

Notice d'information sur le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° V.9764 0027 souscrit par le Crédit Social des Fonctionnaires, Association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901, 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 PARIS (ci-après dénommé CSF), par l'intermédiaire des Courtiers d'assurances CSF Assurances, ORIAS* n° 07 008 834, SARL au capital de 4 500 000 €, 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 PARIS CEDEX 09, B 322 950 148 RCS Paris et CRESERFI, ORIAS* n° 07 022 577, SA au capital de 56 406 136 €, 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 PARIS, B 303 477 319 RCS Paris auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine, SA au capital de 169 036 086,38 €, 7 rue Belgrand 92300 LEVALLOIS-PERRET, 341 785 632 RCS Nanterre (ci-après dénommé l'Assureur).

CSF Assurances est mandaté par l'Assureur pour gérer les adhésions et les sinistres.

*(site internet www.orias.fr)

320815613/3505758/4800001072

Réf contrat V. 9764 0027 Juillet 2022

1. Définitions relatives aux principaux termes employés

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré 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

Adhérent

Personne physique, adhérente du CSF ayant contracté un prêt en tant qu'emprunteur, co-emprunteur ou intervenant en qualité de caution d'un emprunteur personne physique.

Assuré

Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties accordées.

Bénéficiaire des prestations

Garanties liées au remboursement du prêt

- en cas de décès, de PTIA, d'IPT ou de GIS : le Prêteur sauf dérogation
- en cas d'ITT : l'Assuré lui-même

Capital Education

- pour les enfants âgés de moins de 18 ans, la personne ayant l'autorité parentale ou assurant la tutelle du mineur
- pour les enfants majeurs, l'enfant lui-même

Caution

La personne s'engageant à poursuivre le remboursement du prêt en cas de défaut de l'emprunteur et/ou du co-emprunteur

Emprunteur/Co-Emprunteur

Personne physique signataire ou co-signataire d'un contrat de prêt

Franchise

Délai décompté à partir du premier jour d'arrêt de travail. La franchise ne donne pas droit au calcul et paiement de prestation.

Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Est reconnu en IPP l'Assuré qui, après consolidation de son état, présente un Taux d'invalidité d'au moins 33% et d'au plus 65% conformément au Barème de taux d'invalidité ci-dessous et se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein la profession qu'il pratiquait au jour du sinistre lui procurant gains ou profit.

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Est reconnu en IPT l'Assuré qui, après consolidation de son état, présente un Taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 % conformément au Barème de taux d'invalidité ci-dessous, et se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer la profession qu'il pratiquait au jour du sinistre lui procurant gains ou profit.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Est considéré en ITT l'Assuré qui se trouve pendant la période de validité de la garantie dans l'impossibilité temporaire totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, susceptible de lui procurer salaire, gains ou profit, et même si son activité professionnelle est imitée à un poste de surveillance ou de direction.

Inactif

Toute personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle.

Néanmoins, une personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée et qui est au chômage indemnisé par Pôle Emploi ou un organisme assimilé ne relève pas de cette catégorie.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et indépendante

Prêteur

Personne morale ou physique qui accorde le prêt à l'Adhérent

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est reconnu en PTIA par l'assureur, l'Assuré définitivement incapable de se livrer à un travail ou activité, même de surveillance ou de direction, pouvant procurer salaire, gain ou profit, et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Quotité assurée

Taux choisi par l'Assuré mentionné sur la demande d'adhésion. Le taux est le même pour toutes les garanties.

Barème de Taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est déterminé par l'Assureur en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle de l'Assuré. Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle sont évalués par expertise médicale effectuée par le médecin expert missionné par l'Assureur dès lors que l'état de l'Assuré peut être considéré comme consolidé.

L'incapacité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun du concours médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'Assuré.

L'invalidité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle de l'Assuré exercée au jour du sinistre, 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 activité et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle selon le barème ci-dessous :

Taux d'incapacité professionnelle (%)	Taux d'incapacité fonctionnelle (%)									
	De 20 à 29	De 30 à 39	De 40 à 49	De 50 à 59	De 60 à 69	De 70 à 79	De 80 à 89	De 90 à 99	De 100	
De 10 à 19	15,9	20,8	25,2	29,2	33,0	36,6	40,0	43,3	46,4	
De 20 à 29	20,0	26,2	31,7	36,8	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5	
De 30 à 39	22,9	30,0	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9	
De 40 à 49	25,2	33,0	40,0	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7	
De 50 à 59	27,1	35,6	43,1	50,0	56,5	62,6	68,4	74,0	79,4	
De 60 à 69	28,8	37,8	45,8	53,1	60,0	66,5	72,7	78,6	84,3	
De 70 à 79	30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70,0	76,5	82,8	88,8	
De 80 à 89	31,7	41,6	50,4	58,5	66,0	73,2	80,0	86,5	92,8	
De 90 à 99	33,0	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90,0	96,5	
De 100	34,2	44,8	54,3	63,0	71,1	78,8	86,2	93,2	100,0	

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle, il ne sera tenu compte, sur expertise médicale, que du taux d'incapacité fonctionnelle.

