

Notice d'information

Notice relative aux conventions d'assurance de groupe n° 5370 (Prêts amortissables, prêts relais, prêts in fine), n° 5371 (Découverts) et n° 5372 (Crédits permanents), souscrites auprès d'**Allianz Vie** -1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex, dénommée l'Assureur, Par **La Banque Calédonienne d'Investissement**, SAEM au capital de 15.000.000.000 XPF, 54 avenue de la Victoire – BP K5 – 98845 NOUMEA, R.C.S. Nouméa n°56 B 015479, ci-après dénommée la Contractante.

ASSURANCE DES PRÊTS AMORTISSABLES, PRÊTS RELAIS, PRETS IN FINE, DÉCOUVERTS, CRÉDITS PERMANENTS

▶ Article 1 : Objet de la convention

- Option 1 (DC-PTIA) - le remboursement d'un prêt ou d'un découvert ou d'un crédit permanent en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (1)
 - Option 2 (DC-PTIA-ITT-ITP-IPP) - le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que le versement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, d'Incapacité Temporaire Partielle de Travail, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle par suite de maladie ou d'accident (2).
- (1) Pour les découverts et les crédits permanents, seule l'option 1 (DC-PTIA) est possible.
(2) Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré, atteignant ce dernier dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

▶ Article 2 : Opérations assurables

- Prêts professionnels amortissables d'une durée limitée à 20 ans pouvant comporter un différé d'amortissement de 36 mois au plus,
- Prêts amortissables à des particuliers : prêts amortissables d'une durée limitée à 30 ans pouvant comporter un différé d'amortissement de 36 mois au plus,
- Prêts relais d'une durée limitée à 3 ans,
- Prêts in fine d'une durée limitée à 15 ans,
- Prêts à taux zéro dont la durée maximum est fixée par la législation,
- Prêts étudiants d'une durée limitée à 10 ans pouvant comporter un différé d'amortissement de 72 mois au plus,
- Crédits permanents avec durée de remboursement des fonds utilisés limitée à 5 ans,
- Découverts et autres engagements d'une durée limitée à 5 ans.

▶ Article 3 : Personnes assurables

Sont admissibles au titre des options 1 et 2 les personnes physiques âgées de moins de 65 ans, auxquelles la Contractante a consenti un crédit. Sont également admissibles au titre de ces options les personnes physiques qui garantissent personnellement les engagements d'une personne morale ou qui conditionnent de fait, par leur existence ou leur activité, le bon fonctionnement d'une entreprise (dirigeants, hommes clés). Les personnes bénéficiant d'un découvert (ou autre engagement) ou crédit permanent ne peuvent souscrire qu'à l'option 1 (DC-PTIA). Les cautions de personnes physiques sont assurables mais ne peuvent souscrire qu'à l'option 1 (DC-PTIA). L'Assureur n'interviendra, en cas de sinistre de la caution de personne physique, qu'à condition que cette dernière ait été actionnée préalablement par la Contractante du fait de la défaillance de l'emprunteur dans le remboursement de ses échéances de prêt.

▶ Article 4 : Conditions d'admission et limitation des capitaux à assurer

4.1 Adhésion

Pour demander son adhésion, la personne doit :

- remplir et signer la demande prévue à cet effet, remise par la Contractante,
- justifier de son état de santé en se soumettant aux formalités fixées par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner son acceptation à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Il peut également accepter l'adhésion d'une personne à des conditions spéciales de garantie ou la refuser.

4.2 Convention AERAS

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

Ces dispositions sont disponibles sur le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

• Droit à l'oubli

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

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

• Grille de référence

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

• Garantie Invalidité Spécifique

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

4.3 Crédits permanents et découverts :

L'admission est valable pour une période de 5 ans de date à date. À l'issue de cette période de validité de l'admission, l'assuré doit se soumettre à de nouvelles formalités d'admission pour pouvoir bénéficier à nouveau des garanties.

4.4 Déclaration et limitation des capitaux à assurer

Déclaration

Sur la demande d'admission signée par la personne à assurer, la Contractante indique les caractéristiques de l'opération ainsi que le pourcentage du capital à garantir sur la tête de cette personne.

