

LOCAPREV

Note d'information 

Contrat d'assurance sur la vie



Afi • Esca 
GROUPE BURRUS

Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation



LOCAPREV

La présente note d'information décrit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir par l'Assuré ou les Bénéficiaires en cas de sinistre.

Article 1 Définitions

Accident : Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Affection ou Pathologie : Toute altération de la santé, quelle qu'en soit l'origine constatée par une autorité médicale compétente.

Assuré ou Souscripteur : Personne physique titulaire ou co-titulaire du bail, sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur ; elle accepte les termes du contrat et s'acquitte du paiement des primes.

Assureur : AFI ESCA

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque couvert par l'Assureur.

Sauf précision contraire dans les Conditions Particulières, le Bénéficiaire est :

- en cas de Décès de l'Assuré : le conjoint (marié, concubin ou pacsé), à défaut les enfants nés ou à naître de l'Assuré, à défaut, les héritiers légaux de l'Assuré.
- en cas de P.T.I.A. ou d'I.T.T. : l'Assuré.

Date de consolidation : Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme stabilisé, non susceptible d'amélioration.

Franchise : Nombre minimum de jours d'arrêt de travail consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail.

Indemnité Forfaitaire : Montant fixé à la souscription, correspondant à la prestation mensuelle due par l'Assureur en cas de réalisation du risque Incapacité Temporaire et Totale de travail. **Le montant de l'Indemnité Forfaitaire ne peut dépasser le montant mensuel du loyer hors-charges déduction faite des éventuelles aides au logement (AL, APL, ...).**

Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) : L'Assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est totalement incapable, suite à un accident ou à une maladie garanti(e), d'exercer sa profession et qu'il n'exerce aucune autre activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit.

L'incapacité doit être temporaire, totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, et n'ayant pas pour origine un accident.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) : L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il est reconnu, suite à un accident ou à une maladie garanti(e), définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un quelconque travail pouvant lui procurer gain ou profit, son état le mettant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir au moins trois des quatre actes essentiels de la vie courante (se déplacer, se laver, se vêtir, se nourrir).

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque garanti.

Article 2 Objet de l'Assurance

LOCAPREV est un contrat individuel d'assurance sur la vie, spécifiquement dédié à la protection des locataires d'un bien immobilier à usage d'habitation principale.

Il prévoit le versement :

- d'un capital en cas de décès ou de P.T.I.A. de l'Assuré (garantie obligatoire),
 - d'une Indemnité Forfaitaire couvrant, au moins partiellement, le montant du loyer, en cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail de l'Assuré (garantie complémentaire).
- Les combinaisons suivantes sont proposées à l'Assuré à la souscription :

Formule A : Décès-P.T.I.A.

Formule B : Décès-P.T.I.A. + I.T.T.

Cependant, **seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées aux Conditions Particulières.**

Le contrat est constitué :

- des Conditions Générales et des Conditions Particulières adressées par AFI ESCA à l'Assuré, précisant les engagements de chacune des parties et reprenant les éléments figurant sur la Proposition d'Assurance,
- de la Note d'Information (reprenant les dispositions essentielles des Conditions Générales).

Article 3 Admission à l'assurance

La personne à assurer doit, à la date de souscription :

- être âgée d'au moins 18 ans, et de moins de 65 ans,
- résider en France continentale, en Corse, dans les Départements ou Régions d'Outre Mer (Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion), ou en Principauté de Monaco,
- être locataire ou colodataire dans le cadre d'un bail concernant sa résidence principale.

Pour être admise à la garantie I.T.T., la personne à assurer doit en outre exercer, de manière effective, une activité professionnelle rémunérée, sans aménagements du temps de travail pour raisons de santé.

Article 4 Modalités de souscription

Après avoir reçu et pris connaissance de la Note d'Information, la personne à assurer remplit et signe la Proposition d'Assurance, et joint à celle-ci le règlement de la première prime à l'ordre de l'Assureur ou le mandat de prélèvement accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal (au format IBAN-BIC) d'un compte ouvert à son nom.

Il lui est demandé de répondre, sous forme de déclaration, à une série de questions relatives à sa situation personnelle.