2. L'adhésion

2.1. Objet du contrat d'assurance de groupe

Le contrat d'assurance de groupe a pour objet de couvrir les adhérents de CSF ayant contracté un prêt en tant qu'emprunteur, co-emprunteur ou en qualité de caution d'un adhérent les risques de Décès et PTIA, et en option, au choix de l'adhérent lors de l'adhésion uniquement :

- ITT et IPT
- IPP (la garantie IPP ne peut être souscrite qu'en complément des garanties ITT et IPT)
- Rachat des exclusions relatives aux maladies psychiques et dorsolombaires (cette option ne peut être souscrite qu'en complément des garanties ITT et IPT)

L'assuré doit être âgé de moins de 66 ans à l'adhésion pour pouvoir adhérer aux garanties proposées en option.

2.2. Personne assurable

Toute personne physique, domiciliée fiscalement en France, adhérente de CSF, âgée de 18 ans ou plus et de moins de 70 ans à la date d'effet de son adhésion au contrat d'assurance.

2.3. Prêt éligible et quotité assurée

Le prêt, libellé en euro, peut-être : un prêt immobilier amortissable ou un prêt relais d'une durée de 24 mois au maximum, l'un ou/et l'autre conclu avec un Prêteur situé dans l'Union Européenne, ou un prêt immobilier familial (parent/ enfant) formalisé en France devant notaire.

La quotité assurée ne peut pas excéder 100 % par Assuré. Si le capital initial mentionné sur la demande d'adhésion est inférieur au montant réellement emprunté, l'engagement de l'Assureur pour l'ensemble des garanties sera réduit proportionnellement.

2.4. Formalités d'adhésion

Chaque demandeur doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion et un questionnaire de santé. L'Assureur au vu des réponses apportées et du capital à assurer, peut être amené à demander des formalités ou renseignements complémentaires.

Tout document médical est à adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

Les honoraires liés aux examens médicaux demandés par l'Assureur sont à la charge de l'Assuré. Sous réserve que l'Assuré accepte la proposition d'assurance et après la mise en place de l'assurance, certains examens médicaux seront pris en charge par l'Assureur et remboursés au demandeur dans la limite des plafonds fixés. La liste des examens médicaux pouvant être pris en charge, ainsi que les plafonds, est communiquée par l'Assureur en même temps que la demande d'examens.

A noter : la durée de validité du questionnaire de santé est de 6 mois à compter de la date de signature figurant sur le questionnaire et de 6 mois pour les examens médicaux à compter de la date où ils ont été effectués.

Passé ce délai, le demandeur doit renouveler le questionnaire et/ou examens.

Formalités d'adhésion spécifiques relatives à la Loi 2022-270 du 28 Février 2022 :

Conformément à l'article L. 113-2-1 du Code des assurances, tout candidat à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale lorsqu'il répond aux conditions cumulatives suivantes

- L'adhésion est demandée en vue de garantir des prêts immobiliers octroyés à des consommateurs pour l'acquisition de biens à usage d'habitation et à usage mixte habitation et professionnel ;
- Les sommes à assurer, de l'encours cumulé de crédits consentis par tous établissements de crédit confondus, n'excèdent pas 200 000 € ;
- L'échéance de remboursement du (des) prêt(s) demandé(s) est antérieure au 60ème anniversaire de l'Assuré.

2.5. Déclaration du risque/fausse déclaration

Les déclarations de l'Assuré servent de base à l'adhésion. Elles sont présumées sincères et exactes. L'adhésion est alors incontestable dès son entrée en vigueur.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraînerait l'application, suivant le cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) ou L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

L.113-8 - Fausse déclaration intentionnelle

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.

L.113-9 - Fausse déclaration non intentionnelle

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.

2.6. Décision et notification

L'Assureur peut :

- accepter la demande d'adhésion :
 - ♦ sans réserve
 - ♦ avec réserve (conditions spéciales pour risque aggravé ou limitation de garantie). La proposition de l'Assureur est valable 4 mois à compter de la notification. A défaut d'acceptation du demandeur dans ce délai, la proposition devient caduque.
- ajourner ou refuser la demande d'adhésion.

La décision de l'Assureur est communiquée :

- Electroniquement et disponible sur l'espace « Mon Compte » du demandeur lorsque ce dernier a choisi la procédure électronique.

- Par écrit, lorsque le demandeur a choisi d'adhérer au contrat sur le formulaire papier

La proposition de l'Assureur est valable 4 mois à compter de sa notification. A défaut d'acceptation dans ces délais, les formalités d'adhésion devront être intégralement renouvelées.

