

DEMANDE D'ADHESION AUX ASSURANCES DIT PPI (n°90197) ET PERTE D'EMPLOI (n°98001)

Demande d'adhésion aux contrats d'assurance collective DIT PPI et Perte d'Emploi (n°90197 et n°98001) souscrits par Société Générale auprès de Sogecap pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité de travail, Invalidité et auprès de Sogessur pour la garantie Perte d'Emploi.

Ce contrat est présenté par la Société Générale (immatriculation à l'ORIAS n° 07 022 493) en sa qualité d'intermédiaire en assurances.

Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Nom du Conseiller de Clientèle :
Agence émettrice :
CDS :
N° de dossier financement :

1 – GARANTIES CHOISIES

Je demande mon adhésion aux garanties du contrat DIT PPI (n°90197) auxquelles je suis éligible à la date de signature de ma demande d'adhésion et à la garantie Perte d'Emploi (n°98001) pour les prêts amortissables (hors prêts à taux zéro avec différé d'amortissement).

2 – CANDIDAT À L'ASSURANCE

Civilité : ☐ Mr ☐ Mme Nom : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance :
Lieu de naissance : Commune Département ou Pays :
Profession :
Nature du candidat à l'assurance :
Adresse personnelle (adresse actuelle à laquelle les correspondances relatives au dossier vous seront adressées) :
Adresse
Code postal Ville Pays

Client Non Résident EEE : ☐ OUI ☐ NON Client expatrié : ☐ OUI ☐ NON

BIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ce BIC/IBAN sera utilisé pour le remboursement des frais d'analyses si le candidat à l'assurance souhaite effectuer ses analyses en dehors d'un des centres médicaux partenaires.

3 – EMPRUNTEUR

Personne Physique

Civilité : ☐ Mr ☐ Mme Nom : Nom de naissance :
Prénom :

OU

Personne Morale

Dénomination Sociale : Sigle :
Forme juridique : Date de constitution :

Nom : Prénom :
Date de naissance : N° dossier de financement :

4 – DESCRIPTION DE L'OPÉRATION DE FINANCEMENT ET MONTANT À ASSURER SUR LA TÊTE DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

DONNEES DU PRET			ASSURANCE DIT PPI (90197)		OPTION PERTE D'EMPLOI
Type de prêt	Montant total du prêt (en euros)	Différé Amortissement (durée en mois)	Quotité à assurer	Montant à assurer (en euros)	
Montant total à assurer (A)					

5 – ENCOURS ASSURÉS PAR SOGECAP À LA DATE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

Autres montants restant dus et assurés sur ma tête au titre d'autres prêts immobiliers et crédits de trésorerie/crédits Lombard accordés par la Société Générale et assurés par Sogécap, dans le cadre des contrats d'assurance collective (contrats n°90197, n°90198, n°90180, n°90190 et n°90199).

Type de prêt	Date prévue de fin de prêt	Durée initiale (durée en mois)	Montants en euros restant dus et assurés à ce titre sur ma tête (en tenant compte de la quotité assurée)
Montant total assuré (B)			

6 – MONTANT ASSURÉ ET À ASSURER SUR LA TÊTE DU CANDIDAT À L'ASSURANCE (A+B) *

Montant* (A+B) :

* Hors assurance Perte d'Emploi

*Les prêts relais n'entrent pas dans le cumul des encours assurés déterminant les formalités d'adhésion si le cumul d'encours assurés des prêts relais est inférieur ou égal à 500 000 euros.

Le cumul des encours assurés est la somme des capitaux assurés au titre de la présente ou des présentes adhésion(s) et des capitaux restants dus assurés au titre d'adhésions antérieures sur les contrats d'assurances n°90197, n°90198, n°90180, n°90190 et n°90199.

7 – DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la présente liasse d'imprimés contenant la demande d'adhésion, le Formulaire de Déclaration du Risque et la notice d'information (Edition : 11/2018).

Je déclare avoir pris connaissance préalablement à ma demande d'adhésion au présent contrat :

- de la possibilité de transmettre le Formulaire de Déclaration du Risque de manière confidentielle au médecin conseil de l'assureur via l'enveloppe procédure sécurisée qui m'a été remise par mon conseiller,
- de la mise à disposition du dépliant d'information Assurance emprunteur « AERAS ».

Je reconnais disposer d'un droit de renonciation, en cas de vente à distance, de (14) quatorze jours à courir soit à compter de la conclusion du contrat soit à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle. Le modèle de lettre ainsi que les modalités sont prévus dans la notice d'information.

Je soussigné(e) demande à adhérer aux contrats d'assurance DIT PPI et Perte d'Emploi (n°90197 et n°98001) et déclare en outre avoir moins de 60 ans lors de ma demande d'adhésion et n'être ni en retraite, ni en pré-retraite.

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information en ma possession, et en accepter les termes.

Exemplaire CLIENT – 2/4

Nom : Prénom :
Date de naissance : N° dossier de financement :

7 – DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE (suite)

Je désigne comme bénéficiaire acceptant des garanties prévues dans la rubrique "contenu des garanties" de la notice d'information la Société Générale à concurrence des sommes dues. Si le prêt n'a pas été décaissé avant le sinistre, le capital est payable :

- en cas de P.T.I.A., à moi-même,
- en cas de décès, à mon conjoint non divorcé ni séparé de corps ou au partenaire avec lequel je suis lié par un Pacte Civil de Solidarité, à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut, à mes héritiers. Il est possible de désigner d'autres bénéficiaires, dans ce cas, merci de bien vouloir compléter le formulaire spécifique qui vous sera remis sur demande par votre conseiller et de le communiquer à votre conseiller.

8 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par SOGECAP – 17 bis Place des Reflets – 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de la demande d'adhésion. Elles nous permettent de vous identifier, identifier les assurés/bénéficiaires, vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer de votre prime et mettre à votre disposition les garanties et les services souscrits. Elles seront, de même que les données complémentaires traitées lors de notre relation, utilisées pour l'exécution et la gestion de votre contrat et pour répondre à nos obligations légales et réglementaires. Nous pouvons également utiliser vos données pour vous proposer des offres commerciales pour des produits et services de notre Groupe d'assurance, personnalisés selon vos besoins, ainsi que celles de nos partenaires.

Afin de préserver la mutualité de nos assurés, nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement.

Vous pouvez vous opposer, sans avoir à motiver votre demande, à ce que ces données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, selon les modalités décrites dans votre notice d'information

Des informations plus détaillées sur le traitement de vos données dont celles sur les finalités, l'exercice de vos droits, les durées de conservation, la liste détaillée des destinataires ainsi que la référence aux garanties appropriées ou adaptées en cas de transfert en dehors de l'Union Européenne figurent dans votre notice d'information et nous vous invitons à vous y reporter.

Nom du candidat à l'assurance :

Prénom du candidat à l'assurance :

Fait à le

Signature du candidat à l'assurance :

Assurances DIT

Cadre réservé à la Société Générale pour acceptation des dossiers entrant dans la délégation accordée par Sogécap.

La décision de l'assureur est valable pendant 6 mois. Si à l'expiration de ce délai, l'offre de prêt n'est toujours pas acceptée par l'emprunteur, le candidat à l'assurance devra alors présenter une nouvelle demande d'adhésion.

(Les dossiers hors délégation feront l'objet de l'envoi d'un certificat d'adhésion)

Nous vous informons que la demande d'adhésion au contrat d'assurance collective Perte d'emploi (n°98.001) doit parvenir à CBP France au plus tard TROIS MOIS après la date d'émission de l'offre de prêt et que passé ce délai, le candidat à l'assurance ne pourra plus être admis à l'assurance.

NOUS VOUS INVITONS A COMPLETER SOIGNEUSEMENT LE MANDAT DE PRELEVEMENT JOINT ET VOUS REMERCIONS DE LE JOINDRE A VOTRE DEMANDE D'ADHESION.

VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT REPONDRE AU FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE QUI VOUS SERA REMIS SUITE A LA SIGNATURE DE VOTRE DEMANDE D'ADHESION.

CETTE DEMANDE D'ADHESION EST VALABLE 6 MOIS A COMPTER DE SA DATE DE SIGNATURE.

Exemplaire CLIENT – 3/4

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA


En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CBP France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CBP France.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Nom *	.....
	Nom / Prénoms ou dénomination sociale du débiteur	
Adresse *	.....
	Numéro et nom de la rue	

	Code Postal	Ville
	
	Pays	
Les coordonnées de votre compte *	.....
	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
	
	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	CBP France	
I. C. S	.....
	Identifiant Créancier SEPA	
Adresse du créancier	CS 20008	
	44967 NANTES	
	Cedex 9	
	France	
Contrat concerné*	.....
	Numéro d'adhésion au contrat/ n° du dossier de financement	
Nom de l'adhérent*	.....
	Nom / Prénoms ou dénomination sociale de l'adhérent	
Type de paiement	Paiement récurrent / répétitif	
Signé à *	.....	.....
	Lieu	Date
Signature(s)/ *	.....
Signature du représentant légal de la personne morale	.....

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent mandat sont nécessaires à l'Assureur pour la gestion de votre adhésion et au prélèvement des cotisations d'assurance. Toutes les données obligatoires sont identifiées par un astérisque (*).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, selon les modalités décrites dans votre notice d'information. Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans votre notice d'information.