En cas de prêt réalisé par tranches successives, l'admission à l'Assurance donne lieu à l'établissement d'une seule demande par personne à assurer, et le capital à garantir correspond au capital initial total.

Limitation

Le montant maximum du capital assurable sur une même tête auprès de la Contractante, tous engagements confondus (prêts, crédits permanents et découverts), compte tenu des capitaux restant dus déjà garantis par l'Assureur, est limité à 800.000 Euros soit 95.465.394 XPF, avec des limitations par prêt à :

- 800.000 Euros ou 95.465.394 XPF pour les prêts amortissables et prêts relais aux professionnels,
- 800.000 Euros ou 95.465.394 XPF pour les prêts in fine aux particuliers ou aux professionnels,
- 800.000 Euros ou 95.465.394 XPF pour les prêts amortissables et prêts relais aux particuliers,
- 60.000 Euros ou 7.159.905 XPF pour les prêts étudiants,
- Le montant prévu par la législation pour les prêts à taux zéro,
- 50.000 Euros ou 5.966.587 XPF pour les crédits permanents aux particuliers,
- 100.000 Euros ou 11.933.174 XPF pour les crédits permanents aux professionnels,
- 50.000 Euros ou 5.966.587 XPF pour les découverts aux particuliers,
- 800.000 Euros ou 95.465.394 XPF pour les découverts et engagements aux entreprises.

Si le total des capitaux assurés excède ces limites, les garanties seront, pendant toute la durée de l'assurance, réduites dans la proportion :

$$\frac{\text{Montant maximum assurable}}{\text{Total des capitaux assurés}}$$

En cas de pluralité d'assurés pour une même opération, l'engagement de l'Assureur est limité au montant des capitaux et prestations dues pour un Assuré avec quotité à 100 %.

Prêts, crédits permanents, découverts (et autres engagements)

Toute augmentation du capital assuré doit donner lieu à l'établissement d'une nouvelle demande d'admission et, s'il y a lieu, à l'accomplissement de nouvelles formalités médicales.

► Article 5 : Bénéficiaire de l'assurance

a) Si l'adhérent¹ est une personne physique

1- Après le déblocage des fonds :

➤ Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur, bénéficiaire acceptant, dans la limite des sommes restant dues par l'adhérent au jour du sinistre.

➤ Le solde éventuel sera versé :

- Pour la garantie Décès :

Le solde éventuel en cas de décès est versé, sauf désignation particulière, selon la clause type suivante :

au conjoint non séparé de corps de l'Assuré, à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré, par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants aux survivants desdits enfants, à défaut aux héritiers de l'Assuré.

A tout moment l'adhérent peut modifier la désignation ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de son choix, lors de l'adhésion au présent contrat ou ultérieurement par acte sous seing privé (écrit rédigé et signé entre les parties, sans l'intervention d'un officier ministériel) ou par acte authentique (acte qui fait intervenir une personne spécialement habilitée par la loi, un notaire par exemple). Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'assureur, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Lorsque l'adhérent désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), il doit indiquer dans la clause leurs noms, prénoms, dates de naissance, lieux de naissance, noms de jeune fille et coordonnées. Ces informations, utilisées par l'assureur en cas de décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s).

La désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire dans les conditions prévues à l'article L.132-9 code des assurances : elle ne peut intervenir qu'avec l'accord de l'adhérent. L'acceptation peut intervenir par voie d'avenant à l'adhésion (signé par l'adhérent, le bénéficiaire et l'assureur). Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé (signé par l'adhérent et par le bénéficiaire) et devra être notifiée à l'assureur pour prendre effet.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause type est applicable.

- Pour les autres garanties :

Le solde éventuel est versé à l'adhérent.

2 - Avant le déblocage des fonds :

- Pour la garantie Décès : la prestation est versée selon les dispositions décrites au 1 ci-dessus.
- Pour la garantie PTIA : la prestation est versée à l'adhérent.

b) Si l'adhérent¹ est une personne morale :

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur, bénéficiaire acceptant, dans la limite des sommes restant dues par l'adhérent au jour du sinistre.

Le solde éventuel après déblocage des fonds et les prestations avant déblocage des fonds seront versés à l'adhérent.

⁽¹⁾ l'adhérent (le payeur des cotisations) désigne l'emprunteur.