La personne à assurer doit également, pour être admise à l'assurance, signer une déclaration de santé.

Si elle est dans l'impossibilité de la signer, elle doit se soumettre à des formalités médicales qui lui sont précisées lors de la souscription.

Les examens médicaux éventuels sont réalisés en France et les frais occasionnés sont remboursés, sauf si la Proposition d'Assurance est classée sans suite pour un motif autre que le refus ou l'acceptation sous conditions, de la part d'AFI ESCA.

L'ensemble des déclarations effectuées par l'Assuré servent de base au contrat. Elles permettent à l'Assureur d'évaluer le risque à couvrir, et la prime adaptée.

Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration du risque à la souscription, pourra entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, ou celles prévues à l'article L 132-26 du même code, en cas d'erreur sur l'âge de l'Assuré.

Au vu des éléments déclarés, l'Assureur peut accepter ou refuser le risque proposé, ou l'accepter moyennant surprime et/ou exclusion de certaines garanties ou de certains risques.

Si l'Assureur accepte le risque, il établit et envoie au Souscripteur des Conditions Particulières reprenant les informations figurant sur la Proposition d'Assurance, précisant le montant du capital versé en cas de décès ou de P.T.I.A. de l'Assuré, le montant de l'Indemnité Forfaitaire payable en cas d'I.T.T., la date d'effet du contrat, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation, ainsi que les bénéficiaires désignés.

S'il refuse le risque, l'Assureur en informe l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception et rembourse les sommes versées à la souscription.

Si l'Assureur accepte le risque moyennant surprime et/ou exclusion(s)médicale(s), l'Assuré doit donner son accord sur les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification de son état de santé, constaté entre la date de signature de la déclaration de santé ou du questionnaire médical, et la date de prise d'effet des garanties, susceptible de modifier la teneur des déclarations effectuées. A défaut, il s'expose à l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.

Article 5 Régularisation des Conditions Particulières

Le Souscripteur est invité à contresigner l'exemplaire des Conditions Particulières destiné à la société d'Assurance. **Cependant, cette régularisation ne conditionne ni la validité du contrat, ni la prise d'effet des garanties.**

Le défaut de signature des Conditions Particulières par le Souscripteur ne pourra être opposé à l'Assureur, en cas de litige sur les garanties accordées, leur montant ou leur limitation, si l'Assureur a satisfait aux exigences posées à l'article 4.

Article 6 Date de conclusion du contrat Prise d'effet des garanties Durée du contrat

Le contrat est considéré comme conclu :
- soit à la date de réception par le Souscripteur des Conditions Particulières si le contrat est accepté par l'Assureur sans surprime ni exclusions médicales,
- soit à la date où l'Assuré donne son accord sur les conditions spécifiques qui lui sont proposées.

Les Conditions Particulières sont présumées avoir été reçues 7 jours calendaires après leur envoi par l'Assureur.

La date de conclusion du contrat constitue le point de départ du délai de renonciation (voir article 19).

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif,
- de l'encaissement effectif de la première prime, **les garanties prennent effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, et au plus tôt, le lendemain de la réception de la Proposition d'Assurance par l'Assureur.**

Tout sinistre, survenant avant la date d'effet indiquée aux Conditions Particulières, ne sera pas pris en charge.

Le contrat est conclu pour une durée d'1 an. A l'issue de cette période, il se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction, aux mêmes conditions, sans pouvoir toutefois excéder une durée maximale de 10 ans à compter de la date d'effet.

Il cesse dans les conditions prévues à l'article 11.

Article 7 Capital versé en cas de Décès ou de P.T.I.A.

En cas de Décès ou de P.T.I.A. de l'Assuré, le capital dont le montant est précisé aux Conditions Particulières ou au dernier avenant, sera versé, sauf disposition contraire figurant dans les Conditions Particulières ou les éventuels avenants :

- au conjoint de l'Assuré (marié, concubin, pacsé), à défaut, aux enfants nés ou à naître de l'Assuré, à défaut, aux héritiers légaux de l'Assuré, en cas de Décès,
- à l'Assuré en cas de P.T.I.A.