Exemplaire CLIENT – 4/4

DEMANDE D'ADHÉSION AUX ASSURANCES DIT PPI (n°90197) ET PERTE D'EMPLOI (n°98001)

Demande d'adhésion aux contrats d'assurance collective DIT PPI et Perte d'Emploi (n°90197 et n°98001) souscrits par Société Générale auprès de Sogecap pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité de travail, Invalidité et auprès de Sogessur pour la garantie Perte d'Emploi.

Ce contrat est présenté par la Société Générale (immatriculation à l'ORIAS n° 07 022 493) en sa qualité d'intermédiaire en assurances.

Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Nom du Conseiller de Clientèle :
Agence émettrice :
CDS :
N° de dossier financement :

1 – GARANTIES CHOISIES

Je demande mon adhésion aux garanties du contrat DIT PPI (n°90197) auxquelles je suis éligible à la date de signature de ma demande d'adhésion et à la garantie Perte d'Emploi (n°98001) pour les prêts amortissables (hors prêts à taux zéro avec différé d'amortissement).

2 – CANDIDAT À L'ASSURANCE

Civilité : ☐ Mr ☐ Mme Nom : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance :
Lieu de naissance : Commune Département ou Pays :
Profession :
Nature du candidat à l'assurance :
Adresse personnelle (adresse actuelle à laquelle les correspondances relatives au dossier vous seront adressées) :
Adresse
Code postal Ville Pays

Client Non Résident EEE : ☐ OUI ☐ NON Client expatrié : ☐ OUI ☐ NON

BIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ce BIC/IBAN sera utilisé pour le remboursement des frais d'analyses si le candidat à l'assurance souhaite effectuer ses analyses en dehors d'un des centres médicaux partenaires.

3 – EMPRUNTEUR

Personne Physique

Civilité : ☐ Mr ☐ Mme Nom : Nom de naissance :
Prénom :

OU

Personne Morale

Dénomination Sociale : Sigle :
Forme juridique : Date de constitution :

Nom : Prénom :
Date de naissance : N° dossier de financement :

4 – DESCRIPTION DE L'OPÉRATION DE FINANCEMENT ET MONTANT À ASSURER SUR LA TÊTE DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

DONNEES DU PRET			ASSURANCE DIT PPI (90197)		OPTION PERTE D'EMPLOI
Type de prêt	Montant total du prêt (en euros)	Différé Amortissement (durée en mois)	Quotité à assurer	Montant à assurer (en euros)	
Montant total à assurer (A)					

5 – ENCOURS ASSURÉS PAR SOGECAP À LA DATE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

Autres montants restant dus et assurés sur ma tête au titre d'autres prêts immobiliers et crédits de trésorerie/crédits Lombard accordés par la Société Générale et assurés par Sogécap, dans le cadre des contrats d'assurance collective (contrats n°90197, n°90198, n°90180, n°90190 et n°90199).

Type de prêt	Date prévue de fin de prêt	Durée initiale (durée en mois)	Montants en euros restant dus et assurés à ce titre sur ma tête (en tenant compte de la quotité assurée)
Montant total assuré (B)			

6 – MONTANT ASSURÉ ET À ASSURER SUR LA TÊTE DU CANDIDAT À L'ASSURANCE (A+B) *

Montant* (A+B) :

* Hors assurance Perte d'Emploi

*Les prêts relais n'entrent pas dans le cumul des encours assurés déterminant les formalités d'adhésion si le cumul d'encours assurés des prêts relais est inférieur ou égal à 500 000 euros.

Le cumul des encours assurés est la somme des capitaux assurés au titre de la présente ou des présentes adhésion(s) et des capitaux restants dus assurés au titre d'adhésions antérieures sur les contrats d'assurances n°90197, n°90198, n°90180, n°90190 et n°90199.

7 – DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la présente liasse d'imprimés contenant la demande d'adhésion, le Formulaire de Déclaration du Risque et la notice d'information (Edition : 11/2018).

Je déclare avoir pris connaissance préalablement à ma demande d'adhésion au présent contrat :

- de la possibilité de transmettre le Formulaire de Déclaration du Risque de manière confidentielle au médecin conseil de l'assureur via l'enveloppe procédure sécurisée qui m'a été remise par mon conseiller,
- de la mise à disposition du dépliant d'information Assurance emprunteur « AERAS ».

Je reconnais disposer d'un droit de renonciation, en cas de vente à distance, de (14) quatorze jours à courir soit à compter de la conclusion du contrat soit à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle. Le modèle de lettre ainsi que les modalités sont prévus dans la notice d'information.

Je soussigné(e) demande à adhérer aux contrats d'assurance DIT PPI et Perte d'Emploi (n°90197 et n°98001) et déclare en outre avoir moins de 60 ans lors de ma demande d'adhésion et n'être ni en retraite, ni en pré-retraite.

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information en ma possession, et en accepter les termes.

Exemplaire BANQUE/ASSUREUR – 2/4

Nom : Prénom :
Date de naissance : N° dossier de financement :

7 – DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE (suite)

Je désigne comme bénéficiaire acceptant des garanties prévues dans la rubrique "contenu des garanties" de la notice d'information la Société Générale à concurrence des sommes dues. Si le prêt n'a pas été décaissé avant le sinistre, le capital est payable :

- en cas de P.T.I.A., à moi-même,
- en cas de décès, à mon conjoint non divorcé ni séparé de corps ou au partenaire avec lequel je suis lié par un Pacte Civil de Solidarité, à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut, à mes héritiers. Il est possible de désigner d'autres bénéficiaires, dans ce cas, merci de bien vouloir compléter le formulaire spécifique qui vous sera remis sur demande par votre conseiller et de le communiquer à votre conseiller.

8 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par SOGECAP – 17 bis Place des Reflets – 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de la demande d'adhésion. Elles nous permettent de vous identifier, identifier les assurés/bénéficiaires, vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer de votre prime et mettre à votre disposition les garanties et les services souscrits. Elles seront, de même que les données complémentaires traitées lors de notre relation, utilisées pour l'exécution et la gestion de votre contrat et pour répondre à nos obligations légales et réglementaires. Nous pouvons également utiliser vos données pour vous proposer des offres commerciales pour des produits et services de notre Groupe d'assurance, personnalisés selon vos besoins, ainsi que celles de nos partenaires.

Afin de préserver la mutualité de nos assurés, nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement.

Vous pouvez vous opposer, sans avoir à motiver votre demande, à ce que ces données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, selon les modalités décrites dans votre notice d'information

Des informations plus détaillées sur le traitement de vos données dont celles sur les finalités, l'exercice de vos droits, les durées de conservation, la liste détaillée des destinataires ainsi que la référence aux garanties appropriées ou adaptées en cas de transfert en dehors de l'Union Européenne figurent dans votre notice d'information et nous vous invitons à vous y reporter.

Nom du candidat à l'assurance :

Prénom du candidat à l'assurance :

Fait à le

Signature du candidat à l'assurance :

Assurances DIT

Cadre réservé à la Société Générale pour acceptation des dossiers entrant dans la délégation accordée par Sogécap.

La décision de l'assureur est valable pendant 6 mois. Si à l'expiration de ce délai, l'offre de prêt n'est toujours pas acceptée par l'emprunteur, le candidat à l'assurance devra alors présenter une nouvelle demande d'adhésion.

(Les dossiers hors délégation feront l'objet de l'envoi d'un certificat d'adhésion)

Nous vous informons que la demande d'adhésion au contrat d'assurance collective Perte d'emploi (n°98.001) doit parvenir à CBP France au plus tard TROIS MOIS après la date d'émission de l'offre de prêt et que passé ce délai, le candidat à l'assurance ne pourra plus être admis à l'assurance.

NOUS VOUS INVITONS A COMPLETER SOIGNEUSEMENT LE MANDAT DE PRELEVEMENT JOINT ET VOUS REMERCIONS DE LE JOINDRE A VOTRE DEMANDE D'ADHESION.

VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT REpondre AU FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE QUI VOUS SERA REMIS SUITE A LA SIGNATURE DE VOTRE DEMANDE D'ADHESION.

CETTE DEMANDE D'ADHESION EST VALABLE 6 MOIS A COMPTER DE SA DATE DE SIGNATURE.

Exemplaire BANQUE/ASSUREUR – 3/4

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA


En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CBP France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CBP France.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Nom *	..... Nom / Prénoms ou dénomination sociale du débiteur	
Adresse *	..... Numéro et nom de la rue	
	..... Code Postal	..... Ville
	..... Pays	
Les coordonnées de votre compte *	..... Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
	..... Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
	
Nom du créancier	CBP France	
I. C. S	..... Identifiant Créancier SEPA	
Adresse du créancier	CS 20008	
	44967 NANTES	
	Cedex 9 France	
Contrat concerné*	..... Numéro d'adhésion au contrat/ n° du dossier de financement	
Nom de l'adhérent*	..... Nom / Prénoms ou dénomination sociale de l'adhérent	
	
Type de paiement	Paiement récurrent / répétitif	
Signé à *	..... Lieu	..... Date
	
Signature(s)/ * Signature du représentant légal de la personne morale	.....

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent mandat sont nécessaires à l'Assureur pour la gestion de votre adhésion et au prélèvement des cotisations d'assurance. Toutes les données obligatoires sont identifiées par un astérisque (*).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, selon les modalités décrites dans votre notice d'information. Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans votre notice d'information.

Exemplaire BANQUE/ASSUREUR 4/4

DOCUMENT D'INFORMATION AERAS

JUIN 2019

À destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé)

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé (personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies), la Convention AERAS met en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

- D'une part, pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur,
- D'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit :
 - les caractéristiques des pathologies (définition précise) et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies aux personnes qui en ont souffert,
 - des taux de surprimes maximaux applicables par les assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.