► Article 6 : Prise d'effet des garanties

Lorsque la demande d'adhésion est acceptée par l'assureur, les garanties deviennent effectives :

- le jour de la signature du contrat de prêt, pour les prêts professionnels et aux personnes morales,

- le jour de l'acceptation de l'offre de prêt pour les prêts aux particuliers,
- à la date d'acceptation par l'assureur pour les découverts et autres engagements, ainsi que pour les crédits permanents.

Le décès par accident est garanti dès la date de signature de la demande d'adhésion, jusqu'à la date de notification de décision de l'assureur et dans la limite de quatre-vingt-dix jours, sous réserve de l'acceptation de l'offre de prêt ou de la signature du contrat de prêt.

L'accident est défini comme le résultat de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré, à l'exclusion des conséquences directes d'une intervention chirurgicale.

L'adhésion définitive à l'assurance de groupe est constatée par la remise d'un certificat d'adhésion à l'assurance. La personne admise à l'assurance prend alors la qualité d'Assuré.

► Article 7 : Maintien dans l'assurance

Sauf en cas de réticence, d'omission ou de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'assuré, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré, tant qu'il fait partie du groupe des assurés. S'il cessait de payer ses cotisations, la Contractante l'exclurait du groupe des assurés selon les modalités prévues par le Code des assurances.

En cas de résiliation de la convention d'assurance, les garanties sont maintenues aux assurés, à condition que le paiement des cotisations dues soit effectué par la Contractante à l'assureur jusqu'à la fin de garantie contractuelle selon le type de crédit souscrit.

► Article 8 : Cessation de l'adhésion

Quelle que soit l'opération assurée, l'assuré cesse d'être garanti :

- ⇒ le jour où cesse l'obligation de remboursement quelle qu'en soit la cause,
- ⇒ à la date de remboursement total anticipé ou non du prêt quelle qu'en soit la cause,
- ⇒ à la date de déchéance du terme appliquée par la Contractante,
- ⇒ à la date de départ de l'assuré de l'entreprise emprunteuse,
- ⇒ A l'expiration d'un délai d'un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le prêt n'a toujours pas été déblocqué par la Contractante sauf si un déblocage partiel est intervenu,
- ⇒ en cas de mise en jeu des garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- ⇒ en cas de non-paiement des cotisations d'assurance,
- ⇒ au plus tard au 75^{ème} anniversaire de l'assuré.

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

Remarque pour les crédits permanents :

Les garanties cessent à l'issue de la période de validité de l'adhésion ou à la date de clôture du crédit permanent.

Pour les découverts ou autres engagements :

Les garanties cessent à l'issue de la période de validité de l'adhésion ou lorsque l'assuré cesse d'avoir des engagements envers la Contractante.

► Article 9 : Assurance en cas de Décès

Capital en cas de Décès

En cas de Décès d'un Assuré avant son 75^{ème} anniversaire, l'assureur verse, à concurrence de la quotité assurée :

Pour les prêts :

- le capital restant dû en principal au jour du Décès, figurant au tableau d'amortissement, sans tenir compte des éventuels retards ou pénalités,
- les agios courus depuis l'échéance précédente jusqu'au jour du Décès.

Lorsque le Décès de l'assuré survient :

- **au cours d'une période de différé d'amortissement :** le capital dû par l'Assureur est alors égal au montant initial du prêt, ou de la fraction assurée de celui-ci, augmenté :
 - des agios dus depuis la date de point de départ du prêt jusqu'au jour du décès, lorsque le prêt comporte un différé total,
 - des agios dus depuis leur dernière échéance jusqu'à la date du décès, lorsque le prêt comporte un différé partiel.
- **avant la date de remboursement global d'un prêt relais ou in fine :** l'assureur verse le montant du capital initialement prêté ou de la fraction assurée de celui-ci, augmenté :
 - des agios dus depuis la date de point de départ du prêt jusqu'au jour du décès, si le paiement de ceux-ci a été prévu lors du remboursement définitif du prêt,
 - des agios dus depuis leur dernière échéance jusqu'à la date du décès, si ceux-ci ont été réglés périodiquement.