2.7. Convention AERAS

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une Garantie Invalidité Spécifique est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, si l'Assureur a refusé les garanties ITT, IPP et IPT pour des raisons médicales ou s'il les a assorties d'une exclusion de la (des) pathologie(s) déclarée(s). Le demandeur ne peut pas solliciter directement cette garantie.

La Garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant la date où l'Assuré(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant son 65^{ème} anniversaire, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires, ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 %. Le taux d'incapacité fonctionnel est apprécié par le Médecin Conseil de l'Assureur sur la base du barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

L'Assureur verse au Bénéficiaire le capital assuré restant dû à l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de la GIS.

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en ITT figurant au paragraphe 3.3. ci-après.

L'Assuré peut trouver toutes les informations sur la convention AERAS sur le site www.aeras-infos.fr

2.8. Date d'effet

L'adhésion et les garanties prennent effet :

- pour un prêt non débloqué à la date de la demande d'adhésion : à la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'adhérent, sous réserve de l'encaissement effectif des cotisations et de l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur et s'il y a lieu de l'Assuré.

- pour un prêt déjà débloqué à la date de la demande d'adhésion : à la date mentionnée sur le courrier de l'Assureur confirmant l'acceptation de

l'adhésion et s'il y a lieu de l'Assuré, **sous réserve de l'encaissement effectif des cotisations**.

2.9. Droit de renonciation

L'Assuré peut renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de son adhésion. Cette date est indiquée sur le certificat d'adhésion. Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception adressée à CSF Assurances - Service Gestion - 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 PARIS CEDEX 09 et établie selon le modèle suivant :

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (prénom et nom), désire renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance CSF référencé V.9764 0027 du (date). Je demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L.132-5-1 du Code des assurances. Date et 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 en avertira le Prêteur par écrit.

2.10. Durée et cessation de l'adhésion

L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvelle chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire de l'adhésion, sous réserve du paiement des cotisations.

L'adhésion prend fin au terme du prêt et par anticipation dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion par l'Assuré avec l'accord du Prêteur. La demande de résiliation est à adresser avec le justificatif de cet accord par courrier recommandé avec avis de réception, à CSF Assurances - Service Gestion - 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 PARIS CEDEX 09, 30 jours au moins avant la date anniversaire de l'adhésion
- non-paiement des cotisations
- date d'exigibilité du prêt avant le terme prévu, quel qu'en soit le motif (exemple : déchéance du terme)
- date de remboursement total du prêt par anticipation
- décès de l'Assuré
- et au plus tard au 31 décembre de l'année du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré

En outre, les garanties cessent :

- pour la PTIA, au 31 décembre de l'année du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré
- pour l'ITT, l'IPT, l'IPP à la date de liquidation par l'Assuré de sa pension vieillesse au régime de base et au plus tard au 31 décembre de l'année de son 67^{ème} anniversaire.

Modalités de mise en œuvre de la substitution d'assurance

Pour les prêts immobiliers visés au 1^o de l'article L.313-1 du Code de la consommation, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation du présent contrat à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt, dans les formes prévues par l'article L. 113-14 du code des assurances.

Modalités de mise en œuvre de la substitution d'assurance : l'Assuré doit notifier à l'Assureur sa demande de résiliation, accompagnée de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas d'acceptation de la substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- soit 10 jours ouvrés après réception de la décision de l'organisme prêteur par l'assureur ;
- soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

La demande de résiliation doit être adressée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique à CSF Assurances - Service Gestion - 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 PARIS CEDEX 09 ou sur l'espace assuré rubrique « Mon Compte ».

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur ou d'absence de fourniture de l'accord du prêteur à la substitution, la demande de résiliation de l'adhésion au présent contrat ne pourra pas être prise en compte.

2.11. Territorialité

La garantie décès s'exerce dans le monde entier.

En cas de décès survenant hors de France, la preuve du décès doit être fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Les prestations versées périodiquement au titre de l'ITT ou l'IPP ne sont dues que pour les périodes d'incapacité constatées médicalement en France. De même le capital restant

dû pour les garanties IPT, PTIA ou GIS est celui à la date de reconnaissance en France respectivement de l'IPT, de la PTIA ou de la GIS.

Les frais de déplacement pour se rendre en France sont à la charge de l'Assuré.

2.12. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L.114-1

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 fausse 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 L.114-2

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 cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L.114-3

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.

Causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2240) ; la demande en justice (Articles 2241 à 2243) ; la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244) ; 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 (Article 2245) ; l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance (Article 2246).

2.13. Litiges et réclamations – Médiation – Autorité de contrôle

Litige et réclamations

Premier contact : l'interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant son adhésion, l'Assuré est invité dans un premier temps, à prendre contact avec son interlocuteur habituel (intermédiaire commercial)

Deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, l'Assuré peut intervenir auprès du service réclamations de CSF Assurances - Service Gestion - 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 PARIS CEDEX 09

Médiation

En dernier recours : la Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance - TSA 50110 75441 PARIS CEDEX 09.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

Autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS92459 75436 PARIS CEDEX 09.