NON DECLARATION D'UNE ANCIENNE PATHOLOGIE CANCEREUSE : LE « DROIT À L'OUBLI » POUR TOUS LES CREDITS ENTRANT DANS LE CHAMP DE LA CONVENTION

1.1 Le dispositif s'applique lorsque deux conditions sont réunies :

- Les contrats d'assurance couvrent les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers,
- Le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

1.2 Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos 18 ans :

- si la date de fin du *protocole thérapeutique*⁽¹⁾ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance,
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute*⁽²⁾ de votre maladie.

b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans :

- si la *date de fin du protocole thérapeutique*⁽¹⁾ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance,
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute*⁽²⁾ de votre maladie.

Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle. Les conséquences de la maladie cancéreuse ou celles des traitements, notamment les effets secondaires, ne sont pas couvertes par le Droit à l'oubli et doivent donc être déclarées à l'assureur.

►► **Vos droits** : Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1.2 vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives aux maladies cancéreuses mentionnées au 1.2 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.

(1) Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique » : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

(2) Ce que l'on entend par « rechute » : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

DECLARATION DES ETATS DE SANTE : LA GRILLE DE REFERENCE AERAS

2.1 Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont réunies :

- Les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers,
- Il s'agit soit, de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000€, sans tenir compte des crédits relais et ni de l'encours déjà assuré ; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 320 000€ pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels,
- Le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

2.2 Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence AERAS

Vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée suivant les modalités suivantes :

a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard :

- La grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, répondant à des critères précis, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser les conditions d'accès à des délais inférieurs à ceux du « droit à l'oubli » au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer,
- Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du protocole thérapeutique⁽³⁾ (pathologies cancéreuses) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie,
- Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de l'acceptation aux conditions standard.

►► **Vos droits : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et celles mentionnées au 2.1.**

b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard :

- La grille de référence liste les pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser, par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité), les critères d'accès à ces conditions d'assurance et les taux de surprimes maximaux applicables,
- Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de la tarification standard de la prime et peut ainsi apprécier le niveau de la surprime appliquée.

►► **Vos droits : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille si vous remplissez les conditions mentionnées au 2.1 et les critères d'accès.**

L'application de la grille de référence est évaluée par le service médical de l'assureur qui a la possibilité de demander des informations complémentaires au candidat à l'assurance afin de pouvoir vérifier les critères définis par la grille de référence.

ÉVOLUTION DU « DROIT A L'OUBLI » ET DU CONTENU DE LA GRILLE DE REFERENCE AERAS

Les dispositions prévues pour le « droit à l'oubli » comme celles figurant dans la grille de référence AERAS sont enrichies pour tenir compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles pour certaines pathologies. Les mises à jour régulières de cette grille de référence sont mises en ligne et donc consultables sur le site internet de la Convention AERAS, www.aeras-infos.fr.

(3) Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique » : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE (1/3)

À remplir obligatoirement par le candidat à l'assurance qui est en droit de le faire en dehors de l'Agence.

SOGECAP vous informe de l'importance d'effectuer une copie de ce document et de la conserver pendant toute la durée du prêt. L'article L113-2 du Code des Assurances fait obligation au candidat à l'assurance de répondre exactement aux questions posées par l'assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge. Pour respecter toute confidentialité médicale, vous pouvez transmettre sous pli confidentiel le présent document rempli et signé au Médecin Conseil de SOGECAP – Service Médical de SOGECAP – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1 au moyen de l'enveloppe remise par votre Conseiller.

ATTENTION : TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ÉTUDIÉ ET SERA RETOURNÉ

Si vous avez déjà communiqué ce formulaire à votre Conseiller ou à SOGECAP il y a moins de 6 mois pour le même numéro de dossier de financement, il n'est pas obligatoire de le compléter à nouveau.

RÉPONDRE PAR **OUI** OU PAR **NON** EN TOUTES LETTRES À L'INTÉRIEUR DE LA CASE CORRESPONDANTE

N'oubliez pas de compléter et de transmettre les trois dernières pages de ce document

1	Indiquez votre taille (hauteur) |_|_|_| cm votre poids |_|_|_| kg Indiquez la différence entre la taille et le poids (exemple : 175 cm – 81 kg = 94) |_|_|_| Cette différence est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ? |_|_|_|		Vous avez ici la possibilité de préciser si un éventuel surpoids est lié à une situation particulière (exemple : grossesse) :
2	Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? |_|_|_|		Si oui, pourquoi ? Depuis quand ?
3	Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement médical ou une surveillance médicale ?* <i>*« droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i>	|_|_|_|	Si oui, le ou lesquels ? Quand (mois/année) ? Résultat(s) (joindre si possible copie des examens pratiqués)
4	Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années : – d'une maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, d'excès de cholestérol ? – d'une affection neuro-psychique ou neurologique, de dépression nerveuse, d'épilepsie ? – d'une affection respiratoire ? – d'une tumeur, d'une affection hématologique (maladie de Hodgkin, lymphome, leucémie) ?* <i>*« droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i> – de diabète ou hyperthyroïdie ? – d'une affection rénale ? – d'une affection digestive (recto-colite hémorragique, maladie de Crohn, pancréatite) ? – d'une hépatite ? – d'une affection des os ou des articulations, d'une affection disco-vertébrale (y compris lombo-sciatique) ou rhumatismale ? – d'une affection de quelque nature que ce soit (hormis affections saisonnières) ?	|_|_|_|	Si oui, le ou lesquels ? Quand (mois/année) ? Durée et traitement(s) suivi(s) (joindre si possible copie des examens pratiqués) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de dossier d'assurance :

N° de dossier de financement :

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE (2/3)

N'oubliez pas de compléter et de transmettre les trois dernières pages de ce document

5	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs, sur prescription médicale pour raison de santé ?*</p> <p><i>*« droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Quand (mois/année) ?</p> <p>.....</p> <p>Durée ?</p> <p>.....</p>
6	<p>Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières ?*</p> <p>Par traitement médical, on entend médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie.</p> <p><i>*« droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Si oui, lequel ?</p> <p>.....</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>Depuis quand ?</p> <p>.....</p>
7	<p>Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?*</p> <p>Par traitement médical, on entend médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie</p> <p><i>*« droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Si oui, pour chaque traitement :</p> <p>Lequel ?</p> <p>.....</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>Quand (mois/année) ?</p> <p>.....</p> <p>Durée ?</p> <p>.....</p>
8	<p>Au cours des 10 dernières années avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour : appendicite, amygdales, végétations, dents de sagesse, déviation de la cloison nasale, varices des membres inférieurs, maternité, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, vésicule biliaire) ?*</p> <p><i>*« droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Si oui, quand ?</p> <p>Durée ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
9	<p>Devez-vous dans les 12 mois à venir être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ou un bilan à visée diagnostique (hormis suivi systématique gynécologique ou ophtalmologique) ?*</p> <p><i>*« droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Si oui, quand ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
10	<p>Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV), dont le résultat a été positif ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Si oui, date du test positif :</p> <p>Pour quelle sérologie ?</p> <p>.....</p>

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de dossier d'assurance : N° de dossier de financement :

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE (3/3)

N'oubliez pas de compléter et de transmettre les trois dernières pages de ce document

11	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ? Pourquoi ? A quel taux ou quelle catégorie ? Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?
	Etes-vous titulaire d'une allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ? Pourquoi ? A quel taux ?
12	Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?* <i>*« droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui : Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ?

Le Médecin Conseil se réserve le droit de vous demander des justificatifs complémentaires.

Je déclare :

- avoir répondu à toutes les questions du présent Formulaire de Déclaration du Risque de façon complète et sincère,
- avoir été averti(e) que toute déclaration inexacte ou incomplète qui pourrait induire en erreur SOGECAP dans l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité de mon adhésion ou la réduction des indemnités (articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances),
- m'engager à signaler par courrier toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de prise d'effet des garanties,
- avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

J'accepte que mes déclarations et données médicales personnelles soient transmises au Service Médical de SOGECAP, de ses mandataires ou de ses réassureurs et soient exclusivement utilisées pour le traitement du dossier, dans le strict respect du secret médical.

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de dossier d'assurance : N° de dossier de financement :

Profession exacte :

Fait à :, le

Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier de la personne concernée.

Signature du candidat à l'assurance

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Nécessaires à la gestion de votre contrat et de vos garanties, vos données de santé sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

En renseignant/complétant et en signant ce document, vous acceptez que les données de santé vous concernant :

- soient collectées et traitées afin de vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer de votre tarif, de lutter contre la fraude, étudier votre demande de mise en jeu des garanties souscrites.
- soient transmises au Médecin conseil et son service médical ou aux personnes internes ou externes spécifiquement habilitées (notamment nos délégataires ou experts médicaux).

Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans votre notice d'information.

NOTICE D'INFORMATION

des contrats d'assurances n° 90.197 et n° 98.001 souscrits par la Société Générale ci-après dénommée « le Prêteur », auprès de SOGECAP pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité, Incapacité, et auprès de SOGESSUR pour la garantie Perte d'Emploi.

SOGECAP et SOGESSUR sont dénommés génériquement « l'Assureur » dans la présente notice d'information.

Les contrats n° 90.197 et n° 98.001 sont présentés par la Société Générale (immatriculation à l'ORIAS sous le n° 07 022 493) en sa qualité d'intermédiaire en assurance.