Lorsque le Décès de l'assuré survient :

- **avant la date du premier déblocage des fonds, et alors que l'assurance a pris effet,** le montant des sommes dues par l'assureur est égal au montant initial du prêt,
- **après la date du premier déblocage des fonds,** le montant des sommes dues par l'assureur est égal au montant initial du prêt augmenté des agios courus jusqu'à la date du décès.

Des sommes à régler sont déduites, le cas échéant, celles versées ou à verser au titre des garanties ITT-ITP-IPT-IPP, pour la période comprise entre la date de l'échéance précédant le Décès et la date de celui-ci.

Pour les prêts accordés aux étudiants :

Pendant la phase de différé de remboursement : en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré, le capital garanti est égal au montant des sommes qui ont été effectivement mises à disposition au fur et à mesure des déblocages, augmenté des agios courus et capitalisés.

Pendant la phase de remboursement : en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré, le capital garanti est égal au capital restant dû à la Contractante, augmenté des agios courus depuis la dernière échéance jusqu'à la date de l'événement ouvrant droit à prestation.

Pour les crédits permanents : le capital autorisé, le capital restant dû au jour du Décès figurant sur le relevé de compte ou sur « l'échéancier » étant versé à la Contractante et le reliquat au bénéficiaire tel que défini à l'article 5.

Pour les découverts et les autres engagements : le capital autorisé, le capital restant dû (ou capital utilisé) étant versé à la Contractante et le reliquat au bénéficiaire tel que défini à l'article 5.

▶ Article 10 : Paiement anticipé du capital Décès en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

S'il est établi qu'un assuré est atteint avant son 67^{ème} anniversaire de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'assureur verse par anticipation le montant du capital prévu en cas de décès, dans les conditions suivantes :

- L'assureur soumet l'intéressé à une expertise médicale. Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. L'assuré est réputé en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au jour fixé par le médecin expert, sans que cette date puisse être antérieure de plus de 6 mois à la date de la déclaration de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les décisions de la CAFAT ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

Les cotisations cessent d'être dues à compter du jour où le capital est réglé ; l'assuré cesse alors de bénéficier des garanties de l'assurance.

▶ Article 11 : Garanties Incapacité et Invalidité

11.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 au paragraphe « Déclaration et limitation des capitaux à assurer », lorsque, par suite de maladie ou d'accident, un assuré est dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur d'exercer son activité professionnelle ou de rechercher un emploi, si l'assuré est au chômage à la date de survenance du sinistre, l'assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après expiration du délai de franchise de 90 jours, le paiement des échéances du prêt (cotisation d'assurance et agios compris) affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail. Le délai de franchise est décompté à partir du 1^{er} jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'assuré doit :

- avoir choisi l'option 2 lors de sa demande d'admission,
- exercer une activité professionnelle fiscalement déclarée et procurant des rémunérations ou des bénéfices, ou être au chômage ou percevoir des indemnités journalières de la CAFAT en cas de maladie ou accident ou être conjoint non salarié d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale, avoir la qualité de co-emprunteur et apporter une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal,
- être âgé de moins de 67 ans.

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

Sous les mêmes réserves que ci-dessus et si l'assuré a choisi l'option 2, il est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail s'il est contraint d'observer un repos suite à une hospitalisation ou une obligation médicale de maintien au domicile, entraînant l'impossibilité d'exercer ses activités quotidiennes essentielles.

Rechute :

Toute reprise du travail d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du service des prestations et sans application d'un nouveau délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Cas particulier des affections dites « longue maladie », telles que référencées par le régime d'assurance maladie en Nouvelle Calédonie :

Toute reprise du travail, quelle qu'en soit la durée, donne lieu à une simple suspension du service des prestations et sans application d'un nouveau délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Plafonnement des prestations :

Les prestations dues par l'assureur au titre du présent contrat pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail sont limitées à 5.000 Euros par mois (596.659 XPF) et par prêt.

Cas des prêts avec différé :

Lorsque l'Incapacité Temporaire Totale de travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont limitées aux seules échéances d'intérêts.

Pour les prêts non amortissables (prêts relais et in fine), l'assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la dernière échéance.

Cas des prêts immobiliers à taux fixe et à échéances modulables :

- Variation des échéances à la hausse :
Aucune augmentation des échéances en nombre ou en montant, que cette augmentation soit automatique ou à l'initiative de l'assuré, alors même que l'assuré se trouve déjà en incapacité, ne sera possible et ce pendant toute la durée de son incapacité.

