-fondé de la demande de versement de prestation(s) et, le cas échéant, la poursuite des versements.

Le règlement du sinistre intervient dans les 30 jours suivant la réception par l'Assureur des pièces nécessaires pour apprécier le bien-fondé de la demande de versement de prestation(s).

ARTICLE 14 - COTISATIONS

Les cotisations sont mensuelles et ont pour base l'assiette suivante, affectée de la quotité garantie reposant sur la tête de l'Assuré :

- Le montant financé tel que prévu dans le contrat de financement.

Le montant des cotisations est indiqué sur le bulletin d'adhésion. Les cotisations sont prélevées mensuellement par le Souscripteur en même temps que les loyers correspondant à l'opération de financement.

Lorsqu'il y a cessation de certaines garanties de par les limites d'âge fixées au chapitre FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES, les cotisations ne subissent pas de réduction et continuent d'être calculées sur la base du même taux de cotisation, la totalité des cotisations étant alors affectée aux autres garanties.

Pour rappel :

Alinéas 2 et 3 de l'article L113-3 du Code des assurances :

A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Alinéas 1 et 2 de l'article L141-3 du Code des assurances :

Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

ARTICLE 15 - CONTROLE MEDICAL - ARBITRAGE

L'assureur se réserve le droit de :

- contrôler les déclarations qui lui sont faites par l'adhérent ou l'assuré,
- contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis,
- provoquer une contre-visite à ses frais par l'un de ses médecins-conseils pour tout assuré qui aurait subi un accident ou qui serait malade, en présence, le cas échéant, de tout médecin du choix de l'assuré et aux frais de l'adhérent.

Les médecins-conseils et représentants de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré afin de contrôler son état de santé. En cas de refus de l'assuré, l'adhérent peut être mis en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, de se soumettre, ou de faire en sorte que l'assuré se soumette, à ce contrôle.

Si, dans un délai de 10 jours suivant la distribution ou la première tentative de distribution de cette lettre recommandée avec accusé de réception par la poste, la lettre reste sans réponse de la part de l'adhérent (sauf cas fortuit ou de force majeure), ou si l'assuré maintient son refus sans justification valable, l'adhérent est déchu de tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré (sous réserve des dispositions de l'article L113-2, 4^o, du code des assurances).

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et l'éventuel médecin de l'Assuré, l'Assureur et l'Adhérent pourront convenir par convention d'un arbitrage (choix d'un 3^{ème} médecin par exemple) afin de les départager.

ARTICLE 16 - BASES LEGALES

Loi et langue applicables

Le présent contrat est régi par le droit français, tout comme les relations précontractuelles, et il est rédigé en langue française, langue que l'Assureur s'engage à utiliser pendant sa durée.

DECLARATION DU RISQUE

POUR RAPPEL :

Article L113-2 du Code des assurances

L'assuré est obligé :

[...]
2^o De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;

3^o De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2^o ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ;

[...]

ARTICLE L113-8 DU CODE DES ASSURANCES :

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

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

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L113-9 du Code des assurances :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

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

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

Prescription

Pour rappel :

Article L114-1 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

2^o 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^o, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 du Code des assurances :

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

Article L114-3 du Code des assurances :

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

Examen des réclamations

Lorsque l'adhérent souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application de l'adhésion au présent contrat, l'Assureur met tout en œuvre pour lui apporter celles-ci. L'adhérent peut également formuler une réclamation en s'adressant à l'Assureur (à l'adresse suivante : AXA France Vie, Service réclamations, Terrasse 8, 51, rue des 3 Fontanot CS 80135, 92024 - Nanterre Cedex). Dans le cas d'une telle réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de celle-ci, et à apporter une réponse à l'adhérent dans les deux mois. Si le désaccord persistait après la réponse donnée, l'adhérent peut demander l'avis du médiateur de la Médiation de l'Assurance. Les modalités d'accès à ce médiateur seraient communiquées sur simple demande auprès de l'Assureur.

Si le désaccord persistait après la réponse donnée, l'adhérent peut contacter le Médiateur de l'assurance (compagnies d'assurance et mutuelles), à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS Cedex 09

Les dispositions du paragraphe précédent s'entendent sans préjudice des autres voies de recours légales, notamment une action en justice.

Informatique et libertés

Dans le cadre de votre adhésion au contrat d'assurance, l'Assureur (responsable du traitement) collecte via le Souscripteur certaines de vos données personnelles afin principalement de pouvoir procéder à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. L'Assureur sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux sur la base de mesures précontractuelles à la demande de l'adhérent, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, sur la base de son intérêt légitime d'exercice de ses droits en justice, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et d'analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter les produits aux besoins du marché sur la base de son intérêt légitime de développement commercial.

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

L'Assureur pourra éventuellement communiquer aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui interviennent pour la réalisation des opérations conformes aux finalités énoncées ci-avant. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR).

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

L'Assureur est légalement tenu de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. L'Assureur pourra ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amené à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et exprimez pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France Vie / AXA France IARD, Terrasse 8, 51, rue des 3 Fontanot, CS 80135, 92024 - Nanterre Cedex)

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