1. DÉFINITIONS CLÉS

Adhérent, Candidat à l'assurance : personne physique ou morale contractant un prêt immobilier et ayant signé la demande d'adhésion à l'assurance. L'Adhérent est payeur des cotisations.

Accident : atteinte corporelle, indépendante de la volonté de la victime, et due à l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ajournement : décision de l'Assureur notifiant une période pendant laquelle un candidat à l'assurance ne peut prétendre aux garanties demandées. L'Assureur peut réétudier le dossier ultérieurement.

Assuré : personne physique désignée sur la demande d'adhésion et sur laquelle reposent les garanties d'assurance. Lorsque l'Adhérent est une personne physique, il est aussi l'Assuré.

Consolidation : état d'Invalidité ou d'Incapacité non susceptible d'amélioration (notion utilisée pour l'appréciation des sinistres).

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé (www.aeras.com).

Franchise : nombre de jours consécutifs d'arrêt de travail total au-delà duquel l'Assureur est susceptible de verser les prestations.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : état médicalement constaté d'incapacité permanente totale de l'Assuré à exercer son activité lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : état médicalement constaté d'incapacité permanente partielle de l'Assuré à exercer son activité lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.

Incapacité Temporaire Partielle de Travail (ITP) : état médicalement constaté d'incapacité temporaire partielle de l'Assuré à exercer son activité professionnelle lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.

Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) : état médicalement constaté d'incapacité temporaire et totale de l'Assuré lorsque :

- l'Assuré exerçant une activité professionnelle ou étant demandeur d'emploi la veille du sinistre, se trouve dans un état médicalement constaté d'incapacité à exercer son activité professionnelle lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident,

ou

- l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle la veille du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou une maladie garantie, d'observer, sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles). L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Perte d'Emploi (PE) : situation du salarié en contrat de travail à durée indéterminée ayant subi un licenciement et bénéficiant en conséquence des revenus de remplacement prévus aux articles L.5421-1 à L.5427-10 du Code du travail.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : est considéré en état de PTIA, tout Assuré reconnu par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3^{ème} catégorie nécessitant l'assistance d'une tierce personne ou pour les non-assujettis au régime général, reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit et obligé d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes, se mouvoir, se déplacer).

Quotité : pourcentage appliqué au montant du Prêt et à ses échéances pour le calcul de la cotisation et des prestations.

Risques médicaux : les risques médicaux résultent de l'appréciation par l'Assureur de l'état de santé de l'Assuré sur la durée des garanties dans le seul but de déterminer ses conditions d'acceptation à l'assurance.

Risques spéciaux : les risques spéciaux concernent les personnes qui exercent des professions dangereuses ou qui résident dans un pays à risque ou qui effectuent des déplacements professionnels dans un pays à risque ou qui pratiquent des sports dangereux.

Surprime : majoration de la cotisation d'assurance pour risques médicaux ou spéciaux.

2. OBJET DES CONTRATS

Les contrats d'assurance ont pour objet de garantir toute personne physique, qu'elle soit emprunteur, co-emprunteur ou caution contre les risques liés :

- au Décès, à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), à l'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), à l'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou Partielle de travail (ITP), survenant à la suite d'une Maladie ou d'un Accident,
- à la Perte d'Emploi (PE),

et survenant avant le terme d'un prêt à l'habitat ou assimilé consenti à titre non professionnel par le Prêteur.

L'adhésion à l'assurance propose deux formules de garanties :

- **Formule 1** : Décès, PTIA, IPT, IPP, ITT, ITP et PE,
- **Formule 2** : Décès, PTIA, IPT, IPP, ITT et ITP.

La garantie PE ne s'applique pas en couverture des prêts à taux zéro amortissables avec différé d'amortissement, des crédits relais et des prêts in fine.

3. CRÉDITS GARANTIS

Les crédits doivent être souscrits auprès de la Société Générale, libellés en euros, rédigés en français, et d'une durée maximum de 30 ans comprenant la période de différé, les reports d'échéances et les aménagements possibles.

Les crédits concernés par la présente assurance, ci-après dénommés Prêts, sont :

- les prêts amortissables à taux fixe, avec un différé partiel possible d'une durée maximale de 36 mois,
- les prêts amortissables à taux révisable ou mixte, avec un différé partiel possible d'une durée maximale de 36 mois, sous réserve que la limite de variation entre deux échéances soit au maximum de 30% et qu'un délai de 12 mois minimum s'écoule entre deux modifications ; les prêts in fine ou prêts relais avec un différé partiel ou total des intérêts.

4. CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION

4.1. Conditions d'adhésion

Toute personne physique, emprunteur, co-emprunteur ou caution peut bénéficier des garanties sous réserve de respecter les conditions d'âge à l'adhésion :

- pour la Formule 1, être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 60 ans,
- pour la Formule 2, être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 65 ans.

Le candidat à l'assurance devra pour les deux formules avoir moins de 75 ans révolus au terme du Prêt.

4.2. Formalités d'adhésion

Le candidat à l'assurance doit, simultanément à la demande de Prêt, se soumettre à des formalités en fonction de son âge, de son état de santé et du cumul de ses encours assurés^(*).

Les prêts relais n'entrent pas dans le cumul des encours assurés déterminant les formalités d'adhésion si le cumul d'encours assurés des prêts relais est inférieur ou égal à 500 000 euros.

Après examen de ces formalités, l'Assureur peut :

- i. Accorder l'assurance aux conditions normales.
- ii. Accorder l'assurance :
 - moyennant une surprime pouvant être liée aux risques cumulatifs suivants : les risques médicaux, les risques spéciaux,
 - en formulant une restriction de garantie ou des exclusions partielles,
 - moyennant une surprime (risques médicaux ou spéciaux) et en formulant une restriction de garantie ou des exclusions partielles.

En cas d'acceptation de l'adhésion moyennant une des conditions ci-dessus, l'Assureur envoie une proposition d'assurance énonçant ses conditions d'acceptation définitive que le candidat à l'assurance doit renvoyer à l'Assureur signée.

La décision de l'Assureur ne devient définitive qu'à réception par l'Assureur de l'accord de l'Assuré sur ses conditions d'acceptation. Cette décision ne peut être révisée en cours de Prêt.

- iii. Ajourner l'assurance.
- iv. Refuser l'assurance.

Dispositif spécifique AERAS :

Dans le cadre de la convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), les dossiers refusés par l'Assureur seront soumis à un dispositif dit de « 2^{ème} niveau » permettant le réexamen individualisé du dossier. Dans le cas où ce dispositif refuserait la demande à l'assurance, le dossier sera transmis pour nouvel examen à un pool de réassureurs. Ce pool ne traite que les demandes relatives, d'une part, aux prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée, hors crédit relais, n'excède pas 320 000 euros, et, d'autre part, aux autres prêts immobiliers et aux prêts professionnels dont l'encours cumulé assuré auprès de SOGECAP est plafonné à 320 000 euros. Dans ces deux cas, l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans en fin de prêt. Ce pool pourra soit proposer une solution particulière au candidat à l'Assurance, soit refuser le dossier.

La signature de l'offre de Prêt doit intervenir dans un délai de six mois suivant la date d'édition du Certificat Individuel d'Adhésion. Si cette condition n'est pas remplie, le candidat à l'assurance doit satisfaire à nouveau aux formalités décrites ci-avant.

Dans les cas i) et ii) :

- le candidat à l'assurance accepté par l'Assureur reçoit un Certificat Individuel d'Adhésion,
- chaque candidat à l'assurance, dont la demande d'adhésion a été acceptée, acquiert la qualité d'Assuré aux conditions notifiées par l'Assureur.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion. Néanmoins, et conformément aux dispositions de l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatations avant sinistre, soit à une prise en charge partielle de prestations.

5. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur et du paiement des cotisations, les garanties prennent effet :

- à l'expiration du délai légal de rétractation dont disposent l'emprunteur, les co-emprunteurs ou la (les) caution(s), pour les prêts immobiliers relevant des articles L. 312-1 et suivants du Code de la consommation,
- à la dernière en date des acceptations de l'offre de Prêt par l'emprunteur ou les co-emprunteurs ou la (les) caution(s) pour les prêts immobiliers relevant des articles L. 313-1 et suivants du Code de la consommation.

(*) Le cumul des encours assurés est la somme des capitaux assurés au titre de la présente ou des présentes adhésion(s) et des capitaux restants dus assurés au titre d'adhésions antérieures sur les contrats d'assurance n° : 90197, 90198, 90180, 90190 et 90199.

Cas particulier :

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'adhésion, le candidat à l'assurance est couvert en cas de décès consécutif à un accident et ce, entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date de prise d'effet des garanties, dans la limite de 60 jours à compter de la date de la demande d'adhésion et pour un montant égal au capital assuré dans la limite de 1 700 000 euros.

Attention : Toute modification de l'état de santé de l'Assuré qui surviendrait entre la date de demande d'adhésion et celle de la prise d'effet des garanties, doit être signalée par l'Assuré par courrier sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

6. LIMITATION DES GARANTIES

Quelle que soit la formule choisie, l'ensemble des garanties est accordé jusqu'à un cumul de capital assuré par personne de 1 700 000 euros. Au-delà de ce montant, seules les garanties Décès et PTIA sont accordées.

7. BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES

Le bénéficiaire des garanties est le Prêteur.