2.14. Informatique et Libertés

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, l'entité filiale de Holding SwissLife France (dénommée Groupe SwissLife France) et son mandataire CSF Assurances sont responsables du traitement des informations recueillies.

Les données collectées sont utilisées par les sociétés d'assurance du Groupe SwissLife France, à savoir SwissLife Assurance et Patrimoine (SLAP), SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS) et SwissLife Assurances de Biens (SLAB) et leur mandataire :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de l'adhésion ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Les données de l'Assuré sont également transmises entre les 3 sociétés d'assurance du Groupe, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités au sein du Groupe SwissLife France pour les besoins de ces opérations.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données le concernant. L'Assuré a aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de ses données après son décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si l'Assuré a consenti de manière expresse à

certaines utilisations de ses données, il peut retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de son adhésion.

L'Assuré peut s'opposer au traitement de ses données pour un motif légitime. Il peut également s'opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des 3 sociétés d'assurance du Groupe SwissLife France (SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens) et de leur mandataire pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ses droits, l'Assuré peut s'adresser à direction gouvernance et qualité de la donnée 7 rue Belgrand 92300 LEVALLOIS-PERRET. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil. Il peut également écrire au Délégué à la Protection des Données (DPO) de SwissLife Assurance et Patrimoine 7 rue Belgrand 92300 LEVALLOIS-PERRET (DPOswisslife@swisslife.fr).

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Assuré peut s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr>).

La politique de protection des données à caractère personnel reflète les valeurs de SwissLife, pour plus d'informations : <http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees>. Elle pourra être expédiée à l'Assuré à sa demande et gratuitement à l'adresse indiquée sur son certificat d'adhésion.

3. Fonctionnement

3.1. Modification de l'adhésion / Information de l'Assureur

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toutes modifications relatives au(x) prêt(s) déclarés lors de l'adhésion, et ceci dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet des nouvelles caractéristiques du (des) prêt(s).

A défaut, les prestations en cas de sinistre seront calculées sur la base du dernier tableau d'amortissement connu de l'Assureur si les nouvelles caractéristiques du prêt sont supérieures.

L'Assureur peut exiger l'accomplissement des mêmes formalités que celles prévues pour une nouvelle adhésion. Les modifications feront soit l'objet d'un avenant soit seront refusées.

Toute modification des conditions d'assurance conduisant à une diminution de la couverture d'assurance ou toute résiliation doit faire l'objet de l'accord préalable du Prêteur.

3.2. Garanties

A noter :

► **Garanties accordées** : l'Assuré ne bénéficie que des garanties qu'il a choisies, indiquées sur la demande d'adhésion et acceptées par l'Assureur

► **Les suites et conséquences d'une Incapacité de travail ou d'une Invalidité en cours à la date d'effet du contrat** ne peuvent permettre la mise en jeu des garanties prévues au contrat.

► **L'Assuré est mis en garde contre l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale relatives à l'incapacité et à l'invalidité et celles de l'Assureur dans les mêmes domaines.**

► **Capital ou mensualité assurés** : c'est le capital restant dû selon le tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre ou la mensualité résultant du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre venant à échéance pendant le sinistre déclaré, multiplié par la quotité assurée, indiquée sur la demande d'adhésion.

Les échéances du prêt sont systématiquement ramenées sur une base mensuelle et appelées mensualités.

Les éventuelles mensualités impayées à la date du sinistre, les intérêts de retard ou pénalités dus à cette même date sont exclus.

► **Prestations maximum** : les prestations versées par l'Assureur au titre d'un ou plusieurs prêts assurés par le contrat d'assurance de groupe V.9764 0027 sont limitées par Assuré à :

- 600 000 € tous prêts confondus pour les garanties décès, PTIA, IPT et GIS

- 4 000 € par mensualité tous prêts confondus pour la garantie ITT et IPP.

► **Co-assurés** : si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt, les prestations de l'Assureur sont limitées au montant dû au titre du prêt.

► **Date de survenance du sinistre** : le sinistre doit survenir pendant la période de validité de l'adhésion et au plus tard avant la date de cessation de la garantie concernée (cf. point 2.10 ci-avant).

3.2.1. *Décès et PTIA*

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le capital assuré restant dû à l'échéance précédant la date du décès et le cas échéant le Capital éducation.

Capital éducation : si au jour du décès, l'Assuré laisse au moins un enfant de moins de 26 ans fiscalement à charge et scolarisé (cette dernière restriction ne s'appliquant pas à un enfant de moins de 3 ans), l'Assureur verse une prestation complémentaire appelée « Capital éducation ». Pour une quotité assurée de 100%, le capital éducation est de 10 000 €. Si la quotité assurée est inférieure, la prestation est ramenée à 10 000 € multiplié par la quotité assurée, indiquée sur le certificat d'adhésion. Si l'Assuré laisse plusieurs enfants répondant aux conditions ci-dessus, la prestation est répartie par parts égales entre les enfants concernés. Le Capital éducation n'est versé qu'une fois par Assuré quel que soit le nombre de prêts assurés.