Si l'Assuré est en incapacité moins de 3 mois après une variation à la hausse de ses échéances, demandée à son initiative, l'échéance qui sera prise en compte par l'Assureur sera celle qui était en vigueur avant l'augmentation.

Si l'Assuré est en incapacité moins de 3 mois après une variation automatique à la hausse des échéances, telle que prévue à l'origine au titre de son contrat de prêt (pour rappel : 3% maximum par an), mais que les 3 conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- 1 : hausse des échéances résultant de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre dès l'origine du prêt,
- 2 : hausse appliquée automatiquement et ne résultant pas d'une demande expresse de l'Assuré ou de l'emprunteur auprès de la banque,
- 3 : hausse intervenant au plus, une fois par an.

Dans ce cas, le montant de l'échéance qui sera prise en compte par l'Assureur sera alors celui qui résulte de cette variation à la hausse.

- Variation des échéances à la baisse :
La baisse de l'échéance (qui conformément aux caractéristiques du prêt, ne peut intervenir qu'après une augmentation par rapport à son montant d'origine), ne devra pas entraîner une augmentation de la durée initiale du prêt déclarée lors de l'adhésion.

Si l'assuré est en incapacité après une variation à la baisse des échéances (que cette baisse soit programmée et appliquée automatiquement ou non), l'échéance qui sera prise en compte par l'assureur sera celle qui résulte de cette variation à la baisse et ce, même si l'incapacité intervient moins de 3 mois après cette variation.

Montant du prêt non débloqué :

Si, à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, le montant du prêt n'a pas encore été débloqué par la Contractante, la prise en charge intervient à la date de déblocage des fonds et au plus tôt à l'expiration de la franchise.

Echéances impayées, intérêts de retard ou pénalités :

Ceux-ci dus à la Contractante ne seront pas pris en compte.

Les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail cessent :

- Le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel, y compris en mi-temps thérapeutique.
- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'Incapacité Temporaire Totale de travail sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- Le jour de la reprise de ses activités quotidiennes pour l'assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail.
- Au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'assuré.
- Au plus tard dans un délai de 1095 jours après la date de début de l'Incapacité Temporaire Totale de travail.
- Au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

11.2 Garantie Incapacité Temporaire Partielle de travail (ITP)

En cas de reprise de l'activité professionnelle à temps partiel en mi-temps thérapeutique, après une période d'indemnisation en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'assureur indemnise sur la base de 50 % des prestations prévues en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans la limite de 180 jours de prise en charge maximum et tant que dure le mi-temps thérapeutique.

Les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Partielle de travail cessent :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'Incapacité Temporaire Partielle de travail sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- Au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'assuré.
- Au plus tard dans un délai de 180 jours après la date de début de la prise en charge au titre de l'Incapacité Temporaire Partielle de travail.
- Au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

11.3 Garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT – IPP)

Consolidation – degré d'invalidité

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

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

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

Le degré « n » d'invalidité est déterminé selon le barème ci-après, en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin de l'assureur.

Taux d'Incapacité : PROFESSIONNELLE	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	36,54	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	93,22	100,00

- Lorsque le degré « n » d'invalidité est inférieur à 33%, aucune prestation n'est due par l'assureur.
- Lorsque le degré « n » d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, les prestations sont égales à $(n-33)/33$ des indemnités versées au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail,
- Lorsque le degré « n » d'invalidité est supérieur ou égal à 66%, les prestations versées au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail sont maintenues intégralement.

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

Dans ce cas, le taux d'invalidité est apprécié en fonction de la seule incapacité fonctionnelle. L'assuré est reconnu en Invalidité Permanente Totale ou Partielle si le taux d'invalidité fonctionnelle est supérieur ou égal à 66% pour l'IPT ou supérieur à 33% et inférieur à 66% pour l'IPP à la date de consolidation.

Plafonnement des prestations :

Les prestations dues par l'assureur au titre du présent contrat pour les garanties Incapacité Permanente Totale ou Partielle de travail sont limitées à 5.000 Euros par mois (596.659 XPF) et par prêt.