Cas particuliers, si le Prêt n'a pas été décaissé avant la survenance du sinistre :

- en cas de Décès, le capital limité à la quotité est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la demande d'adhésion ou dans le formulaire spécifique complété par l'Assuré lors de l'adhésion ;
- en cas de PTIA, le capital limité à la quotité est versé à l'Assuré ;
- en cas d'IPT, d'IPP, d'ITT, d'ITP ou de PE, la somme des cotisations perçues par l'Assureur entre la date d'adhésion et la date du sinistre est versée à l'Assuré.

Cas particuliers, si le Prêt comporte un déblocage échelonné :

Pour la partie non déblocuée,

- en cas de Décès, le capital restant dû limité à la quotité est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la demande d'adhésion ou dans le formulaire spécifique complété par l'Assuré lors de l'adhésion ;
- en cas de PTIA, le capital restant dû limité à la quotité est versé à l'Assuré ;
- en cas d'IPT, d'IPP, d'ITT, d'ITP ou de PE, la somme des cotisations perçues par l'Assureur entre la date d'adhésion et la date du sinistre est versée à l'Assuré.

Pour la partie déblocuée, les prestations sont versées au Prêteur.

8. RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

En cas de contrat conclu à distance, l'Assuré dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours qui commence à courir soit à compter de la conclusion du contrat soit à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

A cet effet, il doit adresser une lettre recommandée, avec demande d'avis de réception à son conseiller clientèle.

La lettre ou l'envoi sera rédigé(e) par exemple selon le modèle suivant :

« Je vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat d'assurance n° XXX et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de (30) trente jours à compter de la réception de la présente ».

Date et signature

La date d'envoi de la lettre met fin à l'adhésion au contrat.

9. COTISATIONS D'ASSURANCE

Les cotisations annuelles sont fonction de la formule choisie, de l'âge de l'Assuré à l'adhésion, du Prêt et de la durée de différé. Elles sont fixées en pourcentage du capital assuré.

Le non paiement de la cotisation peut entraîner l'exclusion de l'assurance, dans les conditions de l'article L. 141-3 du Code des assurances.

Pour la Formule 1 : les cotisations annuelles restent constantes jusqu'à la date de cessation de la garantie PE, les cotisations annuelles payées par l'Assuré seront alors celles de la Formule 2 (déterminées à la date d'adhésion).

Pour la Formule 2 : les cotisations annuelles restent constantes pendant toute la durée du Prêt, même s'il y a cessation d'une des garanties.

Le versement des prestations en cas d'ITT, d'ITP, d'IPT, d'IPP ou de PE n'interrompt pas le prélèvement des cotisations.

L'Assureur se réserve la possibilité de réviser uniquement le montant de la cotisation Perte d'Emploi en fonction des résultats du contrat, ou en fonction des statistiques nationales du chômage et des prévisions d'évolution de ces statistiques. Les cotisations révisées s'appliquent à l'ensemble des assurés au 1^{er} janvier qui suit la date anniversaire de l'adhésion. La révision de la cotisation est notifiée au moins trois mois avant sa date d'application. L'Assuré peut alors décider de résilier sa garantie PE.

10. PRESTATIONS

Les prestations sont affectées de la quotité indiquée dans la demande d'adhésion.

10.1 En cas de Décès ou de PTIA

En cas de Décès ou de PTIA, l'Assureur prend en charge et verse au bénéficiaire, le Capital restant dû limité à la quotité, au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA par l'Assureur.

Cas particulier :

Dans le cas d'un prêt avec différé total de paiement des intérêts, les intérêts dus, reportés et capitalisés au jour du Décès ou de la PTIA, sont pris en charge par l'Assureur.

La mensualité échue le jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.

10.2 En cas d'ITT, d'ITP, d'IPT ou d'IPP

Les prestations sont calculées sur la base des échéances de Prêt dues limitées à la quotité pendant la période d'indemnisation. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont découpées en mensualités égales.

En cas d'ITT, après un délai de franchise de 90 jours d'arrêt total et continu l'Assureur prend en charge le montant des mensualités limitées à la quotité et venant à échéance jusqu'à la fin de l'ITT et au plus tard jusqu'au 1 095^{ème} jour (inclus) d'arrêt de travail.

- **si l'Assuré exerce une activité professionnelle ou est demandeur d'emploi la veille du sinistre**, l'Assureur prend en charge **le montant des mensualités** limitées à la quotité et venant à échéance.
- **si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle la veille du sinistre**, l'Assureur prend en charge **50% du montant des mensualités**.

Le bénéfice de la garantie ITT exclu le bénéfice de la garantie PE.

En cas d'ITP (reprise à mi-temps thérapeutique), après un délai de franchise de 90 jours d'arrêt total et continu l'Assureur prend en charge 50% du montant des mensualités limitées à la quotité et venant à échéance.

Cas des rechutes :

En cas de rechute en ITT ou en ITP due à la même maladie ou un même accident survenant moins de 90 jours après la date de fin d'ITT ou d'ITP, l'Assureur rembourse les mensualités venant à échéance à compter du premier jour de l'ITT ou de l'ITP constituant la rechute.

Si la rechute intervient après un délai de plus de 90 jours ou si elle est la troisième rechute consécutive, ou en cas d'ITT ou ITP due à une autre affection quel que soit le délai de survenance après une première ITT ou IPT, elle est considérée comme une nouvelle Incapacité Temporaire Totale ou Partielle et donne lieu à une nouvelle application de franchise de 90 jours avant prise en charge des mensualités.

L'ITT due à une autre maladie ou un autre accident survenant moins de 90 jours après la date de fin d'incapacité est considérée comme une nouvelle ITT et donne lieu à une nouvelle franchise de 90 jours avant prise en charge des mensualités,

La persistance de cette inaptitude pourra donner lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles. Dans ce cas l'Incapacité est réputée consolidée en Invalidité.

En cas d'IPT ou d'IPP, appréciée par un médecin expert désigné par l'Assureur et dont le taux est déterminé à l'aide du tableau ci-après :

- si le taux est inférieur à 33%, l'assurance n'intervient pas,
- si le taux est compris entre 33% et moins de 66%, l'Assureur verse la prestation définie en cas d'ITT, réduite proportionnellement du taux d'invalidité contractuel dans le rapport N/66 (N étant le taux d'invalidité) dans la limite de la quotité assurée, et ce pendant la durée totale justifiée de l'IPP,
- si le taux est égal ou supérieur à 66%, l'Assureur verse au Prêteur l'intégralité des mensualités venant à échéance dans la limite de la quotité assurée et ce pendant la durée totale justifiée de l'IPT.

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

(*) Le taux d'incapacité professionnelle sera estimé en tenant compte de la profession exercée par l'Assuré à la date de survenance du sinistre.

(**) Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi en dehors de toute considération professionnelle et est basé sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à l'Accident ou à la Maladie.

Remarque :

Il est précisé que les pièces émanant de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées ou de tout autre organisme professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état de PTIA, d'IPT ou d'IPP.

La date de reconnaissance et le départ de l'invalidité sont déterminés par le médecin expert nommé par l'Assureur.

Dans tous les cas, les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

Les personnes sans activité professionnelle à la date d'adhésion bénéficieront des prestations IPT, et IPP si à la date du sinistre en cas d'IPT ou d'IPP, elles ont repris une activité professionnelle ou si elles sont prises en charge par le Pôle Emploi jusqu'au premier jour d'Incapacité/Invalidité et si elles perçoivent dans les deux cas des indemnités journalières ou une rente d'Invalidité du Régime de la Sécurité sociale.

Cas particuliers des Prêts avec différé d'amortissement :

Pendant la période de différé, seules les échéances d'intérêts sont prises en charge. Lorsqu'un Assuré est en cours d'indemnisation :

- la transformation en prêt amortissable ne modifie pas le montant de l'indemnisation versée ;
- le remboursement du capital au terme d'un Prêt avec différé d'amortissement total (Prêt in fine) n'est pas pris en charge.

Cas particuliers des Prêts à taux révisable ou mixte :

Les augmentations du montant des mensualités acceptées par le Prêteur pour ce type de prêt ne seront prises en compte par l'Assureur que si l'augmentation est intervenue au moins 3 mois avant la date de survenance du sinistre.

Les augmentations des mensualités pendant une période d'arrêt de travail ne seront pas indemnisées.

10.3 Activités sportives amateurs

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 12, la pratique régulière et/ou la compétition à titre amateur d'une ou plusieurs activités sportives est couverte au titre des garanties décès, PTIA, IPT, IPP, ITP et ITT.

10.4 En cas de Perte d'Emploi

10.4.1 Acquisition de droits

Les droits de l'Adhérent sont calculés en fonction de sa durée d'activité en contrats de travail à durée indéterminée au cours de la période de référence.

10.4.2 Période de référence

Le début de la période de référence est :

- date de prise d'effet des garanties si le Prêt n'a jamais donné lieu à indemnisation par l'Assureur au titre de la garantie Perte d'Emploi,
- au lendemain du dernier jour indemnisé par l'Assureur, dans le cas contraire.

La fin de la période de référence est la date de fin de contrat de travail à durée indéterminée rompu par un licenciement.