En cas de PTIA de l'Assuré, l'Assureur verse au Bénéficiaire le capital assuré restant dû à l'échéance précédant la date de la reconnaissance par l'Assureur de la PTIA.

Le paiement du capital assuré au titre de ces garanties met fin à l'adhésion de l'Assuré et, si la quotité assurée était de 100 %, à celle de l'éventuel Co-emprunteur ou Caution.

3.2.2. *Incapacité temporaire totale de travail (ITT)*

a/- Prestation : en cas d'ITT de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur verse au Bénéficiaire, une prestation égale aux mensualités assurées venant à échéance au-delà de la Franchise, calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail justifié. Tous les mois sont considérés de 30 jours.

La franchise est de 90 jours ininterrompus d'ITT.
L'ITT doit être constatée en France.

La prestation est versée tant que l'ITT est médicalement justifiée et au maximum pendant 1095 jours, pour un même sinistre.

Si l'Assuré a la qualité d'assuré social, il doit bénéficier d'une intervention de son régime de base.

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à l'Organisme Assureur.

Le versement cesse :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle même à temps partiel (sauf Mi-temps thérapeutique)
- pour les assurés affiliés à un régime social obligatoire (tel que la Sécurité sociale, RSI, ..) à la date à laquelle il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement des prestations de son régime de protection sociale
- lorsque la durée maximum d'ITT est atteinte
- à la date de liquidation de la pension vieillesse au régime de base
- au plus tard au 31 décembre de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré

Durée maximum de l'ITT : 1095 jours d'arrêt de travail au maximum pour une même maladie ou accident.

Rechute : une ITT survenant moins de 60 jours après la reprise d'activité professionnelle faisant suite à un arrêt ayant donné droit à une prise en charge par l'Assureur et ayant donné lieu à prise en charge par l'Assureur au titre du présent contrat, n'entraîne pas l'application d'une nouvelle franchise s'il s'agit de la même affection ou du même motif. Les deux arrêts de travail sont considérés comme une seule et même ITT

b/- Cas particuliers

b1/- Mi-temps thérapeutique : En cas de reprise effective du travail en temps partiel thérapeutique et après une prise en charge au titre de la garantie ITT du présent contrat, l'Assureur prend en charge 50 % de la prestation prévue au point a/- ci-dessus.

La prestation est versée tant que le mi-temps thérapeutique est médicalement justifié. **Le versement cesse** :

- lorsque la limite d'indemnisation est atteinte
- à la date de liquidation de la pension vieillesse au régime de base
- au plus tard au 31 décembre de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Limite d'indemnisation : 180 jours au maximum peuvent être pris en charge pour une même maladie ou accident.

b2/- Assuré inactif : l'Assuré inactif au jour du sinistre, est considéré en ITT s'il se trouve pendant la période de validité de la garantie dans l'impossibilité temporaire et totale d'effectuer au moins 1 des 4 actes de la vie quotidienne. L'Assureur verse au Bénéficiaire, une prestation égale aux mensualités assurées venant à échéance au-delà de la Franchise, calculée au prorata du nombre de jours ITT.

La franchise est de 90 jours ininterrompus d'ITT.

La prestation est versée tant que l'ITT est médicalement justifiée et au maximum pendant 1095 jours, pour un même sinistre.

Définition des 4 actes de la vie quotidienne :

Se laver : tant le haut que le bas du corps.

S'habiller : enfiler ou enlever les vêtements qu'il porte quotidiennement. Un besoin d'assistance uniquement pour enfiler ou enlever ses bas, chaussettes ou chaussures, ou encore pour attacher ou détacher ses vêtements n'est pas considéré comme une incapacité physique totale de s'habiller.

Se déplacer : se déplacer à l'intérieur de son logement sur une surface plane. Se lever, se coucher, s'asseoir : passer de chacune des positions suivantes à l'autre : debout / assis ; assis / couché ; assis / debout ; couché / assis.

S'alimenter : porter à la bouche les aliments et la boisson préalablement servis et coupés.

Cette impossibilité temporaire et totale d'effectuer l'un de ces actes doit être médicalement constatée par le médecin mandaté par l'Assureur.

Le versement cesse :

- lorsque la durée maximum de l'ITT est atteinte
- à la date de liquidation de la pension vieillesse au régime de base
- au plus tard au 31 décembre de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Durée maximum de l'ITT : 1095 jours au maximum pour une même maladie ou accident.

3.2.3. Invalidité Permanente Totale (IPT)

En cas d'IPT de l'Assuré survenue pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur verse au Bénéficiaire le capital assuré restant dû à l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de l'IPT.