Article 8 Prestations versées en cas d'I.T.T.

8.1. Conditions de prise en charge

Le paiement des prestations ne pourra intervenir que si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre, ou s'il bénéficie des allocations versées par Pôle emploi.

8.2. Cumul

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même bail, le total des garanties cumulées peut dépasser le montant des sommes dues au titre du même loyer, déduction faite des éventuelles aides au logement perçues par les différents titulaires du bail.

En revanche, le total des prestations servies par l'Assureur au titre d'un même bail pour l'ensemble des assurés ne peut excéder ce montant.

8.3. Calcul

Le montant de l'Indemnité Forfaitaire assurée est mentionné dans les Conditions Particulières ou dans le dernier avenant au contrat.

Le montant mensuel de l'Indemnité Forfaitaire correspond à :

- 1/36^{ème} du capital payable en cas de décès si l'Assuré est âgé de moins de 55 ans à la souscription,
- 1/18^{ème} du capital payable en cas de décès si l'Assuré est âgé de 55 ans ou plus à la souscription.

L'âge est calculé par différence de millésime.

Le montant de l'Indemnité Forfaitaire ne peut excéder 1 000 € par mois.

Le paiement des prestations s'effectue mensuellement, et à terme échu.

La prestation versée par l'Assureur ne pourra excéder le montant du loyer hors-charges restant à la charge de l'Assuré après déduction des éventuelles aides au logement.

Celui-ci est donc invité, en cas de diminution du montant de son loyer, ou d'obtention du bénéfice d'une aide au logement, à demander la modification des garanties de son contrat (voir article 10).

En cas de diminution non signalée à l'Assureur, l'Assuré ne pourra prétendre à aucun remboursement de primes.

8.4. Durée de prise en charge

L'Assureur règle, à compter du 91^{ème} jour d'Incapacité Temporaire Totale ininterrompue de l'Assuré, le montant de l'Indemnité Forfaitaire pendant toute la durée de l'incapacité, au prorata temporis du nombre de jours d'incapacité justifiés.

Les prestations cessent immédiatement en cas de reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle par l'Assuré, y compris de surveillance ou de direction.

Cependant, en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prescrit par le Médecin traitant de l'Assuré, l'Assureur poursuivra la prise en charge des mensualités à hauteur de 50% de la quotité garantie, pendant toute la durée du mi-temps thérapeutique, dans les limites prévues ci-après en ce qui concerne la durée de prise en charge, et sous réserve de production par l'Assuré des justificatifs correspondants.

La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation des garanties, précisés à l'article 11.

Néanmoins, en cas de survenance du 10^{ème} anniversaire de la date d'effet du contrat alors que l'assuré se trouve

en arrêt de travail depuis une durée supérieure à 90 jours, les prestations contractuellement prévues seront réglées dès lors et aussi longtemps que les conditions de prise en charge seront réunies.

En aucun cas il n'y aura prise en charge si le terme du délai de la franchise est postérieur au 10^{ème} anniversaire de la date d'effet du contrat.

En tout état de cause, la durée de prise en charge est limitée à 18 mois pour un même sinistre et à 36 mois sur toute la durée du contrat.

8.5. Rechute

En cas de reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, suivie d'une rechute provenant du même accident ou de la même maladie, la franchise de 90 jours ne sera pas appliquée, sous réserve que cette rechute intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.

Sous cette condition, la durée d'indemnisation correspondant aux rechutes doit être comptabilisée pour le calcul de la durée maximale de prise en charge au titre d'un même sinistre. (voir article 8.4).

Les rechutes survenant après le 10^{ème} anniversaire de la date d'effet ne seront cependant pas prises en charge.

8.6. Garantie Exonération

Les primes d'assurance afférentes à l'ensemble des garanties cessent d'être dues pendant toute la durée de prise en charge.

Article 9 Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont assurées dans le monde entier, à condition que l'Assuré réside en France continentale, en Corse, dans les Départements ou Régions d'Outre Mer (Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion), ou en Principauté de Monaco.

Les assurés pour lesquels cette condition ne serait plus remplie, en cours de contrat, sont invités à contacter l'Assureur en vue du remboursement des primes versées à tort.