10.4.3 Droits à indemnisation

L'Adhérent peut bénéficier de droits à indemnisation si, au cours de la période de référence, il justifie d'une durée d'activité en contrat de travail à durée indéterminée d'au moins 6 mois continus chez un ou plusieurs employeurs. Sa durée maximale d'indemnisation est calculée comme suit :

Durée d'activité en contrat de travail à durée indéterminée au cours de la période de référence	Durée maximale d'indemnisation
Moins de 6 mois	pas de droits
de 6 mois à moins de 12 mois.....	180 jours
de 12 mois à moins de 24 mois.....	360 jours
24 mois et plus	540 jours

10.4.4 Reprise d'activité professionnelle suivie d'une nouvelle Perte d'Emploi

Si, après une période d'indemnisation au titre de la garantie Perte d'Emploi suivie d'une nouvelle période d'activité, l'Assuré perd à nouveau son emploi, il peut être indemnisé si sa situation correspond à l'un des cas suivants :

Premier cas : si la nouvelle période d'activité professionnelle a été d'une durée inférieure à 6 mois ou si l'Assuré était salarié en Contrat à Durée Déterminée, en période d'essai ou en intérim, ou s'il est au chômage technique, l'Assuré peut bénéficier du reliquat des droits acquis au moment du licenciement ayant donné lieu à l'indemnisation précédente et non utilisés.

Deuxième cas : si l'Assuré a été licencié après une nouvelle période d'activité professionnelle d'une durée d'au moins 6 mois continus en Contrat de Travail à Durée Indéterminée, il peut bénéficier du nombre d'indemnités journalières le plus favorable entre :

- le reliquat des droits acquis au moment du licenciement ayant donné lieu à l'indemnisation précédente et non utilisés,
- la nouvelle durée maximale d'indemnisation calculée suivant la durée de la nouvelle période d'activité.

Si la nouvelle durée maximale d'indemnisation est supérieure au reliquat, c'est cette indemnisation, au titre de la nouvelle période d'activité qui est versée, et le reliquat est annulé.

10.4.5 Versements des prestations

Les prestations sont dues à compter du premier jour indemnisé au titre du revenu de remplacement.

L'Assureur verse la prestation mensuellement au prorata du nombre de jours indemnisés par le Pôle Emploi ou organismes assimilés.

10.4.6 Montant des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des échéances dues pendant la période d'indemnisation.

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

L'Assureur verse 50% du montant des échéances **dans la limite de 60 euros par jour tous Prêts garantis confondus.**

Ne sont pas prises en compte :

- les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Assuré moins de 6 mois avant la date d'envoi de la lettre de son licenciement et pendant la période de perte d'emploi,
- les échéances sur lesquelles il y a eu un retard de paiement, les pénalités ou intérêts.

11. CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

11.1 Cessation des garanties

L'ensemble des garanties cesse :

- à la date d'expiration des engagements de l'Assuré, tels que définis dans l'acte de Prêt et ses avenants éventuels,
- à la date à laquelle le Prêt a fait l'objet d'un remboursement anticipé total quelle qu'en soit la cause,
- à la date de résiliation du contrat de Prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du Prêt,
- en cas d'exigibilité du Prêt avant le terme prévu,
- à la date de mise en place d'un plan conventionnel ou de mesures recommandées dans le cadre d'une procédure de traitement du surendettement des particuliers et ne prévoyant pas le maintien du paiement de la cotisation d'assurance,
- en cas de non-paiement des cotisations, à la date d'exigibilité des cotisations impayées,
- au jour du règlement par l'Assureur du Capital restant dû en cas de Décès ou de PTIA,
- au 31/12 qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'Assuré.

La garantie PTIA cesse :

- à la date de prise d'effet de la retraite de l'Assuré,
- au 31/12 qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Les garanties IPT, IPP, ITT et ITP cessent :

- au 31/12 qui suit la mise à la retraite ou préretraite de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, y compris les mises à la retraite pour invalidité des Assurés relevant d'un statut de la fonction publique ou assimilé, et ce, au plus tard au 31/12 qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

La garantie PE cesse :

- au 31/12 qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- à la date de départ ou de mise en préretraite ou en retraite, y compris pour inaptitude au travail, ainsi que lors d'une mise en place d'un dispositif d'emploi retraite.

En outre, la garantie PE cesse :

- en cas de résiliation de l'adhésion,
- à la date de survenance d'une inaptitude au travail.

En cas de résiliation des contrats entre l'Assureur et le Prêteur, les garanties sont maintenues aux assurés dans les conditions de cette Notice d'Information. Les cotisations continuent d'être dues.

11.2 Cessation des prestations

En complément des cessations de garanties,

Pour les garanties PTIA, IPT, IPP, ITT et ITP, les prestations cessent :

- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf opposition justifiée),
- en cas de non renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail,
- en cas d'interruption du versement des prestations en espèces par la Sécurité sociale sauf pour raison administrative justifiée.

Pour les garanties IPT, IPP, ITT et ITP, les prestations cessent :

- en cas de non renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail,
- en cas d'interruption du versement des prestations en espèce par la Sécurité sociale, sauf pour raison administrative justifiée.

Pour les garanties IPT, ITT et ITP, les prestations cessent :

- dès que l'Assuré retrouve une activité rémunérée à temps complet ou partiel (hors mi-temps thérapeutique),

La dernière échéance prise en charge pour l'IPT, l'IPP, l'ITT, l'ITP est selon le cas :

- celle qui précède immédiatement la date de prise d'effet de la retraite,
- au plus tard celle qui précède immédiatement le 31/12 qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Pour la garantie PE, les prestations cessent :

- à la date de reprise d'une activité rémunératrice, à temps complet, salariée ou non de l'Assuré,
- à la date de cessation du versement du revenu de remplacement,
- lorsque l'Assuré a épuisé ses droits à indemnisation,
- à l'obtention de la garantie ITT au titre du présent contrat.

La dernière échéance prise en charge pour la PE est selon le cas :

- celle qui précède immédiatement la date de prise d'effet de la retraite,
- au plus tard celle qui précède immédiatement le 31/12 qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

La cessation des garanties entraîne automatiquement la cessation des éventuelles prestations en cours.

12. EXCLUSIONS

Certaines des exclusions ci-dessous liées à l'activité professionnelle ou sportive peuvent être supprimées après examen par l'Assureur sur demande du Candidat à l'assurance et avec paiement de cotisations supplémentaires spécifiques.

12.1. Risques exclus en cas de Décès

- le suicide : l'assurance en cas de Décès est de nul effet si l'Assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année de son adhésion,

Toutefois, le risque de suicide est garanti dès l'adhésion dans la limite de 120 000 euros lorsque le contrat d'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré.

- le risque aérien : le risque de Décès survenu à l'occasion de navigation aérienne n'est couvert que si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote titulaire d'un brevet et d'une licence non périmés, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même,

Toutefois, lorsque l'Assuré emprunte une ligne commerciale régulière, l'Assureur prend en charge l'éventuel sinistre.

- les accidents de la route survenant alors que l'Assuré conduisait et avait une alcoolémie supérieure au maximum fixé par le Code de la route en vigueur, ou était sous l'emprise de stupéfiants à des doses non prescrites médicalement.

12.2. Risques exclus en cas de PTIA, IPT, IPP, ITP et ITT

En complément des exclusions prévues en cas de Décès, sont également exclus, en cas de PTIA, IPT, IPP, ITP et ITT les accidents ou maladies, ainsi que leurs suites et leurs conséquences :

- occasionnés volontairement par l'Assuré, résultant de mutilation volontaire ou tentative de suicide,

- issus des suites, conséquences, rechutes et récidives de maladies ou d'accidents non déclarés et dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties,

Toutefois, ne sont pas concernées les pathologies cancéreuses bénéficiant du droit à l'oubli.

- consécutifs à la participation de l'Assuré aux compétitions sportives suivantes et à l'entraînement s'y rapportant : motocyclistes, automobiles, polo boxe et full contact,

Toutefois, la pratique à titre amateur d'une ou plusieurs de ces activités sportives peut faire l'objet d'une levée d'exclusion en cas de demande expresse de l'Adhérent, sous réserve d'une proposition tarifaire de l'Assureur acceptée par l'Adhérent à l'adhésion.

- consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome,
- consécutifs à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement), à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol 24 heures après l'émission, dépasse un röntgen par heure,
- occasionnés par un acte de guerre civile ou étrangère, un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage, une émeute ou un mouvement populaire, lorsque l'Assuré prend une part active à l'un de ces événements.

Toutefois, l'accomplissement du devoir professionnel, la légitime défense, ou l'assistance à personne en danger sont garantis.

Sont également exclus les accidents ou maladies ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- de troubles anxieux, d'une dépression qu'elle soit endogène ou réactionnelle, de l'épuisement, du burn out, de complications psychiatriques de maladies somatiques, du syndrome de fatigue chronique, de troubles du comportement, de la fibromyalgie, de manifestations liées ou imputables au stress ou toute autre maladie psychiatrique et de leur traitement et complications éventuelles,

Toutefois, sont garanties les affections:

- nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique pour une durée minimale de 5 jours continus pendant la période d'ITT ou d'ITP, d'IPT ou d'IPP,
- nécessitant que l'Assuré soit mis par jugement sous tutelle ou curatelle.

La prise en charge de l'Assureur se fera après application de la franchise et à partir de l'échéance qui suit la date de début d'hospitalisation.

- de toute affection disco-vertébrale concernant le rachis (cervical, dorsal, lombaire ou sacré), leurs suites et conséquences, les lumbagos, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales,

Toutefois, ces affections sont garanties quand elles nécessitent une hospitalisation pour une durée minimale de 5 jours continus ou une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité.

La prise en charge de l'Assureur se fera après application de la franchise et à partir de l'échéance qui suit la date de début d'hospitalisation ou de l'intervention chirurgicale.

- de manifestations secondaires liées à l'abus d'alcool, d'usage de drogues ou de médicaments non prescrits médicalement,
- de tout traitement esthétique et/ou intervention chirurgicale esthétique.