Le paiement du capital assuré au titre de cette garantie met fin à l'adhésion de l'Assuré et, si la quotité assurée était de 100 %, à celle de l'éventuel Co emprunteur ou Caution.

L'IPT doit être constatée médicalement en France

3.2.4. Invalidité Permanente Partielle (IPP)

La garantie IPP n'est valablement souscrite que si l'Assuré a opté pour cette garantie lors de sa demande d'adhésion au contrat, et qu'elle a été acceptée par l'Assureur.

En cas d'IPP de l'Assuré, survenue pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur verse au Bénéficiaire, une prestation égale à 50 % des mensualités assurées venant à échéance au-delà de la franchise, calculée au prorata du nombre de jours.

La franchise est de 90 jours ininterrompus d'IPP, décomptés à partir du 1^{er} jour d'IPP. Si l'IPP fait suite à une ITT indemnisée, la franchise n'est pas décomptée.

La prestation est versée tant que l'IPP est médicalement justifiée. **Le versement cesse** : • à la date de liquidation de la pension vieillesse au régime de base • au plus tard au 31 décembre de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

L'IPP doit être constatée médicalement en France,

3.2.5. Exonération des cotisations

En cas de versement de prestations par l'Assureur au titre de l'ITT, les garanties souscrites sont maintenues avec exonération du paiement des cotisations de l'Assuré, pendant la durée de versement des prestations.

3.2.6. Rachat des exclusions relatives aux maladies psychiques et dorsolombaires (MNO)

Cette option permet à l'Assuré d'être garanti pour les maladies psychiques et dorsolombaires sans conditions d'hospitalisation.

Les exclusions prévues au point 3.3. concernant la pathologie dorsolombaire et les maladies psychiques ne s'appliquent pas dans ce cas.

3.2.7. Garantie Décès accidentel temporaire

La garantie Décès Accidentel est accordée temporairement à compter de la réception de la demande d'adhésion par l'Assureur, sous réserve d'un engagement réel entre l'Adhérent et l'organisme prêteur matérialisé par la signature de l'offre de prêt par les deux parties.

Le montant assuré est le montant emprunté multiplié par la quotité assurée, indiquée sur la demande d'adhésion, dans la limite de 150 000 €.

Cette garantie cesse à la date de communication par l'Assureur de sa décision (acceptation de l'adhésion avec ou sans réserve, ajournement ou refus) et au plus tard le 90^{ème} jour qui suit la réception de la demande d'adhésion par l'Assureur.

La garantie temporaire Décès accidentel ne peut en aucun cas se cumuler avec la Garantie décès.

3.3. Les exclusions

Tous les risques de la vie courante, familiale ou professionnelle civile ou militaire sont garantis, à l'exception des risques suivants :

- une guerre étrangère déclarée par le Parlement selon l'article 35 de la constitution. Les garanties seront déterminées par la législation à intervenir pour les assurances en temps de guerre.
- les suites et conséquences des accidents, maladies, invalidités, infirmités dont la 1^{ère} constatation médicale est antérieure à l'adhésion, sous réserve que cet antécédent médical soit à déclarer dans les questionnaires médicaux prévus au contrat.

Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si ces affections ont été déclarées et acceptées par l'Assureur ou bien entrent dans le cadre défini par le droit à l'oubli (Convention Aeras).

-Les suites et conséquences d'une Incapacité de travail ou d'une Invalidité en cours à la date d'effet du contrat ne peuvent permettre la mise en jeu des garanties prévues au contrat.

Et spécifiquement,

Pour les garanties décès et décès accidentel

- le suicide pendant la première année de l'adhésion. Toutefois, si le prêt était destiné à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le sinistre est pris en charge dans la limite de 120 000 €.

Pour la PTIA, l'ITT, l'IPT et l'IPP

- une tentative de suicide
- un accident ou une maladie qui est le fait volontaire de l'Assuré
- un accident de la circulation lorsque le taux d'alcool dans le sang de l'Assuré est égal ou supérieur au taux maximum prévu par la législation en vigueur à la date de l'accident
- un sinistre résultant de l'alcoolisme chronique
- les traitements d'amaigrissement, de rajeunissement, les cures thermales de toute nature, les traitements esthétiques sauf si le

traitement esthétique est consécutif à un accident ou une maladie garantie

- pathologie dorsolombaire : toute pathologie rachidienne (cervico-dorsolombosacrée), ostéo-articulaires, disco-radiculaires et musculaire sauf si elle a nécessité une hospitalisation d'au moins 9 jours consécutifs ou s'il s'agit d'une fracture, d'une entorse, ou de pathologies rachidiennes, ostéo-articulaires, disco-radiculaires et musculaires d'origine tumorale
- maladies psychiques : les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxiodepressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, les troubles de la personnalité et du comportement, les états de stress aigus et chroniques (syndrome de stress posttraumatique), le surmenage, l'épuisement professionnel, le burn-out, les troubles bipolaires, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique ou le syndrome polyalgique idiopathique diffus, sauf ceux ayant nécessité une hospitalisation d'au moins 9 jours consécutifs, ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle
- un accident ou maladie pour lequel/laquelle l'Assuré a refusé de se soumettre au traitement médicalement prescrit rationnel et adéquat
- les arrêts de travail correspondant à la période du congé légal de maternité telle que la définit le Code du travail que l'Assurée exerce ou non une activité salariée ou non salariée

3.4. Cotisations

3.4.1. *Paiement*

La cotisation est annuelle, payable par fractions mensuelles. Elle est calculée sur le capital initial emprunté, selon la formule choisie, la quotité assurée et l'âge de l'Assuré à la date d'effet de l'adhésion.

Sous réserve de modification par voie d'avenant suite à adjonction ou suppression de garanties ou modification des caractéristiques du contrat de prêt d'origine et/ou de la législation fiscale, la cotisation est constante pendant toute la durée du prêt.

Elle ne subit pas de réduction :

- à la fin des garanties PTIA, ITT, IPT et IPP
- si l'acceptation de l'adhésion est assortie de réserves excluant certaines affections.

Les cotisations sont dues dès la date d'effet de l'adhésion.

Toutes les sommes dues à l'Assureur au titre de l'adhésion au contrat d'assurance seront payées par prélèvement automatique. A cet effet, l'Assuré remettra à l'Assureur, au moins un mois avant la date de prélèvement de la

première fraction mensuelle de cotisation, toutes les pièces nécessaires et lui confère un mandat exprès pour procéder à toutes formalités auprès de l'organisme teneur de compte désigné par lui.

L'Assuré s'engage en conséquence à :

- provisionner son compte d'une somme suffisante pour permettre à l'organisme teneur du compte de régler les sommes venant à échéance,
- prévenir l'Assureur de tout changement d'organisme domiciliaire et lui remettre les nouvelles pièces nécessaires au moins un mois avant la plus prochaine date d'échéance.

En cas d'impayé partiel ou total, l'Assuré autorise l'Assureur à prélever sans qu'il en soit avisé, les sommes impayées.

Le montant des cotisations pourra être majoré de tous impôts et taxes frappant ou pouvant frapper les contrats d'assurance ainsi que de toute augmentation de ceux existant actuellement.

3.4.2. *Remboursement anticipé*

En cas de remboursement anticipé partiel ou total du prêt, l'Assuré doit en informer par lettre simple CSF Assurances - Service Gestion - 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 PARIS CEDEX 09.

► Remboursement anticipé partiel : l'Assuré doit fournir à l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement ou une attestation du Prêteur mentionnant la date et le montant du remboursement anticipé partiel.

La cotisation sera calculée sur la différence entre le capital emprunté et le montant du remboursement anticipé partiel.

► Remboursement anticipé total : l'Assuré doit fournir à l'Assureur une attestation ou mainlevée du Prêteur mentionnant la date du remboursement anticipé total.

3.4.3. *Défaut de paiement*

Conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, une lettre recommandée est adressée à l'assuré. Si la cotisation due est toujours impayée 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée, les garanties seront suspendues et 10 jours plus tard, l'adhésion sera résiliée.

En cas de non-paiement des cotisations à compter de la décision déclarant la recevabilité d'une demande de surendettement, le délai est porté à cent vingt jours (art. L.722-13 du code de la Consommation).

Le Prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation et/ou de la résiliation.

4. Modalités en cas de sinistre

Tout sinistre doit être déclaré dans les plus brefs délais à : CSF Assurances

- Service Médical - 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 PARIS CEDEX 09, téléphone 01.71.25.12.67.

Le déclarant doit fournir à ses frais les pièces médicales ou tout autre document demandé.

A noter : Les pièces médicales sont à envoyer à l'adresse ci-dessus sous pli confidentiel avec la mention à l'attention du médecin-conseil de l'Assuré.

Contrôle : L'Assureur se réserve le droit de :

- contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'Assuré ou les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé ;
- demander, sauf opposition justifiée, sous peine de déchéance, tous renseignements et documents complémentaires ;
- diligenter à tout moment une expertise ou un contrôle médical pour lui permettre l'appréciation au mieux du risque assuré ;
- de convoquer l'Assuré en France afin de constater médicalement tout Accident ou Maladie survenu hors de France ;
- suspendre la prise en charge dans l'attente de la production de justificatifs supplémentaires et/ou des conclusions du rapport d'une visite médicale effectuée à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin-expert désigné par ce dernier.

Les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de constater son état. En cas de refus de l'Assuré de se soumettre au contrôle médical, le versement des prestations sera suspendu.

Contre-expertise

En cas de contestation des conclusions de l'expertise diligentée par l'Assureur, l'Assuré peut faire procéder à une contre-expertise, à ses frais, par un médecin expert diplômé de la réparation juridique du dommage corporel de son choix.

Tierce expertise

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin expert missionné par L'Assureur sur l'état de PTIA, IPT, ITT, IPP, GIS, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'Assuré. L'Assuré et SwissLife supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à prononciation de la décision arbitrale.

4.1. Documents à fournir quel que soit le :

- une copie du tableau d'amortissement établi par le Prêteur au moment du sinistre
- une copie de l'offre de prêt signée par le Prêteur et l'emprunteur ou pour la garantie décès accidentel provisoire, l'offre de prêt au nom de l'assuré qu'il a acceptée
- une copie du certificat d'adhésion
- pour les cautions : une copie de l'acte de cautionnement
- en cas d'accident ou d'homicide uniquement, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès-verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi

4.2 En cas de décès :

- le formulaire « questionnaire confidentiel » fourni par l'Assureur dûment complété et signé par le déclarant
- le formulaire « certificat du médecin traitant » fourni par l'Assureur dûment complété et signé par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès
- un acte de décès au nom de l'Assuré

et si l'Assuré laisse des enfants à charge

- un certificat de scolarisation
- la copie du dernier avis d'imposition
- la copie du livret de famille
- la preuve de l'Autorité parentale ou de tutelle

4.3. En cas de PTIA :

- un certificat du médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'invalidité, la date à partir de laquelle le caractère permanent de l'invalidité a été établi et la nécessité d'être assisté en permanence d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.
- la notification de reconnaissance par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire de l'invalidité permanente et totale et précisant que l'assistance d'une tierce personne est nécessaire en permanence

4.4. En cas d'ITT :

- le formulaire « questionnaire confidentiel » fourni par l'Assureur dûment complété et signé par le médecin traitant de l'Assuré
- si l'Assuré est salarié du secteur privé, les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et ce à compter du 1er jour d'arrêt de travail (les bordereaux ultérieurs doivent être fournis au fur et à mesure)
- si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, une attestation de l'employeur précisant la période d'arrêt de travail et le motif (les justificatifs en cas de prolongation doivent être fournis au fur et à mesure)
- si l'Assuré est travailleur non salarié, les justificatifs de versement d'indemnités journalières par son régime obligatoire s'il en prévoit et ce à compter du 1er jour d'arrêt de travail ou à défaut, un certificat médical précisant les périodes d'incapacité (les justificatifs ultérieurs doivent être fournis au fur et à mesure)
- si l'Assuré est inactif, un certificat médical précisant les périodes d'incapacité au sens du point 3.2.2 b2/ ci-avant

Tout arrêt de travail ouvrant droit aux prestations doit être déclaré dans les 120 jours à partir du 1er jour d'arrêt de travail. A défaut, l'ITT est

considérée comme étant survenue au jour de sa déclaration en raison du dommage lié à l'impossibilité pour l'Assureur de contrôler l'état d'ITT l'ITT. En revanche, il n'est pas fait application de la franchise.

4.5. En cas d'Invalidité Permanente Totale :

- si l'Assuré est salarié du secteur privé, copie de la notification de reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité de 2ème catégorie
- si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme et copie de l'arrêté de position administrative ou du titre de pension
- si l'Assuré est travailleur non salarié, copie du titre de pension d'invalidité permanente et totale de son régime obligatoire ou à défaut, certificat médical détaillé établi par le médecin traitant de l'Assuré précisant l'état d'invalidité et la date à partir de laquelle le caractère permanent a été établi

4.6. En cas d'Invalidité Permanente Partielle :

- si l'Assuré est salarié du secteur privé, copie de la notification de reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité de 1ère catégorie et les bordereaux (ou attestations) justifiant du paiement de la rente (les bordereaux ultérieurs doivent être fournis au fur et à mesure)
- si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme et copie de l'arrêté de position administrative ou du titre de pension et les bordereaux (ou attestations) justifiant du paiement de la rente (les justificatifs ultérieurs doivent être fournis au fur et à mesure)
- si l'Assuré est travailleur non salarié, copie du titre de pension d'invalidité permanente et totale de son régime obligatoire, certificat médical détaillé établi par le médecin traitant de l'Assuré précisant l'état d'invalidité et la date à partir de laquelle le caractère permanent a été établi et les avis médicaux de prolongation

4.7. En cas de Garantie Invalidité Spécifique :

- si l'Assuré est salarié du secteur privé, copie de la notification de reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité de 2ème ou 3ème catégorie
- si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme et copie de l'arrêté de position administrative ou du titre de pension
- si l'Assuré est travailleur non salarié, copie du titre de pension d'invalidité de son régime obligatoire

5. Loi applicable

Le contrat d'assurance de groupe et les adhésions qui y sont attachées sont régi par le droit français, le Code des assurances et la réglementation en vigueur. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de la notice d'information est de la compétence des juridictions françaises.

Signature de l'assuré