La preuve d'un décès survenu hors de France est fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

En cas de maladie ou d'accident atteignant l'Assuré hors de France, le décompte de la période de franchise commencera à compter de la date de première constatation médicale en France continentale, sauf pour les assurés résidant en Corse, à Monaco ou dans les Départements et régions d'Outre Mer, pour lesquels cet état pourra être immédiatement constaté par une autorité médicale compétente sur leur lieu de résidence.

Article 10 Modification des garanties

Le Souscripteur a la possibilité de demander la modification du montant de l'Indemnité Forfaitaire, en raison de l'évolution du montant de son loyer et/ou des éventuelles aides au logement dont il bénéficie, dans la limite d'une fois par année civile.

Cette modification aura pour effet la modification, dans les mêmes proportions, du montant du capital garanti en cas de décès ou de P.T.I.A.

L'Assureur proposera un nouveau montant de prime,

et émettra un avenant au contrat entérinant les nouveaux montants de l'Indemnité Forfaitaire et de la prime d'assurance. **La régularisation de l'avenant par l'Assuré ne conditionne pas la prise d'effet des modifications.**

La modification prendra effet à l'échéance de prime suivant la réception de la demande.

Avant d'accorder toute augmentation de l'Indemnité Forfaitaire, l'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré aux mêmes formalités que celles pratiquées lors d'une nouvelle souscription (voir article 4).

Par ailleurs, aucune demande d'augmentation de couverture ne pourra être acceptée tant qu'un sinistre sera en cours de prise en charge.

Article 11 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- au plus tard à l'expiration d'une durée de 10 ans suivant la date d'effet du contrat,
- en cas de résiliation du contrat (article 17),
- à la date du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- en cas de défaut de paiement des primes d'assurance (voir article 15.2),
- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article L 113-8 du Code des assurances),
- à la date du décès de l'Assuré,
- en cas de règlement du capital dû en cas de P.T.I.A.

La garantie I.T.T. cesse, avec maintien du contrat avec la seule garantie Décès-P.T.I.A. :

- le jour où est atteinte la durée maximale de prise en charge au titre de l'I.T.T. (article 8.4),
- en cas de départ à la retraite/préretraite ou de cessation définitive de toute activité professionnelle,
- en cas de disparition de la cause du contrat (passage du statut de locataire à celui de propriétaire,...).

Article 12 Exclusions

12.1. Exclusions communes aux garanties Décès, P.T.I.A. et I.T.T.

Aucune garantie n'est due pour les cas où le sinistre est la conséquence des faits suivants :

- suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance,
- fait volontaire de l'Assuré, du Bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie,
- accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide, ou à l'occasion de vols d'essai, vols sur prototypes, compétitions, démonstrations acrobatiques, tentatives de records, vols sur ailes volantes ou ULM, deltaplane, parapente,
- guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, sous réserve de la législation française particulière à intervenir sur l'assurance vie en temps de guerre,
- effets directs ou indirects d'explosions ou de dégagements de chaleur, d'inhalations, d'irradiations, quand ils proviennent de la modification de structure du noyau de l'atome,

- affections ou accidents médicalement constatés à une date antérieure à celle de la prise d'effet des garanties. Toutefois, les suites et conséquences des affections et accidents déclarés à l'Assureur sont garanties, **sauf si elles font l'objet d'une exclusion de garantie** (figurant dans la Note d'Information ou les Conditions Particulières),
- accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(e), sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé à l'article R 234-1-I-2 du Code de la Route,
- usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement.

12.2. Exclusions concernant la garantie I.T.T.

- pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat rémunéré,
- compétitions sportives (y compris les entraînements/essais qui précèdent) nécessitant l'utilisation d'animaux, de véhicules (avec ou sans moteur) ou d'embarcations motorisées,
- accidents, maladies, invalidités et infirmités :
 - . résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,
 - . survenant lors de la participation de l'Assuré à tout mouvement populaire, rixe, crime, délit, acte de terrorisme, sauf cas de légitime défense,
 - . résultant de traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti.
- conséquences d'une tentative de suicide,
- toutes pathologies de la colonne vertébrale ainsi que les affections para-vertébrales, leurs suites et conséquences, sauf si la pathologie en question a une origine tumorale ou accidentelle constatée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, ou a entraîné une hospitalisation continue d'une durée supérieure à 7 jours en milieu spécialisé dans les 3 mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail, ou a nécessité une intervention chirurgicale,
- cures thermales ou de désintoxication,
- fibromyalgies et fatigues chroniques,
- les maladies psychiques dont les syndromes de type anxio-dépressif, névrotique, psychotique, neuropsychique ou neuropsychiatrique, ainsi que leurs suites et conséquences sauf en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique d'une durée supérieure à 15 jours continus.

Si l'hospitalisation d'une durée supérieure à 15 jours continus intervient dans les 3 mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail, la prise en charge débutera à l'expiration de la franchise ; si l'assuré est hospitalisé pour une durée supérieure à 15 jours après l'expiration de la franchise, la prise en charge commencera rétroactivement au 1^{er} jour d'hospitalisation.

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 122-26 du Code du Travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'I.T.T. susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus de la durée de franchise, que l'Assurée soit salariée ou non.

Article 13 Formalités

Les sommes dues par l'Assureur au titre du présent contrat sont payables dans les 30 jours après la remise à l'Assureur, dans les délais requis, des pièces justificatives

énumérées ci-après.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.

13.1. En cas de Décès

Le(s) Bénéficiaire(s) doit (doivent) transmettre au Médecin Conseil de l'Assureur, dès qu'il a (ont) connaissance du décès de l'Assuré :

- une copie intégrale de l'acte de Décès de l'Assuré,
- le formulaire de déclaration "Décès" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant, ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
- le cas échéant, le compte rendu d'hospitalisation,
- le cas échéant, les coordonnées de l'autorité de Police ou de Gendarmerie ayant dressé un procès-verbal.

L'Assuré reconnaît à l'Assureur le droit de subordonner le paiement des prestations contractuellement prévues à la remise de l'ensemble des pièces requises, par toute personne s'en prévalant.

Le refus de ces dernières de fournir les documents réclamés par l'Assureur sera considéré comme une renonciation au bénéfice de l'assurance.

13.2. En cas de P.T.I.A.

À compter de la date de consolidation de son état de P.T.I.A., **et au plus tard dans un délai de 3 mois**, l'Assuré ou son mandataire dûment habilité doit remettre au Médecin Conseil de l'Assureur :

- le formulaire de déclaration "Invalidité" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale ou par le régime équivalent pour les assurés non assujettis à la Sécurité Sociale,
- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
- le cas échéant, les coordonnées de l'autorité de Police ou de Gendarmerie ayant dressé un Procès Verbal.

Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur l'état d'invalidité de l'Assuré, la reconnaissance de cet état par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, en raison du préjudice lié à l'impossibilité pour l'Assureur de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de sinistre, la date de reconnaissance de l'état de P.T.I.A. sera fixée au jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

13.3. En cas d'I.T.T.

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration immédiate à l'Assureur et au plus tard, dans un délai maximum de 30 jours à compter du terme de la franchise.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, en raison du préjudice lié à l'impossibilité pour l'Assureur de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de sinistre, la période de franchise commencera à courir le jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

L'Assuré doit remettre au Médecin Conseil de l'Assureur :

- l'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,

- le formulaire de déclaration "Incapacité Temporaire et Totale de travail" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,

- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
- les quittances de loyer correspondant à la période de l'arrêt de travail,

- une copie du contrat de bail, avec précision du nombre et des coordonnées des éventuels co-titulaires,

- une attestation CAF précisant le montant des prestations versées au titre de l'Aide au Logement, ou une attestation sur l'honneur de l'Assuré précisant qu'il ne bénéficie d'aucune Aide au Logement,

- le cas échéant, les coordonnées de l'autorité de Police ou de Gendarmerie ayant dressé un Procès Verbal,

- les décomptes d'indemnités journalières perçues, lorsque l'Assuré est assuré social.

Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'avis du médecin traitant de l'Assuré ne liant pas le Médecin Conseil de l'Assureur.

Article 14 Contrôle de l'état de santé de l'Assuré

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour prendre une décision sur la demande de prise en charge.

Sauf cas de force majeure, le refus du libre accès auprès de l'Assuré des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la déchéance du droit aux prestations.

Article 15 Primes

La tarification est effectuée à partir des informations figurant sur la Proposition d'Assurance, et indiquée sur les Conditions Particulières ou ses avenants éventuels.

15.1. Tarification

Le montant de la prime annuelle tient compte notamment :

- de l'âge atteint par l'Assuré, calculé par différence de millésimes,
- du montant des prestations garanties.

Les primes peuvent être payées trimestriellement ou mensuellement. Le fractionnement ne donne lieu à aucun frais supplémentaire.

15.2. Défaut de paiement

A défaut de paiement d'une prime ou fraction de prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de son dû. Cette lettre recommandée indique, conformément aux dispositions du Code des Assurances, que si 40 jours après son envoi, l'arriéré de primes n'est pas régularisé, le contrat sera résilié.

Article 16 Frais divers

L'Assuré doit acquitter, à la souscription, des frais de dossier d'un montant précisé sur la Proposition d'Assurance.

L'émission d'un avenant occasionne des frais d'un montant de 15 €, à régler par le Souscripteur.

Article 17 Résiliation

A tout moment, le Souscripteur peut résilier son contrat en adressant au Service Clients d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul - 59042 Lille Cedex, une lettre recommandée accompagnée de la copie recto-verso d'une pièce d'identité. Les garanties prendront fin à la date demandée par le Souscripteur, et au plus tôt, à la date d'envoi de la lettre recommandée du Souscripteur.

Article 18 Langue - Loi applicable Médiation - Autorité de contrôle

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le contrat sont régis par le droit français.

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises. Toute réclamation concernant le contrat doit être envoyée au Service Clients de l'Assureur - 4 Square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.

En cas de désaccord et si toutes les voies de recours amiable ont été épuisées, l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance peut être sollicité. Les conditions d'accès à ce Médiateur sont disponibles sur simple demande auprès de l'Assureur. L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Article 19 Faculté de renonciation

Le Souscripteur peut renoncer à son contrat et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent la date de conclusion du contrat, telle que définie à l'article 6, il adresse au Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

*"Messieurs,
J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon contrat n° _____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre,
Signature"*

Article 20 Information du Souscripteur

Le Souscripteur peut, à tout moment, obtenir auprès de l'Assureur, une information qui indiquera notamment le montant du capital assuré et de l'Indemnité Forfaitaire, et la prime annuelle y afférent.

Article 21 Arbitrage

Lorsqu'il y a une mise en jeu des garanties P.T.I.A ou I.T.T., l'Assureur peut mandater un médecin. L'Assuré a également la faculté de se faire assister par l'autorité médicale de son choix.

En cas de contestation, le litige est soumis à un contre-expert

désigné par l'Assuré qui supporte les frais de cette expertise. Si le litige ne peut être réglé de cette manière, il est fait appel à un tiers expert agréé par les deux parties (ou en cas de désaccord de celles-ci, par le Président du Tribunal de Grande Instance du Siège de l'Assureur) qui tranche souverainement. Les frais de cette expertise sont partagés.

Article 22 Prescription

Le délai de prescription est la période au-delà de laquelle aucune action n'est plus opposable.

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances, toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par 2 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. Cette durée est portée à 10 ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

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 peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Souscripteur ou le Bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

Article 23 Informatique et Libertés

Le Souscripteur et l'Assuré ont reconnu être informés que les réponses aux questions qui leur étaient posées, feraient l'objet d'un traitement informatique. Ces données sont destinées à AFI ESCA, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi qu'aux organismes dont l'intervention est indispensable pour l'enregistrement de la demande de souscription et la gestion du contrat, ainsi que, le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, l'Assuré bénéficie d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations le concernant, qu'il peut exercer en s'adressant au Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex. Il peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données.

Article 24 Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge du Souscripteur.



Votre cabinet de courtage