Toutefois, la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au titre de la présente assurance est garantie.

Ne sont pas considérées comme une période d'incapacité, la période de grossesse couverte ou non par le congé légal de maternité tel que prévu par le Code du travail.

12.3. Exclusions au titre de la garantie PE

Dans tous les cas :

- la retraite ou la préretraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail, ainsi que lors d'une mise en place d'un dispositif d'emploi retraite,
- la rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée, telle que prévue par le Code du travail ; la démission, même prise en charge par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé,
- toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi,
- le licenciement pour faute grave ou lourde.

N'est pas pris en charge le licenciement si l'Assuré est salarié :

- de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
- d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par son conjoint, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants.

Toutefois ce licenciement est garanti s'il est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.

Pour une première indemnisation ou pour une nouvelle durée maximale d'indemnisation :

- le chômage saisonnier, partiel, technique suite à intempérie sans rupture de votre contrat de travail,
- la fin d'un contrat de travail à durée déterminée, la fin de chantier et la fin d'intérim,
- les ruptures de contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci.

13. INVALIDITE SPECIFIQUE

13.1 Définition de la Garantie Invalidité Spécifique (GIS)

Cette Garantie Invalidité Spécifique est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée.

L'Assuré est en état d'Invalidité Spécifique lorsque les quatre conditions suivantes sont cumulativement remplies.

- L'invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de son activité professionnelle.
- L'état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.

- Le taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70%. Ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N°2001-99 du 31 janvier 2001.

La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au paragraphe ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la mise en jeu de la Garantie Invalidité Spécifique.

- L'Assuré justifie d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéfice des attestations de versement de son régime de protection sociale.

13.2 Conditions d'attribution

Après examen des formalités d'adhésion et si la garantie invalidité est refusée pour raisons médicales, l'Assureur étudie systématiquement la possibilité d'accorder l'assurance avec la Garantie Invalidité Spécifique (GIS) en lieu et place de cette garantie.

L'Assureur envoie une proposition d'assurance énonçant ses conditions d'acceptation définitive que le Candidat à l'assurance doit renvoyer à l'Assureur signée.

13.3 Pièces à fournir

Il revient à l'Assuré de fournir sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur, dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une déclaration de l'Assuré établie sur modèle de l'Assureur,
- un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par le Médecin traitant de l'Assuré,
- pour les salariés : une copie de la notification par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale,
- pour les fonctionnaires et assimilés :
 - une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,
 - une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension,
- pour les non salariés : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient justifier à elles seules la mise en jeu de la Garantie Invalidité Spécifique (GIS).

13.4 Prestations

Dès réception des pièces à fournir, un médecin expert désigné par l'Assureur apprécie l'état d'Invalidité Spécifique de l'Assuré. En cas de reconnaissance de l'Invalidité Spécifique, l'Assureur procède au versement des prestations.

La prestation au titre de la Garantie Invalidité Spécifique, ses modalités de calcul et de versement, ses conditions de cessation ainsi que **ses conditions d'exclusion – à l'exception des exclusions relatives aux pathologies qui ne sont pas exclus** - sont identiques à celles définies pour les garanties Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), Incapacité Temporaire Totale (ITT) et Partielle de travail (ITP), à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité Spécifique.

14. DÉLAI DE DÉCLARATION DE SINISTRE ET PIÈCES A FOURNIR

14.1 Délai de déclaration de sinistre

En cas de Décès :

Les sinistres doivent être déclarés par écrit à l'agence Société Générale gérant le Prêt dans les meilleurs délais.

En cas d'ITT ou d'IPT ou d'IPP ou d'ITP ou de PTIA :

Les sinistres doivent être déclarés par écrit à l'agence Société Générale gérant le Prêt dans **un délai maximum de 180 jours à compter de la date de survenance. Le début de ce délai est fixé au jour de la survenance de l'accident ou, en cas de maladie, au jour de la première constatation par le médecin traitant de l'Assuré.**

En cas de PE :

Les sinistres doivent être déclarés par écrit à CBP France CS20008 – 44967 NANTES Cedex 9, dans les 180 jours qui suivent le premier jour de versement des allocations du Pôle Emploi ou organismes assimilés.

14.2 Déclaration tardive

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prend en charge le sinistre à compter de la date de déclaration sans faire application de la franchise pour les garanties incapacité de travail (ITT/ ITP), dans la mesure où les délais de prescription légaux (articles L 114-1 et L114-2 du Code des assurances) n'ont pas été atteints.

Il n'y aura aucune prestation si la déclaration est faite après la date de reprise effective de travail ou postérieurement à la fin du Prêt.

14.3 Pièces à fournir

Les différentes pièces demandées ci-dessous doivent être adressées dans les meilleurs délais sous pli confidentiel au Médecin Conseil de Sogécap – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 ORLÉANS cedex 01.

Il convient de communiquer toute information ou autre pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

A défaut de transmettre au Médecin Conseil de la compagnie les informations et documents demandés, la garantie ne pourra être exécutée par l'Assureur.

En cas de Décès :

Les ayants droit retirent auprès du Prêteur le guide de demande de prise en charge.

Doivent être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration des ayants-droit sur modèle de l'Assureur,
- un extrait de l'acte de Décès,
- un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par le médecin traitant de l'Assuré,
- en cas de Décès accidentel, le procès verbal de gendarmerie ou de police ou le numéro de ce procès verbal de gendarmerie et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il a été déposé.

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

Cette démarche ne concerne pas les décès survenus en France (France métropolitaine, Corse), Nouvelle-Calédonie, DROM-COM-POM et Monaco.

En cas d'IPT, d'IPP, d'ITT, d'ITP, ou de PTIA :

Au début de l'IPT, de l'IPP, de l'ITT, de l'ITP ou de la PTIA

Doivent être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration de l'Assuré établie sur modèle de l'Assureur,
- un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par le Médecin traitant de l'Assuré,
- les volets ou attestations de prestations de la Sécurité sociale si l'Assuré est assuré social,
- la notification de pension d'invalidité délivrée par la Sécurité Sociale ou par un organisme assimilé si l'Assuré y est assujéti.

En cours d'ITT, d'ITP, d'IPT ou d'IPP

Doivent être envoyés, au fur et à mesure de leur délivrance, à l'expiration des précédents :

- les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'ITT ou de l'ITP ou de la rechute en ITT ou en ITP,
- les volets de la Sécurité sociale attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'Assuré est assuré social.

A la fin de l'ITT ou de l'ITP

Doit être adressé dans les meilleurs délais :

- un certificat médical de fin d'Incapacité Temporaire Totale ou Partielle, établi par l'Assuré sur modèle l'Assureur.

Au titre des garanties PTIA, IPT, IPP, ITT et ITP, c'est la date de première constatation médicale en France qui sert comme point de départ à l'éventuelle mise en jeu de l'une de ces garanties. Toutefois, les sinistres ayant donné lieu à une hospitalisation à l'étranger dans un établissement de soins public ou privé placé sous contrôle médical pourront aussi être couverts. Il conviendra alors à l'Assuré d'apporter la preuve de son hospitalisation au moyen de documents établis par l'autorité médicale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française du lieu. A défaut de preuve, la garantie en cas d'ITT ou d'ITP sera suspendue jusqu'au retour en France.

Le visa du médecin attaché à la représentation consulaire française ne sera pas exigé pour tous les séjours dans les pays de l'UE.

En cas de PE :

L'Assuré doit fournir les documents suivants :

- une copie de sa lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le Pôle Emploi ou organismes assimilés ou par l'Etat,
- une attestation de son ou de ses employeurs précédents précisant :
 - la nature du contrat de travail au moment du licenciement,
 - les natures, dates de début et de fin des contrats de travail depuis la date d'adhésion,
- les bordereaux de paiement des prestations par le Pôle Emploi ou organismes assimilés.

15. CONTROLE MEDICAL ET EXPERTISE

Dans tous les cas l'Assureur se réserve le droit de :

- demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier,
- contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- ne pas suivre la position de la Sécurité sociale ou organisme assimilé,
- de faire contrôler et/ou expertiser, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera,
- de convoquer l'Assuré en France métropolitaine pour contrôler toute Invalidité ou Incapacité de travail.

Dès lors, la prise en charge des échéances sera suspendue jusqu'à obtention du rapport d'expertise médicale par le Médecin Conseil de l'Assureur. L'Assureur s'engage à communiquer sa décision dans les 5 jours ouvrés qui suivent la réception du rapport d'expertise.

En cas de contestation d'ordre médical entre l'Assureur et l'Assuré en cas de sinistre, les parties pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers- expert, qui faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Chaque partie réglera les honoraires de son médecin. Ceux du 3^{ème} médecin expert, ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination seront supportés par chacune des parties par parts égales.

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur doivent avoir lieu en France métropolitaine.

16. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 et suivants du Code des assurances, toute action concernant le contrat relatif à la présente notice d'information et émanant de l'Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action. Cette prescription est portée à 5 ans pour les résidents d'Alsace et de Moselle en matière d'assurance sur la vie.

Toutefois, ce délai ne court 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, le délai est porté à dix ans.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'assuré.

Par ailleurs,

- conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances: la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.
L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Pour ce dernier cas, l'assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.
- conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
- conformément à l'article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- conformément à l'article 2241 du Code civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- conformément à l'article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

- conformément à l'article 2243 du Code civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- conformément à l'article 2244 du Code civil : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
- conformément à l'article 2245 du Code civil : L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.
- conformément à l'article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

17. LOI APPLICABLE – RECLAMATION – TRIBUNAUX COMPETENTS

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Le contrat et son interprétation sont régis par la loi française.