Cas des prêts immobiliers à taux fixe et à échéances modulables :

- **Variation des échéances à la hausse :**
Aucune augmentation des échéances en nombre ou en montant ne sera possible, que cette augmentation soit automatique ou à l'initiative de l'assuré, alors même que l'assuré se trouve déjà en invalidité.
Si l'Assuré est en invalidité moins de 3 mois après une variation à la hausse de ses échéances, demandée à son initiative, l'échéance qui sera prise en compte par l'Assureur sera celle qui était en vigueur avant l'augmentation.
Si l'Assuré est en invalidité moins de 3 mois après une variation automatique à la hausse des échéances, telle que prévue à l'origine au titre de son contrat de prêt (pour rappel : 3% maximum par an), mais que les 3 conditions cumulatives suivantes sont remplies :
1 : hausse des échéances résultant de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre dès l'origine du prêt,
2 : hausse appliquée automatiquement et ne résultant pas d'une demande expresse de l'Assuré ou de l'emprunteur auprès de la banque,
3 : hausse intervenant au plus, une fois par an.
Dans ce cas, le montant de l'échéance qui sera prise en compte par l'Assureur sera alors celui qui résulte de cette variation à la hausse.
- **Variation des échéances à la baisse :**
La baisse de l'échéance (qui conformément aux caractéristiques du prêt, ne peut intervenir qu'après une augmentation par rapport à son montant d'origine), ne devra pas entraîner une augmentation de la durée initiale du prêt déclarée lors de l'adhésion.
Si l'Assuré est en invalidité après une variation à la baisse des échéances (que cette baisse soit programmée et appliquée automatiquement ou non), l'échéance qui sera prise en compte par l'Assureur sera celle qui résulte de cette variation à la baisse et ce, même si l'invalidité intervient moins de 3 mois après cette variation.

Les prestations versées en cas d'Invalidité Permanente Totale et Partielle cessent :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- Au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'assuré.
- Si le degré d'invalidité devient inférieur à 66% pour la garantie Invalidité Permanente Totale.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

Les prestations versées en cas d'Invalidité Permanente Partielle cesse :

- Si le degré d'invalidité devient inférieur à 33%.
- En cas de mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale.

▶ **Article 12 : Garantie d'Invalidité Spécifique AERAS**

L'Assuré bénéficie de la garantie Invalidité Spécifique AERAS si elle est indiquée dans les Conditions Particulières proposées par l'assureur et si l'assuré les a acceptées.

L'Assuré peut demander la mise en œuvre de cette garantie lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé est consolidé ;
- son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'assureur par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ; en cas de poly-pathologies, la cotation est additive ;
- il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la CAFAT pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

La prestation est versée à compter du jour où ces 3 conditions sont satisfaites.

L'Assureur prend en charge le paiement des échéances du prêt telles que définies à l'article 11.2 pour la garantie Invalidité Permanente Totale. Les conditions de limitation des prestations, d'exclusion et de cessation de la garantie sont identiques à celles définies pour la garantie Invalidité Permanente Totale décrites à l'article 11.2.

▶ **Article 13 : Risques exclus**

Sont exclus de toutes les garanties :

- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'assuré y prend une part active, qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés par l'assuré en l'absence de toute prescription médicale,
- les accidents en tant que conducteur résultant de la consommation, par l'assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux légal en matière de circulation automobile à la date du sinistre, ainsi que l'alcoolisme chronique et ses complications éventuelles (hépatiques, pancréatiques, neurologiques),
- les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active,
- les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire,
- Par ailleurs, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne ne sont couverts que dans le cas où :
 - ♦ l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
 - ♦ les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires,

- les conséquences de la participation de l'Assuré à toutes compétitions et leurs essais comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- la pratique du saut à l'élastique,
- la pratique du vol sur ailes volantes, parapente, deltaplane, ULM, parachutisme et parachutisme ascensionnel. Toutefois, lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement, c'est à dire au maximum une fois par an, et dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, la garantie est acquise s'il est prouvé que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

Exclusion spécifique à la garantie Décès :

- le suicide de l'Assuré lors de la première année d'assurance, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de son logement principal. Dans ce cas, seule la partie assurée excédant 120.000 Euros ou 14.319.809 XPF est exclue pendant la première année d'assurance,

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

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

Exclusions spécifiques aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Spécifique AERAS :

