

Notice d'information N° V.1346/0001

Notice d'information sur les dispositions du contrat d'assurance collective n° V.1346/0001 souscrit par l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (A.G.I.S.) auprès de SwissLife Assurance et Retraite, dite "Swiss Life".

Préambule

Le présent document constitue la notice d'information prévue par la législation. Il décrit les dispositions du contrat d'assurance N°V.1346/0001 souscrit par l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (A.G.I.S.) ci-après dénommée "AGIS" auprès de SwissLife Assurance et Retraite, ci-après dénommée "Swiss Life" ou "Assureur". Les conditions d'adhésion sont régies exclusivement par le droit français, par le Code des Assurances (branche 20 de l'article R.321-1), le contrat d'assurance collective, la présente notice d'information et les dispositions mentionnées sur le certificat d'adhésion.

1. Généralités

Définitions

⊙ Adhérent/Assuré :

L'Adhérent/Assuré est la personne physique, membre de l'AGIS, ayant demandé son adhésion au contrat N° V.1346/0001 pour la souscription des garanties assurées mentionnées sur le certificat d'adhésion et sur la tête de laquelle reposent les garanties souscrites par l'Adhérent dans le cadre de l'adhésion au contrat N°V.1346/0001. Elle est désignée ci-après "l'Assuré" et nommément désignée sur le certificat d'adhésion.

⊙ Organisme financier :

L'organisme financier est la personne morale qui accorde le prêt à l'Assuré.

⊙ Maladie :

Est considérée comme "maladie" toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

⊙ Accident :

Est considérée comme "accident" toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

N'est pas considérée comme accident la blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

1.1. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de couvrir les risques de :

- ⊙ Décès de l'Assuré,
- ⊙ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré,
- ⊙ Incapacité Temporaire Totale de Travail de l'Assuré,
- ⊙ Invalidité Permanente Totale de l'Assuré.

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale sont liées.

1.2. Assurés

L'assurance est ouverte, dans les conditions stipulées au contrat et rappelées ci-dessous, aux Adhérents résidant en France Métropolitaine, membres de l'A.G.I.S., titulaires auprès d'un organisme financier d'une opération de crédit immobilier ou professionnel d'une durée au moins égale à un an ainsi qu'aux co-emprunteurs.

1.3. Formalités d'admission

L'âge d'entrée à l'assurance est fixé à la date d'adhésion à (âge réel) :

- ⊙ 80 ans au plus pour souscrire à la garantie Décès,
- ⊙ 60 ans au plus pour souscrire à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- ⊙ 60 ans au plus pour souscrire aux garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale.

Chaque Adhérent doit donner son consentement écrit à l'assurance sur la base d'une demande d'adhésion comportant un questionnaire rempli et signé.

Selon les réponses apportées et en fonction du montant des capitaux assurés, l'Assureur peut être amené à :

- ⊙ demander des renseignements complémentaires (certificats ou examens médicaux), ou tout autre élément nécessaire à l'appréciation du risque,
- ⊙ subordonner sa garantie à des conditions spéciales pour risque aggravé,

- ⊙ refuser sa garantie.

Si des examens médicaux sont demandés, les honoraires sont à la charge de l'Assuré et lui sont remboursés s'il accepte la proposition de l'Assureur ou si celle-ci est assortie d'une surprime ou de conditions restrictives.

L'Assureur notifie son acceptation du risque et les conditions de son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion dont l'Adhérent doit retourner un exemplaire signé, accompagné des copies du tableau d'amortissement et du contrat de prêt.

1.4. Déclaration du risque

L'Assureur fonde ses engagements sur la foi des déclarations de l'Adhérent présumées exactes et sincères.

L'Assuré ayant déclaré être non fumeur lors de l'adhésion est tenu d'informer l'Assureur s'il se met ou remet à fumer même occasionnellement en cours de contrat. Le renouvellement des garanties n'est acquis que sous condition du paiement de la nouvelle cotisation dans le délai prévu ci-dessous établie sur la base du tarif « fumeurs ».

L'Assuré est également tenu d'informer l'Assureur de tout changement de risque intervenu entre la date d'acceptation du risque par l'Assureur et la date d'effet du contrat.

Toute omission, réticence ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances, les cotisations perçues restant intégralement acquises à l'Assureur.

1.5. Effet des garanties

⊙ L'Assureur notifie son acceptation du risque et les conditions de son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion dont un exemplaire est destiné à l'organisme prêteur.

⊙ Si l'acceptation de l'Assureur est en tous points conforme à la demande d'adhésion, aux conditions normales de tarif et de garantie prévues par le contrat, l'Assurance prend effet à la date de première mise à disposition des fonds empruntés, sous réserve du paiement des cotisations.

⊙ Si l'Assureur subordonne sa garantie à des conditions spéciales pour risque aggravé, les garanties prennent effet à la date de réception par l'Assureur de l'accord sur les conditions d'assurance de l'Assuré, et de l'emprunteur s'il est différent de l'Assuré, sous réserve du paiement des cotisations.

Pour ces conditions spéciales, la proposition de l'assureur est valable 4 mois à compter de la date d'établissement du certificat d'adhésion qui mentionne les conditions spéciales.

A défaut du retour d'un exemplaire du certificat d'adhésion dûment complété et signé dans ce délai de 4 mois, le contrat n'est pas formé, et la proposition de l'Assureur devient caduque.

⊙ Dans tous les cas, la mise à disposition des fonds empruntés doit intervenir dans les 180 jours suivant la date d'envoi du certificat d'adhésion, à défaut le contrat n'est pas formé, et la proposition de l'Assureur devient caduque.

1.6. Durée des adhésions

Chaque Adhérent fait l'objet d'une assurance de risque renouvelée annuellement par tacite reconduction à chaque date anniversaire de son adhésion, au plus tard jusqu'à l'âge de 85 ans, sous réserve du paiement des cotisations. Il peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire, sous réserve de l'accord de l'organisme financier, au moins un mois avant et d'être, à cette date, à jour de cotisation.

La résiliation du contrat souscrit par l'A.G.I.S. auprès de Swiss Life n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours qui continuent à produire leurs effets dans les conditions prévues au contrat.

1.7. Cotisations

Les cotisations sont appelées par l'Assureur. Elles sont payables d'avance selon la périodicité choisie par l'Adhérent : mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. La première cotisation est payable après acceptation des conditions d'assurance. Elle est appelée à compter de la date prévue du déblocage des fonds telle qu'indiquée sur la demande d'adhésion.

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assurance est résiliée 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée par l'Assureur.

1.8. Bénéficiaire

Le bénéfice de l'assurance est attribué à l'organisme financier qui est réputé bénéficiaire acceptant.

2. Assurances décès

2.1. Garanties accordées

En cas de décès de la personne assurée survenant avant la fin de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge de 85 ans, l'Assureur verse à l'organisme financier le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant le décès, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle du décès.

2.2. Risques assurés - risques exclus

Tous les risques de décès sont assurés, quelle qu'en soit la cause, à l'exception des risques suivants :

- * L'ivresse ou l'éthylisme de l'Assuré, l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à doses non prescrites par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement,
- * Le suicide conscient ou inconscient pendant la première année qui suit l'adhésion, le fait intentionnel du bénéficiaire.
- * La participation à des rixes ou émeutes, crimes et délits (y compris les infractions au Code de la Route),
- * La guerre civile : l'Assureur devra prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, de la participation à un acte terroriste ou de sabotage, à une émeute ou à un mouvement populaire,
- * La guerre étrangère : il appartient à l'Assuré ou aux bénéficiaires de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère,
- * Les engins de guerre ou, d'une manière générale, toute arme de détention interdite, dont l'Assuré serait détenteur ou possesseur ou qu'il manipulerait volontairement,
- * Les effets des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,
- * Toute source de rayonnement ionisant, lorsque l'Assuré y est exposé de manière prévisible, fut-ce par intermittence,
- * Les risques aériens :
 - * Dans le cadre de compétitions, acrobaties, voltiges, raids, vols d'essai et vols sur prototypes, vols sur deltaplane, tentatives de record et sauts en parachutes,
 - * La navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et/ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être l'Assuré lui-même,
 - * La participation ou la préparation à un match, un pari, un défi, un concours ou une tentative de record,
 - * La pratique de courses de vitesse, de compétitions ou essais avec un véhicule ou une embarcation à moteur,
 - * La pratique d'un sport à titre professionnel.

3. Assurance perte totale et irréversible d'autonomie

3.1. Définition

Est considéré comme atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, tout Assuré qui est reconnu définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

3.2. Garanties accordées

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de la personne assurée avant la fin de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, l'Assureur verse à l'organisme financier, à la date de reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

3.3. Risques assurés - risques exclus

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis, à l'exception des risques suivants :

- * la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie occasionnée par un événement non couvert en risque de décès, (paragraphe 2.2),
- * la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie due à un fait ou à un

engin de guerre en temps de guerre, ou provoquée par l'Assuré en se blessant intentionnellement ou en tentant de se suicider.

4. Assurance incapacité de travail

4.1. Définition

Un Assuré est en Incapacité Temporaire Totale de travail s'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'incapacité physique totale et continue, médicalement constatée, d'exercer toute activité professionnelle rémunérée.

L'Assuré au chômage ou n'exerçant pas d'activité professionnelle ne peut être couvert par la garantie.

Le montant assuré en Incapacité Temporaire Totale de travail est plafonné à 6.000 a par mois.

4.2. Garanties accordées

Les prestations sont dues après une période, appelée franchise, fixée selon l'option choisie à 30 jours, 60 jours ou 90 jours ininterrompus d'incapacité temporaire totale de travail survenant avant l'âge de 65 ans, tant que subsiste cette incapacité, au plus tard jusqu'au 1095^e jour ou au 65^{ème} anniversaire.

L'Assureur verse à l'organisme financier les termes périodiques de remboursement du prêt, à raison de 1/360^e du versement annuel ou annualisé par jour d'arrêt de travail justifié de la personne assurée, chaque mois entier étant compté pour 30 jours.

* Pendant la période de différé d'amortissement : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée.

* Pendant la période d'amortissement : Le montant des échéances de remboursement prévues à l'échéance du tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée.

* Prêt In fine : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée, la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail ne couvre pas la ou les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

Les termes périodiques sont ceux du tableau d'amortissement d'origine ou de celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt.

4.3. Risques assurés - risques exclus

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis à l'exception des risques suivants :

- * L'Incapacité Temporaire Totale de Travail occasionnée par un événement non couvert en risque de décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- * Les accidents, maladies, invalidités, infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion et non déclarés à l'adhésion ainsi que ceux qui sont formellement exclus sur le certificat d'adhésion,
- * Toute pathologie rachidienne (cervico-dorso-lombo-sacrée), ostéo-articulaires, disco-radiculaires et musculaire n'ayant pas entraîné une hospitalisation de plus de 15 jours consécutifs, sauf s'il s'agit d'une fracture ou d'une entorse.
- * La durée de l'indemnisation ne pourra excéder 6 mois pour toute la durée du contrat, (cette clause particulière ne s'appliquera pas aux pathologies rachidiennes, ostéo-articulaires, disco-radiculaires et musculaires d'origine tumorale),
- * Les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement, sauf ceux ayant nécessité une hospitalisation de plus de 30 jours consécutifs, dans ce dernier cas, la durée de l'indemnisation ne pourra excéder 6 mois pour toute la durée du contrat,
- * Les séjours et hospitalisations dans les maisons de retraite, de repos, de convalescence ou de rééducation (sauf les séjours consécutifs à un accident ou une maladie couvert par le contrat),
- * Les traitements esthétiques, d'amaigrissement, de rajeunissement, ainsi que les cures de toutes natures,
- * Toute grossesse, ses suites et conséquences sauf en cas de grossesse pathologique (aucune indemnisation pendant la durée légale du congé maternité, la franchise s'appliquant au terme de ce congé),
- * La pratique de sports automobiles, sports aériens, sports de combat, sports de neige (sauf pratique sur piste de ski alpin, ski de fond, monski et surf),
- * La pratique de l'escalade, de la randonnée en montagne au-delà de 3000 mètres, de la spéléologie, du canyoning,
- * La pratique de l'équitation avec sauts d'obstacle, de la voile à plus de 20 miles des côtes, de la plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur.

5. Assurance invalidité permanente totale

5.1. Définition

Un Assuré est en Invalidité Permanente Totale s'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité permanente totale d'exercer toute activité professionnelle ou toute occupation susceptible de lui procurer gain ou profit. Le taux d'invalidité ouvrant droit aux prestations doit être au moins égal à 66 %.

Le montant assuré en Invalidité Permanente et Totale est plafonné à 6.000 a par mois.

5.2. Garanties accordées

La franchise prévue au paragraphe 4.2 ci-dessus sera appliquée à compter de la date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente Totale, si celle-ci n'est pas consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail, objet du paragraphe 4 ci-dessus, déjà indemnisée au titre du présent contrat.

L'Assureur verse à l'organisme financier les termes périodiques de remboursement du prêt, à raison de 1/360e du versement annuel ou annualisé par jour d'invalidité justifié de la personne assurée, chaque mois entier étant compté pour 30 jours.

Tant que le taux d'invalidité est au moins égal à 66 %, l'Assureur verse :
* Pendant la période de différé d'amortissement : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée pendant une durée maximum de deux ans.

* Pendant la période d'amortissement : Le montant des échéances de remboursement prévues à l'échéance du tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée.

* Prêt In fine : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée, la garantie IPT ne couvre pas la ou les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

Les termes périodiques sont ceux du tableau d'amortissement d'origine ou de celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt.

5.3. Risques assurés - risques exclus

Les exclusions sont celles de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail figurant au paragraphe 4.3. Ci-dessus

5.4. Evaluation du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est déterminé par estimation d'ordre médical en fonction de l'incapacité fonctionnelle physique ou mentale et de l'incapacité professionnelle tenant compte de la profession exercée et des possibilités d'exercice d'une profession différente selon le barème ci-après exprimé en pourcentage, (barème du " concours médical " de 1982).

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi en premier lieu, par une estimation d'ordre médical, en dehors de toute considération professionnelle ; il est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est établi ensuite par estimation d'ordre médical. Il est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession et des possibilités d'exercice d'une profession différente.

Le taux d'invalidité est toujours susceptible d'être révisé (diminution ou aggravation). Le nouveau taux résulte de l'application du barème, en tenant compte du nouveau taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle déterminé lors de la nouvelle estimation. Pour autant que le nouveau taux soit au moins égal à 66 %, la prise en charge des termes périodiques de remboursement du prêt par l'Assureur interviendra, à partir de l'échéance suivant la constatation de cette modification du nouveau taux d'invalidité.

Barème :

%	60	70	80	90	100
30					66.94
40				68.68	73.68
50			68.40	73.99	79.37
60	66.49	72.69	78.62	84.34	
70	70.00	76.52	82.79	88.79	
80	66.04	73.19	80.00	86.54	92.83
90	68.68	76.12	83.20	90.00	96.55
100	71.14	78.84	86.18	93.22	100.00

(1) Taux d'incapacité professionnelle

6. Convention AERAS

6.1. Objet de la convention

Les Assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat, (niveau 1 de ladite convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'assureur.

Ces demandes d'adhésions sont systématiquement examinées individuellement conformément au niveau 2 de la convention AERAS. Une proposition tarifaire personnalisée est adressée dans les 72 heures sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (Questionnaire médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier).

En cas de refus de toute garantie en niveau 2, sous réserve que l'encours cumulé des prêts à assurer n'est pas supérieur à 300 000 euros, et pour des prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans, le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de niveau 3, conformément à la convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

6.2. Garantie substitutive Invalidité Fonctionnelle Permanente

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie substitutive peut être proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente et Totale ont été refusées pour des raisons médicales.

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

L'Invalidité Fonctionnelle Permanente prévoit la couverture d'une Invalidité Fonctionnelle égale ou supérieure à 80% conformément à la définition ci-dessous :

L'invalidité fonctionnelle est définie comme la perte d'usage des fonctions physiques ou psychiques de l'assuré. Elle est établie par accord ou expertise entre les parties, d'après le barème de droit commun, (barème du " Concours Médical " de 1982), quelle que soit la profession de l'assuré.

En cas d'Invalidité fonctionnelle de l'assuré(e) reconnue égale ou supérieure à 80 % par une expertise médicale effectuée par un médecin désigné par l'assureur, avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, l'Assureur verse à l'organisme financier, selon la quotité assurée, le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de ladite Invalidité, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de la reconnaissance de ladite Invalidité.

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis, à l'exception des risques suivants :

- * L'invalidité fonctionnelle occasionnée par un événement non couvert en risque de décès, (paragraphe 2.2),
- * L'invalidité fonctionnelle due à un fait ou à un engin de guerre en temps de guerre, ou provoquée par l'Assuré en se blessant intentionnellement ou en tentant de se suicider.

Retrouvez toutes les informations sur la convention AERAS sur le site www.aeras-infos.fr

7. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- ⊙ En cas de non paiement de la cotisation ;
- ⊙ A la date d'exigibilité ou de remboursement du prêt ;
- ⊙ A la date de survenance de tout événement susceptible de rendre le prêt exigible au sens du contrat de prêt, y compris pour les prestations en cours ;
- ⊙ A la fin de l'année d'assurance en cours, en cas de résiliation par l'Assuré de son adhésion ;
- ⊙ Au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Adhérent atteint l'âge :
 - * de 85 ans pour la garantie Décès,
 - * l'âge auquel lui est attribuée sa pension vieillesse par son régime de base et au plus tard à l'âge de 65 ans pour les garanties Perte Totale et Irreversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, et Invalidité Permanente Totale.

8. Procédure en cas de sinistre

Tout sinistre doit être déclaré dans les plus brefs délais à l'Assureur à l'adresse suivante : **SPB - SwissLife/SGE - 76095 Le Havre Cedex Tél. 0825.898.235 - Fax 0232.742.232 - e-mail : sge@spb.fr.**
La déclaration doit être accompagnée de tous documents nécessaires à l'instruction du dossier. Les pièces à fournir sont principalement :

8.1. En cas de décès

- Un acte de décès au nom de l'Assuré.
- Un certificat médical précisant la cause du décès. Si cette dernière n'y figure pas, joindre une lettre indiquant cette cause telle qu'elle a été portée à la connaissance de la famille ou de l'entourage.

8.2. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- Un certificat médical indiquant la cause de la perte d'autonomie et la date à laquelle elle a pu être considérée comme totale et irréversible.
- La notification de l'organisme de couverture sociale attestant l'admission en invalidité permanente et totale et précisant que l'assistance d'une tierce personne est nécessaire.

8.3. En cas d'incapacité temporaire de travail - invalidité permanente totale :

- En cas d'incapacité temporaire totale de travail, une attestation du médecin de l'Adhérent précisant la nature et la date de première constatation de la maladie ou de survenance de l'accident, le point de départ de l'arrêt de travail et sa durée probable.
- En outre, pour les Assurés salariés, les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance.
- En cas d'invalidité permanente totale, la notification de l'organisme de couverture sociale dont relève l'Assuré, précisant la date reconnue pour origine de l'invalidité et le taux accordé.
- Un certificat médical détaillé établi par le médecin de l'Assuré précisant la nature et l'origine de l'invalidité.

Tout arrêt de travail ouvrant droit aux prestations déclaré au-delà de 180 jours comptés à partir de la date de sa survenance est considéré comme étant survenu le jour où la déclaration en a été faite. Toutefois, il n'est pas fait application du délai de franchise.

9. Contrôle

L'Assureur se réserve le droit de demander, sauf opposition justifiée, sous peine de déchéance, tous renseignements et documents complémentaires et de faire vérifier à toute époque l'état d'invalidité ou d'incapacité de travail de l'Assuré.
Aussi longtemps que les pièces à l'appui n'ont pas été produites et qu'il n'a pas été fait droit aux demandes de l'Assureur, aucune prestation n'est exigible.

10. Délai de renonciation

L'Adhérent peut renoncer à l'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la date de paiement de la première cotisation ou

fraction de cotisation.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception adressée à **SPB - Swiss Life/SGE - 76095 Le Havre Cedex**, établie selon le modèle suivant :

Je soussigné(e), (Nom et Prénom.....), né(e) le demeurant à désire renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance N° du pour laquelle j'ai effectué un versement de e. Je demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L.132-5-1 du Code des Assurances.

Date :

Signature :

Les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion cessent immédiatement leurs effets à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).

L'Assureur avertira par écrit l'organisme financier.

11. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L.114-1 du Code des Assurances).

Ce délai est porté à 10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne différente de l'Adhérent.

Cette prescription est interrompue dans les conditions prévues à l'article L.114-2 du Code des Assurances, par une des causes ordinaires d'interruption, et notamment l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, ou par la saisine du Médiateur.

12. Médiation

Les réclamations des Adhérents, des Assurés et de leurs bénéficiaires concernant l'application du contrat sont à formuler par écrit auprès du :

**Secrétariat Général de Swiss Life
86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08**

Si un désaccord subsiste, le différend est soumis à l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont l'adresse sera communiquée par le Secrétariat général de Swiss Life.
L'autorité administrative chargée du contrôle de l'Assureur est l'**Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout-75009 PARIS.**

13. Loi informatique et liberté

Conformément à l'article 32 de la loi du 06/01/1978, dite «Informatique et Liberté», modifiée par la loi n° 2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est le Département Marketing de Swiss Life : 1, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 1, auprès duquel vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec ses mandataires de l'information. Si vous souhaitez cependant ne pas être sollicité, nous vous invitons à nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

Votre interlocuteur commercial :

CAPVIE Assurances
9 Bis Avenue du Général Leclerc
93250 VILLEMOMBLE
Tél. 0826 620 020 (0.15eur/m)
Fax 01 48 55 88 11

RCS 483 069 449 - ORIAS 07 005194

Contrats souscrit auprès de :

« SwissLife Assurance et Retraite »

Nom commercial de :
Société suisse d'Assurances générales
sur la vie humaine

Siège spécial pour la France :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08
775.752.959 RCS Paris

Entreprise régie par le Code des
Assurances pour les contrats souscrits
ou exécutés en France
SA au capital de CHF 587.350.000

Siège social à Zurich :
Général Guisan, quai 40
RC. CH.020.5.901.324.6