Toute réclamation est à adresser à l'adresse suivante : SOGECAP – Service Relations Clients – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1 ; Tél : 09.69.36.99.92 (coût d'un appel local non surtaxé); Fax : 02.38.79.54.54. SOGECAP s'engage à répondre à votre demande sous 10 jours ouvrés, sauf cas exceptionnels. Dans le cas contraire, nous accuserons réception dans ces 10 jours et une réponse définitive vous sera apportée dans un délai maximal de 60 jours à compter de la réception de votre demande.

Si votre désaccord persistait, vous pourriez demander l'avis de la Médiation de l'Assurance par voie postale ou par saisie du formulaire en ligne sur son site internet, dont les coordonnées sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 – 75441 PARIS CEDEX 09, fax : 01.45.23.27.15, e-mail : le.mediateur@mediation-assurance.org, site internet : <http://www.mediation-assurance.org>
La « charte de la médiation » de la FFA est disponible sur son site internet : www.ffa-assurance.fr.

Tout litige né de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

18. RESILIATION

La résiliation peut être demandée dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt. L'Assuré notifie alors à son conseiller clientèle sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée.

La résiliation peut, après ce délai de douze mois, être demandée tous les ans, soit en faisant la demande auprès du conseiller clientèle, soit par lettre recommandée (le cachet de la Poste faisant foi), au moins 2 mois avant la date d'anniversaire du contrat.

Faculté de résiliation de la garantie PE :

L'Assuré peut demander la résiliation de la garantie PE à tout moment par lettre recommandée adressée à l'adresse suivante : CBP France – CS 20008 – 44967 Nantes Cedex 9. La résiliation se fait à la fin du trimestre en cours si la demande de résiliation est réceptionnée dans les deux premiers mois du trimestre en cours. Si la demande de résiliation est réceptionnée dans le dernier mois du trimestre en cours, la résiliation se fait à la fin du trimestre suivant. Toute résiliation est définitive pour toute la durée du Prêt et met un terme au prélèvement des cotisations correspondantes. L'Assuré ne pourra plus adhérer à la garantie PE, pendant toute la durée du Prêt.

19. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Ce paragraphe a pour objectif d'informer l'Assuré (ci-après dénommé « Vous »), de la manière dont ses informations personnelles sont collectées et traitées par la société SOGECAP (ci-après dénommée « Nous »), en tant que responsable de traitement.

Le groupe SOGECAP a nommé un délégué à la protection des données personnelles joignable aux coordonnées suivantes : dpo.assurances@socgen.com ou Groupe SOGECAP – Délégué à la Protection des données – 17 bis Place des Reflets – 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans votre documentation.

Pourquoi collectons-nous vos données personnelles ?

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat, les données personnelles que nous collectons sont nécessaires à :

- votre identification, l'identification des assurés et des bénéficiaires,
- l'étude de vos besoins spécifiques afin de proposer des contrats adaptés,
- l'examen, l'acceptation, la tarification, la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution et la gestion des contrats et des éventuels sinistres,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- la gestion des recours, des réclamations et des contentieux,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits indiqués au paragraphe « quels sont vos droits ? »,
- la réalisation d'études actuarielles et statistiques.

Vos données sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment.

Pour vous apporter les meilleurs services et continuer de les améliorer, nous traitons vos données dans le cadre de :

- la mise en place d'actions de prévention,
- la gestion de notre relation commerciale afin de réaliser des animations commerciales telles que des actions de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages.

Dans notre intérêt légitime, nous utilisons également vos données pour vous proposer des offres commerciales pour des produits et services du groupe SOGECAP analogues ou complémentaires à ceux souscrits, personnalisés selon vos besoins, ainsi que celles de nos partenaires. Vous pouvez vous y opposer à tout moment ou modifier vos choix (cf. article « quels sont vos droits ? »).

Afin de préserver la mutualité de nos assurés et dans notre intérêt légitime, nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Cette inscription pourra entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe SOGECAP.

Qui peut accéder à vos données ?

Vos données personnelles sont destinées, dans la limite de leurs attributions, à nos services en charge de la gestion commerciale ou de la gestion et exécution des contrats de chacune de vos garanties, à nos délégataires de gestion, intermédiaires en assurance, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du groupe SOGECAP dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises, s'il y a lieu, aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations.

Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne.

Les données de santé que nous pouvons être amenés à traiter sont destinées à notre Médecin conseil, à son service médical travaillant au sein d'une bulle de confidentialité, ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégataires ou experts médicaux et, le cas échéant, nos réassureurs). Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

Dans quels cas transférons-nous vos données hors de l'Union Européenne ?

Les données nécessaires à l'exécution de votre contrat peuvent être transférées dans le cadre de l'exécution des contrats, de la gestion des actions ou contentieux liés à l'activité de l'entreprise vers des pays non-membres de l'Espace Économique Européen, dont les législations en matière de protection à caractère personnel diffèrent de celles de l'Union Européenne.

Par ailleurs, en raison notamment de la dimension internationale du Groupe Société Générale auquel appartient le responsable de traitement et des mesures prises pour assurer l'utilisation et la sécurité des réseaux informatiques, les traitements visés au paragraphe « pourquoi collectons-nous vos données ? » sont susceptibles d'impliquer des transferts de données à caractère personnel vers des pays non-membres de l'Espace Économique Européen.

Dans ces cas, les transferts de vos données bénéficient d'un cadre précis et exigeant (clauses contractuelles types, décision d'adéquation accessibles sur le site de la CNIL « transférer des données hors UE »), conforme aux modèles adoptés par la Commission européenne, ainsi que des mesures de sécurité appropriées.

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Sauf précision apportée dans votre demande d'adhésion, vos données à caractère personnel sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle, et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Quels sont vos droits ?

Vous disposez d'un droit :

- d'accès (possibilité de demander si et quelles informations nous détenons sur vous),
- de rectification (possibilité de demander la rectification des informations inexacts vous concernant),
- d'effacement (possibilité de demander la suppression de vos données dès lors que certaines conditions sont remplies),
- de limitation du traitement,
- à la portabilité de vos données.

Vous pouvez également :

- définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès,
- retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci, étant entendu que ce retrait peut entraîner l'impossibilité pour SOGECAP de fournir ou d'exécuter le produit ou le service demandé ou souscrit.

Vous bénéficiez du droit de vous opposer :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que des données à caractère personnel vous concernant fassent l'objet du traitement que nous mettons en œuvre. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de votre situation devra être clairement argumenté.
- sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.
- à des opérations de prospection par téléphone en vous inscrivant sur la liste d'opposition selon les modalités décrites sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier, à l'adresse suivante : Société Opposetel, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10000 Troyes. Vous ne pourrez plus être démarché téléphoniquement par SOGECAP ou l'un de ses partenaires sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité par lettre simple à l'adresse suivante : SOGECAP – Direction de la Conformité – Service Protection des données – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris la Défense Cedex ou depuis le formulaire en ligne disponible depuis le site <https://www.assurances.societegenerale.com>.

Afin de permettre un traitement efficace de votre demande, nous vous remercions d'indiquer clairement le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification (numéro d'assuré/d'adhérent, numéro de contrat).



SOGECAP – SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1 168 305 450 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances 086 380 730 RCS Nanterre. Siège social : Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex. Service Relations Clients : 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1. Tél. : 09.69.36.99.92 (coût d'une communication locale depuis une ligne fixe – coût variable selon opérateur).



SOGESSUR- Société anonyme d'assurance au capital de 33 825 000 euros régie par le Code des assurances – 379 846 637, RCS Nanterre
Siège social : Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour mieux connaître les traitements mis en œuvre par le groupe SOGECAP, retrouvez sa politique de protection des données accessible à l'adresse suivante :

<https://www.assurances.societegenerale.com>.

Dispositions spécifiques aux enregistrements téléphoniques

SOGESSUR procédera à l'enregistrement des conversations et de vos échanges avec le ou les collaborateurs de SOGESSUR assurant la gestion des contrats, des sinistres et des réclamations quel que soit le support (emails, fax, entretiens téléphoniques, etc.) aux fins de preuve du contenu de ces échanges ainsi qu'aux fins d'amélioration de la qualité de service.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés au maximum 2 ans à partir de leur réalisation dans des conditions propres à en assurer la sécurité et la confidentialité.

Il est expressément convenu que les enregistrements des échanges téléphoniques et les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un quelconque support font foi entre les parties sauf pour chacune d'elles à apporter la preuve contraire.

Si vous souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande par courrier adressé à Sogessur – Monsieur Le Directeur de la Relation Client – TSA 91102 – 92894 Nanterre Cedex 9.

SOGECAP pourra procéder à l'enregistrement des conversations et de vos échanges avec le ou les collaborateurs assurant la gestion des contrats, des sinistres et des réclamations quel que soit le support (emails, fax, entretiens téléphoniques, etc) aux fins d'amélioration de la qualité de service.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés dans des conditions propres à en assurer la sécurité et la confidentialité.

Si vous souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande par courrier adressé à SOGECAP– Monsieur Le Directeur de la Relation Client – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1.



Société Anonyme au capital de 1 009 897 173,75 EUR - Siège social : 29 boulevard Haussmann – 75009 Paris - 552 120 222 RCS Paris