- les maladies en évolution ou chroniques ainsi que les infirmités dont l'Assuré était atteint au moment de son adhésion, sauf si elles ont été déclarées à l'assureur et n'ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie. Toutefois, toutes les exclusions figurant dans cette notice restent dans tous les cas applicables,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf lorsqu'il s'agit de sports - autres que sports comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur - que pratique l'Assuré ou de compétitions sportives auxquelles il prend part, dans les deux cas en tant qu'amateur,
- les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,
- les prestations ne sont pas versées au cours des congés de maternité tels que définis aux articles Lp. 126-1 et suivants du Code du travail de Nouvelle Calédonie, que l'assurée y soit ou non assujettie,
- sont exclues les Incapacités Temporaires Totales de Travail, Invalidités Permanentes Totales ou Partielles et Invalidités Spécifiques AERAS résultant :
 - ♦ d'une dépression ou d'un syndrome anxio-dépressif ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuro-psychiatrique, sauf si une hospitalisation de plus de 10 jours continus en relation avec ces affections a été nécessaire pendant cette incapacité ou invalidité (hormis hospitalisation de jour) ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
 - ♦ d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité ou invalidité.

► Article 14 : Conséquences d'une fausse déclaration

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle de la part de l'assuré, l'assureur pourra, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, invoquer la nullité de l'adhésion et conserver les cotisations d'assurance payées.

L'article L. 113-8 du Code des assurances prévoit qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26 du Code des assurances, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'assureur pourra faire application de l'article L. 113-9 du Code des assurances. Si l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation 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 cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Dans ces divers cas, les cotisations annuelles à l'association contractante lui restent acquises.

► Article 15 : Déclaration et règlement des sinistres

Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Tout événement susceptible d'ouvrir droit au versement du capital doit être déclaré dans les meilleurs délais à l'assureur, par l'intermédiaire de la Contractante, au moyen d'un imprimé qui indique les pièces à produire. Les sommes dues sont réglées par l'assureur après réception de toutes les pièces justificatives.

Arrêt de travail

Déclaration

Les déclarations sont à adresser à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Contractante.

Un formulaire de déclaration de sinistre comportant la liste des pièces justificatives à fournir est remis par la Contractante.

L'arrêt de travail doit être déclaré dans un délai de six mois ; ce délai commence le premier jour de l'arrêt. Au-delà, l'Assureur fixe la prise en charge au jour de la déclaration

Pièces à fournir

Les pièces justificatives de prolongation d'arrêt de travail doivent être adressées, à la suite, dans un délai maximum de 90 jours.

À défaut, l'Assuré est réputé guéri à la date du dernier jour de la dernière période justifiée.

Au-delà de ce délai, toute prolongation parvenant à l'Assureur est considérée par lui :

- entre le 91^e jour et le 210^e jour : comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif,
- à compter du 211^e jour : comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu, à compter de la date de réception du justificatif, à l'application du délai de franchise prévu.

Règlement des prestations

Les prestations sont réglées, par l'Assureur à la Contractante, après réception des pièces justificatives.

Reprise du travail

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

► Article 16 : Contrôle médical - arbitrage

Contrôle

L'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen demandé par l'assureur.

Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'assureur ont libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état de santé.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à un examen médical ou une expertise ou de transmettre les documents demandés, le versement des prestations sera suspendu.

L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la CAFAT ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'incapacité et l'invalidité et celles de l'assureur dans les mêmes domaines. Les décisions de la CAFAT ou de tout autre organisme assimilé sont inopposables à l'assureur.

Pour les assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Temporaire Partielle de travail, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité Spécifique AERAS, le contrôle médical et les expertises éventuelles ultérieures devront s'effectuer en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco, les frais de déplacement engagés par l'assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

Arbitrage

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

► Article 17 : Cotisation

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation périodique pendant toute la durée de l'adhésion.

Les taux de cotisation comprennent les taxes en vigueur sur les cotisations d'assurance. Toute nouvelle taxe et/ou modification des taxes applicables au contrat sera répercutée sur les taux de cotisation, y compris pour les adhésions en cours.

Dès lors qu'aucune prestation ne peut être servie au titre de l'assurance Arrêt de Travail (ITT-ITP-IPT-IPP-AERAS), la part de cotisation relative à cette garantie est entièrement affectée à l'assurance Décès.

Prêts

La cotisation est prélevée simultanément avec l'échéance de remboursement du prêt. Son taux est exprimé en pourcentage du capital restant dû.

Crédits permanents

La cotisation est due mensuellement. Son taux est exprimé en pourcentage du montant autorisé.

Découverts

La cotisation est due mensuellement. Son taux est exprimé en pourcentage du montant autorisé.

Révision des cotisations

Les taux de cotisation ne sont pas révisables par l'assureur pour les adhésions en cours, sauf en cas de changement de taxes.

Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, la Contractante adresse à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisations ou fractions de cotisations dues ne sont toujours pas payées, l'Assuré sera exclu du bénéfice de l'adhésion au contrat sans autre formalité.

► **Article 18 : Voyages et séjours à l'étranger**

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Le certificat de décès devra donc émaner de l'une de ces deux autorités.

Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle et d'Invalidité spécifique AERAS sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que leur constat soit établi au moyen de documents émanant de l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues à l'article 16 "Contrôle médical – Arbitrage".

A défaut de preuve, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie.

Les documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie.

► **Article 19 : Informatique et Libertés**

Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par les prestataires du groupe Allianz dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de la part de l'assuré, elles pourront aussi, être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux ou par l'intermédiaire d'assurance, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant soit en adressant un courrier à la BCI, à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 54 avenue de la Victoire, BP K5, 98849 Nouméa Cedex (cil@bci.nc), soit en adressant un courrier auprès de : Allianz - Informatique et libertés - Case courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex (informatiqueetliberte@allianz.fr).

► **Article 20 : Réclamations**

L'assuré peut à tout moment s'adresser à son interlocuteur habituel de son agence BCI, afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son adhésion.

Selon son objet, la structure chargée du traitement de la 1ère réclamation de l'assuré diffère.

- Si la 1ère réclamation porte sur la cotisation d'assurance ou un aspect relatif à la bonne exécution des adhésions (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut de devoir et de conseil, ...), elle est instruite par la BCI.

- Si, sa réponse ne le satisfait pas, ou si la réclamation porte sur un aspect relatif à la gestion des sinistres, il peut adresser sa réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

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

Courriel : clients@allianz.fr ou delegationvie-nc@allianz.com

Enfin, en cas de désaccord définitif avec l'Assureur, l'assuré aura la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance - BP 290 – 75425 Paris cedex 09, excepté pour les réclamations spécifiques au défaut de devoir de conseil, qui seront traitées par le médiateur de la Fédération Bancaire Française, ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

► **Article 21 : Prescription**

Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

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

Article L.114-1 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L.114-2 du Code des assurances :

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

Article L.114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel «www.legifrance.gouv.fr».

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

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

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

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

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

► **Article 22 : Faculté de renonciation**

L'adhérent peut renoncer au bénéfice de son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que l'adhésion au contrat est conclue. Cette date correspond à la date de signature du certificat d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'adresse suivante : Banque Calédonienne d'Investissement, 54 avenue de la Victoire – BP K5 – 98845 NOUMEA. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre proposé ci-dessous. A réception de la lettre recommandée par l'assureur, l'adhésion au contrat et toutes ses garanties prennent fin. La(les) cotisation(s) sera(ont) remboursée(s) dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. « Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon adhésion aux contrats n° 5370, 5371, 5372 souscrits auprès d'Allianz Vie et demande le remboursement de ma cotisation de ...euros (date et signature) »

En cas d'exercice du droit de rétractation de l'adhérent au titre du contrat de prêt, l'adhésion est résiliée de plein droit.

Le défaut de remise des documents et informations énumérées à l'article L 132-5-1 du code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents.

► **Article 23 : Loi applicable**

La langue utilisée pendant toute la durée du contrat est le français. Le présent contrat d'assurance collective relève de la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

► **Article 24 : Autorité de contrôle**

L'autorité de contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

► **Article 25 : Participation aux bénéfices techniques et financiers**

L'assureur ne verse aucune participation au titre des bénéfices techniques et financiers.

Allianz Vie

Société anonyme au capital de 643.054.425 €. 340 234 962 RCS Nanterre.

Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX