



NOTICE D'INFORMATION SUR L'ASSURANCE DES EMPRUNTEURS

Valant informations contractuelles et précontractuelles

Extrait des conditions générales du contrat d'assurance des emprunteurs

Contrat d'assurances groupe souscrit par CREATIS auprès de ACM VIE SA et SERENIS ASSURANCES SA pour ses crédits amortissables

(Réf. 16.58.13 – 06/2022)

Assureurs

ACM VIE SA, Société anonyme au capital de 778 371 392 € - 332 377 597 RCS STRASBOURG - N° TVA FR60332377597 - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4, rue Frédéric Guillaume Raiffeisen 67906 STRASBOURG Cedex 9 - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX. et **SERENIS ASSURANCES SA**, société anonyme au capital de 16.422.000 €, 350 838 686 RCS ROMANS – n° TVA FR13350838686 – siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel 26000 VALENCE – Entreprise régie par le Code des assurances - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN Cedex.

Souscripteur

CREATIS - Société Anonyme à Conseil d'Administration au capital de 52 900 000 €, agréée en qualité de banque. Siège social : 61 avenue Halley – Parc de la haute Borne – 59650 Villeneuve d'Ascq – RCS Lille Métropole 419 446 034 - Intermédiaire d'assurance enregistrée auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 005 776 (www.orias.fr).

INFORMATION PRECONTRACTUELLE DANS LE CADRE DE LA VENTE A DISTANCE

Les présentes conditions générales valent également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance.

IMPORTANT : VOS DECLARATIONS

L'adhésion est conclue sur la base des déclarations de l'emprunteur. Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur (article L. 113-2 du Code des assurances).

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie d'adhésion, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut nous amener à prendre les sanctions ci-dessous :

- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé) ;

- Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L 113-9 du Code des assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés).

Si, dans le cadre d'un sinistre, l'adhérent fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des préjudices, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat. Il en va de même pour les ayants droits qui demanderaient indûment une prestation au titre d'une garantie décès de l'assuré.

Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires.

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, l'emprunteur (ou les ayants droits) sont tenus de déclarer à l'assureur l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire et/ou forfaitaire couvrant le même risque.

QUELQUES DEFINITIONS

Assuré

Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance.

Salarié

Personne exerçant une activité rémunérée auprès d'un employeur.

Est assimilé au salarié, le fonctionnaire ou agent de l'Etat ou de collectivité territoriale.

Travailleur Non Salarier (TNS)

Professions libérales, artisans, commerçants ou exploitants agricoles.

Consolidation

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de l'incapacité et/ou de l'invalidité et/ou de la PTIA.

Rechute

Est considéré comme une rechute tout arrêt de travail qui concerne le même motif qu'un arrêt de travail antérieur.

Accident

On entend par « accident », toute atteinte corporelle, violente et imprévisible, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine d'une cause extérieure. Toute autre définition de l'accident ou toute classification retenue par un autre organisme, et en particulier par la Sécurité Sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

Délai de carence

Période pendant laquelle les garanties ne sont pas en vigueur. La garantie est acquise après le délai de carence. En cas d'accident, il n'est pas fait application du délai de carence.

Franchise

Période ininterrompue d'incapacité temporaire totale de travail ou de chômage non indemnisée par l'assureur. Pour donner lieu à indemnisation, l'arrêt de travail ou le chômage doit être total, continu et supérieur à la franchise.

A.E.R.A.S (Convention) : S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé).

La Convention AERAS est une convention signée entre les pouvoirs publics, les professionnels, des associations de consommateurs et des associations de personnes malades ou handicapées pour permettre un meilleur accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site officiel www.aeras-infos.fr.

1 – OBJET DU CONTRAT – PERSONNES ASSURABLES

Le présent contrat a pour objet de garantir les personnes physiques bénéficiant d'un financement sous la forme d'un crédit amortissable d'un montant maximum de 500.000 euros, plus généralement, toute personne intervenant à l'acte de prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution, associé, ...) et qui a demandé à adhérer au contrat.

L'âge limite pour l'adhésion est fixé au 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

Les documents contractuels sont formés par :

- la demande d'adhésion et le certificat de garantie,
- le cas échéant, la déclaration d'état de santé et les formalités médicales qui sont fonction des capitaux assurés et de l'âge de l'emprunteur,
- le tableau d'amortissement,
- la notice d'information.

Les Sinistres en raison du décès de l'assuré, de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et de l'incapacité de travail sont couverts par l'assureur ACM VIE SA. Le Sinistre en raison de la Perte d'emploi de l'assuré est couvert par l'assureur SERENIS ASSURANCES SA. La société ACM VIE SA est désignée comme la société interlocutrice chargée d'assurer les relations entre les assurés et l'assureur.

Toutes les dispositions du contrat collectif peuvent être modifiées par avenant au contrat collectif signé entre le souscripteur et l'assureur.

2 – FORMALITES D'ADHESION

A la souscription, l'emprunteur doit compléter une demande d'adhésion et, le cas échéant, se soumettre aux formalités médicales fixées par l'assureur. Ce faisant, l'emprunteur lève le secret médical au bénéfice du Service Médical et du Médecin Conseil de l'assureur. Ces formalités médicales sont fonction des réponses à la déclaration d'état de santé, du montant du crédit le plus élevé à assurer et de l'âge de l'emprunteur et sont valables 3 mois.

Les frais en résultant sont pris en charge par l'assureur sur présentation des justificatifs d'usage et dans la limite du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale dans les cas suivants :

- lorsque l'adhésion est effective
- lorsque l'adhésion est proposée par l'assureur à des conditions particulières
- lorsque l'adhésion est refusée par l'assureur

En revanche, les frais restent à la charge de l'emprunteur dans les cas suivants :

- lorsque les examens pratiqués n'ont pas été demandés par l'assureur
- lorsque l'emprunteur ne donne pas suite à la demande d'adhésion pour un motif autre que celui cité au paragraphe précédent.

L'admission est subordonnée au résultat jugé satisfaisant par l'assureur des formalités médicales : celui-ci se réserve le droit de demander d'autres renseignements, de n'accepter l'emprunteur qu'à des conditions particulières, de l'ajourner ou de le refuser.

Dans le cadre du dispositif AERAS, toute proposition d'assurance est valable 4 mois.

L'assureur s'engage à respecter les dispositions et les procédures de la Convention AERAS.

3 – SOUSCRIPTION DES GARANTIES

3.1. L'emprunteur souscrit aux garanties proposées. Le contenu de chaque garantie est défini à l'article 10.

3.2. Quotité assurée

La garantie peut couvrir chaque emprunteur, soit à hauteur de 100% chacun, soit à hauteur du pourcentage choisi au moment de l'adhésion et précisé sur la demande d'adhésion.

Lorsque la couverture d'assurance d'un emprunteur est inférieure à 100 %, les garanties souscrites sont réduites en proportion du pourcentage retenu.

Toute augmentation du pourcentage assuré en cours de crédit intervenue dans les 6 mois précédant un sinistre ne sera pas prise en compte par l'assureur.

3.3. En ce qui concerne la garantie Perte d'Emploi, l'adhésion à cette garantie doit être demandée exclusivement à l'occasion de l'adhésion à l'assurance et avant la prise d'effet des garanties. En aucun cas, cette garantie ne peut être accordée en cours de vie du contrat.

4 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

Date de conclusion de l'adhésion :

L'adhésion est conclue à la date d'acceptation par l'assureur.

Prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet à la date de déblocage partiel ou total du crédit, sous réserves:

- de l'acceptation de l'adhésion par l'assureur,
- du respect du délai de renonciation. Il est possible d'y renoncer, en cas de demande par l'assuré de déblocage des fonds avant l'arrivée du terme de ce délai.

Toutefois, le risque décès résultant d'un accident est couvert à compter de la demande d'adhésion à l'assurance, pour une durée maximale de 2 mois, sous réserve de l'existence d'un engagement contractuel réciproque entre l'assuré et l'organisme prêteur.

Cette garantie temporaire cesse à compter de la prise d'effet de l'adhésion par l'assureur pour l'ensemble des garanties ou à la date du refus formulé par l'assureur d'accepter l'adhésion de l'emprunteur.

La garantie Perte d'Emploi n'est acquise qu'après un délai de carence de 180 jours à partir de la date de conclusion de l'adhésion.

5 – DROIT DE RENONCIATION

Faculté de renonciation :

L'assuré dispose de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance.

Conformément à l'article L. 112-9 alinéa 1^{er} du Code des assurances, « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

L'assuré ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. Lorsque l'adhésion a été conclue à distance (art. L 112-2-1 du Code des assurances) l'assuré a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'assuré reçoit les conditions contractuelles si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion). Le délai de renonciation expire le dernier jour à 24h00.

Dans tous les cas, et quel que soit le mode de commercialisation, l'assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

En cas de renonciation, l'assuré n'est tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de renonciation. Le cas échéant, l'assureur procède au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de la demande effectuée en ligne.

Modalités de renonciation :

Pour exercer le droit à renonciation, il suffit d'envoyer une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, selon le modèle ci-après : «Je soussigné(e)..... (nom, prénom) demeurant (adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'assurance emprunteur du contrat de crédit n°..... (n° imprimé) à laquelle j'ai adhéré le ,date et signature de l'assuré», à l'adresse suivante : Secteur garanties Assurances – Creatis 59080 LILLE Cedex 9. La renonciation entraîne résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

6 – DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat est annuelle à tacite reconduction jusqu'au terme du crédit, sauf résiliation prévue à l'article 20.

7 – CESSATION DES GARANTIES

7.1. A l'égard de chaque assuré, les garanties cessent, au plus tard :

- pour le risque DECES : au jour du 90^{ème} anniversaire;
- pour les risques PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL et INVALIDITE PERMANENTE : au jour du 66^{ème} anniversaire ou au jour de la liquidation de la retraite ou de la préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre) ou au jour de la cessation de toute activité professionnelle rémunérée;
- pour la garantie PERTE D'EMPLOI : au jour du 61^{ème} anniversaire.

7.2. Par ailleurs, les garanties cessent également :

- à la date effective de la clôture du compte de crédit
- le jour où le crédit a été intégralement remboursé à l'échéance finale ou par anticipation,
- à la date de déchéance du terme prononcé par Creatis (dans les conditions prévues à l'article 17),
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'assuré,
- en cas de défaut de paiement des cotisations par l'assuré, en application des dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances,
- au jour de réception par Creatis de la lettre de renonciation au contrat selon modalités précisées à l'article 5,
- en cas de résiliation du contrat de crédit pour quelque motif que ce soit.
- en cas de mise en place d'un plan conventionnel « Banque de France » ou d'un plan de redressement judiciaire civil, sauf s'il y a maintien du paiement de la cotisation initiale (loi Neiertz),
- au jour de la résolution ou de l'annulation judiciaire du contrat de crédit.

7.3. Les prestations cessent en cas de cessation des garanties résultant de la déchéance du terme telle que prévue à l'article 7.2.

Les prestations cessent également pour les garanties :

- Incapacité temporaire totale de travail : selon les conditions prévues à l'article 10.2.1.,
- Perte d'emploi : selon les conditions prévues à l'article 10.3.3.

La cessation des garanties entraîne la cessation des prestations versées au titre des garanties prévues aux articles 10.2 et 10.3.

8 – BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Creatis est bénéficiaire des indemnités de l'assurance.

Le présent contrat d'assurance n'entraîne aucune subrogation de l'assureur dans le paiement des échéances du prêt dû par l'assuré à Creatis. L'assuré est tenu de respecter ses engagements vis-à-vis de Creatis et reste tenu en vertu du contrat de prêt envers son prêteur.

9 – LES OPTIONS

L'assurance des emprunteurs comprend les formules de garanties suivantes :

Formule 1 couvrant les risques suivants : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Formule 2 couvrant les risques suivants : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail supérieure à 90 jours et Invalidité Permanente Totale

Formule 3 couvrant les risques suivants : Décès, Perte Totale, Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail supérieure à 90 jours, Invalidité Permanente Totale et Perte d'Emploi

En plus des formalités d'adhésion mentionnées à l'article 2 :

- Pour bénéficiaire de la garantie Décès, l'assuré doit, au jour de la demande d'adhésion à l'assurance, être âgé de moins de 80 ans.
- Pour bénéficiaire des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente, l'assuré doit, au jour de la demande d'adhésion à l'assurance, être âgé de moins de 66 ans.
- Pour bénéficiaire de la garantie Perte d'Emploi, l'assuré doit, au jour de la demande d'adhésion à l'assurance, être âgé de moins de 61 ans.

10 – DEFINITION DES GARANTIES

10.1. Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) L'assureur intervient pour le remboursement du montant du prêt restant dû au jour du décès (en proportion de la quotité assurée) en cas de décès de l'assuré avant son 90^{ème} anniversaire.

L'assureur intervient pour le remboursement du montant du prêt restant dû au jour de la reconnaissance par le Médecin Conseil de l'assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré (en proportion de la quotité assurée) lorsque cet état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survient :

- avant le 66^{ème} anniversaire de l'assuré ;
- avant la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- en tous les cas au plus tard, à la date à laquelle l'assuré a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'assuré qui se trouve dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller). L'état d'invalidité sera apprécié par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur.

Le paiement par l'assureur des sommes dues au titre de cette garantie met fin à l'adhésion.

10.2. Incapacité de Travail (IT)

10.2.1. Incapacité Temporaire Totale de Travail supérieure à 90 jours

L'assureur prend en charge le paiement des échéances garanties du prêt lorsque **l'assuré est en état d'incapacité temporaire totale de travail** :

- avant le 66^{ème} anniversaire de l'assuré ;
- avant la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- en tous les cas au plus tard, à la date à laquelle l'assuré a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, ou, dans l'impossibilité physique constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel, ou contraint d'observer un repos complet (c'est-à-dire hospitalisation ou obligation de garder la chambre) pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre.

Si l'assuré a la qualité d'assuré social, il doit percevoir des indemnités journalières de la Sécurité Sociale. Dans ces conditions, en cas d'incapacité de travail totale et continue supérieure à 90 jours, l'assureur intervient pour la prise en charge de l'échéance hors assurance telle que prévue au tableau d'amortissement, en appliquant la quotité assurée indiquée sur le bulletin d'adhésion, **Le calcul de la franchise débute le 1er jour de l'arrêt de travail.** Le paiement de l'échéance garantie intervient sous la forme d'indemnités journalières calculées au prorata des jours d'arrêt de travail et selon le rythme de versement des échéances (1/30^{ème} si mensuel, 1/90^{ème} si trimestriel, 1/180^{ème} si semestriel, 1/360^{ème} si annuel).

L'indemnité journalière est versée tant que la consolidation n'est pas fixée médicalement. A défaut de consolidation, elle est versée pendant une période maximum de 1095 jours ou au plus tard jusqu'au 66^{ème} anniversaire ou jusqu'à la liquidation de la retraite si celle-ci intervient avant 66 ans, sauf cas de mise à la retraite pour inaptitude.

La prise en charge cesse de plein droit à la survenance du premier des événements suivants :

- le jour où le crédit a été intégralement remboursé ;
- la reprise même partielle d'une activité par l'assuré et/ou en cas d'interruption du paiement des prestations en espèces par la Sécurité Sociale ;
- la consolidation de l'état de santé de l'assuré ;
- à la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général ;
- en cas de reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique ;
- en cas de rechute due à une affection ayant déjà fait l'objet d'une prise ;
- en charge par l'assureur, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise si la durée de la reprise du travail est inférieure à 2 mois.

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs assurés, le total des indemnités journalières versées pour une même période d'incapacité ne pourra excéder tout ou partie des termes de remboursement ou du montant des intérêts courus en cas de différé d'amortissement.

Il ne peut y avoir cumul entre les prestations Incapacité de Travail et Perte d'Emploi.

10.2.2. Invalidité Permanente Totale

La garantie Invalidité Permanente Totale intervient en relais de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et à la condition que cet état d'invalidité permanente totale intervienne :

- avant le 66^{ème} anniversaire de l'assuré ;
- avant la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- en tous les cas au plus tard, à la date à laquelle l'assuré a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, l'assuré reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité dont le taux est au moins égal à 66 %.

Il est précisé que l'assuré social classé dans le 2^{ème} groupe d'invalides par la Sécurité Sociale ou, s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, reconnu atteint d'une invalidité dont le taux est au moins égal à 66 %, ne sera pas nécessairement reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale au sens du contrat.

Le taux d'invalidité retenu pour l'application de l'assurance résulte, tant en ce qui concerne les non-assurés sociaux que les assurés sociaux, des taux :

- d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale,
- d'incapacité professionnelle.

Ces taux seront évalués par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur.

L'incapacité fonctionnelle sera appréciée et chiffrée en se référant au barème indicatif des incapacités en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur) en appliquant la règle de Balthazard.

L'incapacité professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession et des possibilités restantes d'exercer une profession différente.

Les décisions prises par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'assureur.

Taux de prise en charge :

TIP	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
20	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
30	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
40	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
50	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%
60	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%
70	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%
80	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
90	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
100	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%

TIP: Taux d'Incapacité Professionnelle

10.2.3. Garantie Invalidité Spécifique AERAS

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique est proposée par l'assureur, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente ont été refusées ou ont fait l'objet d'exclusion pour des raisons médicales.

Il ne s'agit pas d'une option, un emprunteur ne peut solliciter directement cette garantie ni la demander lorsqu'il a souhaité une couverture uniquement pour les garanties Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie qui fait l'objet d'une exclusion et/ou d'une surprime.

L'emprunteur bénéficie de la garantie Invalidité Spécifique AERAS lorsque les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé doit être définitif et consolidé ;
- son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le Médecin Conseil de l'assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;
- l'assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle attestée par la production :
 - lorsqu'il est salarié : d'un titre de pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité Sociale selon la définition de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale,
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : un congé de longue maladie,
 - lorsqu'il est non-salarié : d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de sa profession,
- l'état d'invalidité intervient avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de la retraite de l'emprunteur.

L'assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical dans les conditions des articles 12 et 13 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS. En cas de poly-pathologies, le taux d'invalidité fonctionnelle sera déterminé par l'addition des taux des différentes pathologies.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les exclusions de garantie (à l'exception des exclusions de pathologies) et les conditions de cessation de garantie sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité de Travail à l'exception de la date de reconnaissance de l'état d'invalidité qui sera la date de reconnaissance par le Médecin conseil de l'assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus. Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

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

10.3. Perte d'Emploi supérieure à 90 jours

10.3.1. Délai de carence

La garantie Perte d'Emploi n'est acquise qu'à l'issue d'une période de carence de 180 jours décomptée à partir de la date de conclusion de l'adhésion. Tout licenciement notifié durant cette période ne peut donner lieu à indemnisation, même après expiration du délai, quel que soit la durée ou le motif du chômage, la date faisant foi étant celle de l'envoi de la lettre de licenciement.

10.3.2. Nature du risque

L'assuré salarié licencié percevant l'une des allocations chômage prévue aux articles L 5422-1 et suivants du Code du travail, ou d'une indemnité au titre de la GSC ou de l'APPI pour les mandataires sociaux, est susceptible de bénéficier de la garantie Perte d'Emploi définie ci-après, à condition toutefois qu'il justifie d'une activité minimum de 6 mois en continu chez le dernier employeur au moment de la survenance du chômage. Sont également considérées comme périodes de chômage, les périodes donnant lieu à versement par la Sécurité Sociale de prestations en espèces en cas de maladie ou d'accident, entraînant une suspension du versement de l'allocation par le Pôle Emploi.

10.3.3. Montant Indemnisé

Lorsque l'assuré bénéficie de la garantie Perte d'Emploi, l'assureur prend en charge le paiement de 50% des échéances du crédit (hors assurance) les 12 premiers mois, puis 100% des échéances du crédit (hors assurance) les 6 mois suivants telles que prévues au tableau d'amortissement, selon la quotité assurée, sous réserve de la présentation des justificatifs sollicités.

Le règlement intervient sous la forme d'indemnités journalières calculées au prorata des jours de chômage, selon le rythme de versement des échéances (1/30^{ème} en mensuel, 1/90^{ème} si trimestriel, 1/180^{ème} si semestriel, 1/360^{ème} si annuel).

Cette indemnité est versée après une période de franchise de 90 jours pendant 540 jours au maximum pour un même licenciement en cas de chômage continu et total et cesse dans tous les cas en cas d'interruption du versement des allocations d'assurance chômage visées à l'article 10.3.2. ou en cas de reprise partielle ou totale d'une activité professionnelle.

Le calcul du délai de franchise débute à compter du premier jour d'indemnisation par le Pôle Emploi.

Une nouvelle période de perte d'emploi ne peut être indemnisée, qu'après application d'un nouveau délai de franchise, et qu'à l'issue d'une reprise d'activité professionnelle rémunérée d'au moins 180 jours consécutifs sous contrat à durée indéterminée auprès d'un même employeur

depuis la fin de la première période indemnisée. Pendant la durée totale du crédit, la période indemnisée ne pourra excéder 1080 jours d'indemnités journalières quel que soit le nombre de périodes de chômage.

La prise en charge cesse également à la survenance du premier des événements suivants :

- le jour où le crédit a été intégralement remboursé ;
- en cas d'interruption du versement des allocations d'assurance chômage ;
- à la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;

En cas de chômage atteignant plusieurs assurés au titre d'un même crédit, l'indemnité ne pourra excéder le montant de l'échéance (hors assurance).

10.3.4. Révision des dispositions de la garantie

Par ailleurs, en cas de modification des règles actuelles du Pôle Emploi et en fonction de l'évolution des risques, l'assureur se réserve la possibilité de modifier les conditions de souscription et d'indemnisation de la garantie Perte d'Emploi. Dans ce cas, les conditions d'information et de résiliation mentionnées à l'article 18 sont applicables.

11 – LIMITE DES GARANTIES

L'ensemble des prestations que l'assureur peut être amené à verser dans le cadre d'un même crédit, ne peut excéder le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement, ou le montant total du crédit accordé par Creadis.

L'échéance de référence pour le versement des prestations en cas d'incapacité de travail ou de perte d'emploi correspond à l'échéance en cours à la date du sinistre, à savoir à la date du premier jour d'arrêt de travail, ou à la date du licenciement, sauf si une augmentation de l'échéance est intervenue dans les 6 mois précédant le sinistre.

Dans ce cas, l'échéance de référence sera l'échéance en vigueur avant l'augmentation.

Les augmentations d'échéance intervenant après la date du sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées. Dans le cadre de l'option « amortissable 11 mois » ou plus généralement en cas de report d'échéance, aucune indemnité ne sera due par l'assureur au titre du mois pour lequel la 12^{ème} échéance n'est pas prélevée (Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale ou Perte d'Emploi).

12 – ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois, les prestations pour Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale de Travail ne sont versées que pour des périodes d'incapacité constatées médicalement en France.

Le sinistre sera considéré être intervenu au plus tôt au jour de la constatation médicale par l'assureur de l'état de santé de l'assuré sur le sol français, de ce fait, pour l'Incapacité Temporaire Totale de Travail cette date sera le point de départ du délai de franchise.

13 – RISQUES EXCLUS

13.1. Au titre de l'ensemble des garanties

Tous les risques sont garantis à l'exclusion :

- du risque de guerre lorsqu'elle est déclarée par le Parlement dans les formes de l'alinéa 1er de l'article 35 de la Constitution;
- du suicide avant un an d'assurance à compter de la date de conclusion de l'adhésion ;
- des modifications de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes ;
- les conséquences des faits de guerres, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'assuré est condamné en qualité d'auteur ou de complice, ou auxquels il a apporté son soutien. Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion ;
- le sinistre qui survient alors que l'assuré :
 - conduit un véhicule en présentant un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L234-1 du Code de la route et relevant des délits (soit 0,8 g/litre de sang au 01/01/2004)
 - a fait l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- des conséquences d'accidents de navigation aérienne dans le cadre de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, vols sur U.L.M., tentatives de record, sauts effectués avec des parachutes non approuvés au regard de la réglementation européenne, vol sur deltaplanes et parapentes et vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides ;
- des conséquences de l'utilisation de véhicules à moteur à l'occasion de compétition ou de rallye de vitesse ;
- le fait intentionnel (y compris la tentative de suicide) causé ou provoqué par l'assuré.

13.2. Au titre de la garantie Incapacité de Travail (incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente)

Ne donnent pas lieu à garantie :

- les arrêts de travail survenus antérieurement à la date de conclusion de l'adhésion, et toujours en cours au moment de la prise d'effet du contrat ou des garanties ;
- les traitements à but esthétique et leurs conséquences, lorsque les traitements ne sont pas consécutifs à un accident garanti ;
- les cures de toute nature;
- les maladies psychosomatiques, dépression nerveuse, anxiété, spasmophilie, affections psychiatriques, neuropsychiatriques et neuro-psychogènes, les fibromyalgies ;
- les pathologies lombaires ou relatives à l'axe rachidien.

13.3. Au titre de la garantie Perte d'emploi

Sont exclues les périodes de chômage consécutives :

- aux mises en retraite, préretraite ou départs volontaires dans le cadre des contrats de solidarité ;
- aux contrats de travail à durée déterminée (emplois temporaires, intérimaires, saisonniers) ;
- au chômage partiel ;
- au licenciement pour lequel l'assuré était prévenu ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion ;

- au congé de formation prévu dans le cadre d'un licenciement pour lequel l'assuré était prévenu au moment de la date de conclusion de l'adhésion ;
- au licenciement consécutif à une mise en liquidation judiciaire de l'entreprise prononcée avant la date de conclusion de l'adhésion ;
- à une démission même prise en charge par le Pôle Emploi ;
- à la rupture du contrat de travail durant la période d'essai ;
- à toute forme de cessation d'activité pour laquelle l'assuré est dispensé de rechercher un emploi ;
- aux licenciements atteignant le conjoint ou les enfants d'un chef d'entreprise lorsque ce dernier les emploie, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise ;
- la perte d'emploi non indemnisée ou indemnisée partiellement par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé.

14 – OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Pour ne pas perdre son droit aux prestations, l'assuré (ou ses ayants droits) doit fournir toute pièce justificative, répondre à tous questionnaires de l'assureur et se prêter, le cas échéant, à toute expertise ou toute vérification que l'assureur estime nécessaire. Sous réserve de la législation applicable au pays, l'assuré donne mandat à l'assureur en vue d'effectuer toute démarche auprès des autorités compétentes pour l'obtention des justificatifs afférents au sinistre.

Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant.

L'assuré est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques ...). L'assuré a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix. Par ailleurs, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance l'assuré en incapacité de travail devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par la Sécurité Sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le contrôleur pour les autres. L'assuré conserve tout comme l'assureur la faculté d'exercer une action en justice.

15 – ARBITRAGE

Dans le cadre des expertises médicales, en cas de désaccord entre le médecin de l'assureur et l'assuré, les deux parties peuvent choisir un médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise d'arbitrage et supporteront pour moitié les honoraires du troisième médecin.

16 – PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des Assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :

Aux termes de l'article L 114-1 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er, est porté à cinq ans dans les départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle en matière d'assurance sur la vie.

Causes d'interruption de la prescription :

L'interruption de la prescription efface le délai de prescription acquis et fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien.

Aux termes de l'article L 114-2 du Code, « 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé
- tout acte d'exécution forcée
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

La prescription peut être aussi suspendue. La suspension de la prescription en arrête temporairement le cours sans effacer le délai déjà acquis, les causes de suspension étant régies par les articles 2233 à 2239 du Code civil.

17 – GARANTIES EN CAS D'IMPAYES, DE PROROGES ET/OU D'EXIGIBILITE TOTALE DU PRET

17.1. En cas d'échéances impayées ou prorogées, le prêteur peut se substituer à l'assuré défaillant dans le règlement des cotisations. En cas de sinistre, l'assureur prend alors en charge les prestations prévues.

17.2. Si l'assuré ne règle pas une cotisation à son échéance, le prêteur peut l'exclure du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances; cette lettre recommandée ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi.

18 – COTISATIONS

Les cotisations sont payables par l'assuré en même temps que les échéances de son crédit et selon les mêmes modalités.

L'assurance est accordée sous réserve du paiement des cotisations.

La cotisation est fixée en fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion, de l'encours à assurer et de la formule souscrite.

L'assureur détermine un taux de cotisation mensuel TTC en pourcentage du capital initial emprunté.

Le coût de l'assurance est indiqué dans l'offre préalable de crédit ou si l'adhésion est postérieure à l'ouverture du crédit, dans le bulletin d'adhésion à l'assurance ou dans le courrier valant certificat d'adhésion en cas d'adhésion par voie téléphonique.

Le montant de la cotisation est révisable chaque année pour l'ensemble des assurés en fonction de l'évolution globale des risques du portefeuille (sinistralité, équilibre technique du portefeuille, évolution de la législation ou réglementation).

En cas de modification du montant, l'assuré en sera informé au plus tard 3 mois avant la révision.

S'il le souhaite, il pourra alors résilier son contrat selon les modalités prévues à l'article 20.

En cas d'augmentation des taxes en vigueur ou de création d'une nouvelle taxe, l'augmentation ou l'intégration de la nouvelle taxe dans la cotisation peut être immédiatement répercutée par l'assureur sur le montant de la cotisation.

L'éventuelle cessation pour l'assuré des garanties PTIA, IT ou PE ne donne lieu à aucune modification du taux de cotisation qui reste constant pendant toute la durée de l'assurance. La part de la cotisation afférente à ces garanties est affectée, après leur date limite de fin, au seul risque Décès pour compenser l'aggravation de ce risque du fait de l'âge.

19 – REGLEMENTS DES PRESTATIONS

19.1. Formalités de déclarations

La demande doit se faire auprès de Creatis par téléphone, par courrier ou par voie électronique dès connaissance du sinistre. Les pièces suivantes sont à remettre pour la constitution du dossier. L'assuré a la possibilité d'envoyer ces documents, sous pli fermé et confidentiel médical à : Service Médical ACM – Sinistres ADE – 46 rue Jules Méline – 53098 LAVAL CEDEX 09.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs complémentaires.

En cas de décès

- acte de décès de l'assuré,
- formulaire de « Déclaration de décès » indiquant la cause du décès.
- en cas de décès accidentel : tout document précisant l'origine et les circonstances, notamment procès-verbal de police, de gendarmerie, coupure de presse.

Lorsque ces documents sont en langue étrangère, ils devront être traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité

- notification de mise en invalidité émanant de l'organisme social auquel est affilié l'assuré (s'il y a lieu),
- formulaire de déclaration «attestation médicale d'incapacité invalidité» indiquant la nature des affections ayant motivé la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou la mise en invalidité, la date de survenance, la date de leur première constatation médicale, ainsi que le taux de l'invalidité permanente fonctionnelle et professionnelle.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

- 1) formulaire de déclaration «attestation médicale d'incapacité invalidité» indiquant la nature des affections ayant entraîné l'incapacité ainsi que la date de leur première constatation médicale,
 - 2) si l'assuré est assujéti à la Sécurité Sociale : les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale et, sur demande de l'assureur, un certificat médical,
 - 3) si l'assuré n'est pas assujéti à la Sécurité Sociale :
 - une attestation de son employeur précisant les périodes d'incapacité de travail,
 - à défaut, un certificat médical établi par son médecin traitant précisant les périodes d'incapacité,
 - ou tout document émanant d'un organisme obligatoire et portant sur l'incapacité totale.
- Ces documents doivent être renouvelés au moins tous les 60 jours,

En cas de Perte d'Emploi

- formulaire de déclaration « Perte d'Emploi »,
- lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par le Pôle Emploi,
- décomptes d'allocations du Pôle Emploi, ou les décomptes d'allocations versées au titre de la GCS ou de l'APPI pour les mandataires sociaux ;
- attestation des 6 mois d'activité chez le dernier employeur à la date du licenciement,
- la lettre de licenciement.

19.2. Délai de déclaration

L'arrêt de travail, l'invalidité ou la perte d'emploi doivent être déclarés à l'assureur par l'assuré dans les 180 jours suivant sa survenance, accompagné des pièces justificatives énoncées à l'article 19.1. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.

20 – RESILIATION DE L'ASSURANCE PAR L'ASSURE

L'assuré peut résilier son adhésion à tout moment, en adressant à l'organisme prêteur ou à l'assureur une demande, au choix de l'assuré :

- par lettre ou tout autre support durable ;
 - par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
 - par acte extrajudiciaire ;
 - lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.
- L'organisme prêteur ou l'assureur confirme par écrit la réception de la notification.

21 – FRAIS LIÉS À LA COMMERCIALISATION

L'assuré ne peut recevoir aucune indemnité de remboursement liée aux frais de connexion sur le site internet de Creatis, aux coûts des appels téléphoniques, aux frais d'impression des documents contractuels, ni aux frais d'affranchissement pour l'envoi de documents à Creatis.

INFORMATIONS LEGALES

Droit et langue applicables : La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque.

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de la souscription du contrat ou ultérieurement, les Parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

Toute relation avec l'adhérent se fait en langue française, ce que ce dernier accepte expressément.

Autorité de contrôle : L'autorité de contrôle de ACM VIE SA, SERENIS ASSURANCES SA et CREATIS est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Vos données personnelles

• Le traitement de vos données personnelles

Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales.

Cela s'entend par exemple de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de nos obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes susceptibles d'utiliser et d'analyser vos données personnelles en vue de l'établissement de votre profil et de la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Le respect d'obligations légales emporte aussi, le cas échéant, de traiter vos données à des fins de lutte contre l'évasion fiscale ou en vue de la gestion des contrats d'assurance-vie non réclamés.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et des prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention.

Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Vos données peuvent aussi être utilisées pour lutter contre la fraude à l'assurance, laquelle recouvre l'exagération frauduleuse du montant des réclamations. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés.

Les déclarations, informations et tous justificatifs présentés en vue de l'acceptation et de l'établissement du contrat, puis à l'appui des demandes de délivrance de services, de règlement de sinistres ou de prestations, peuvent faire l'objet de vérifications. Ces vérifications sont destinées à vérifier la cohérence des déclarations, des circonstances et des conséquences du sinistre ainsi que la réalité, véracité et intégrité des éléments. Ces vérifications pourront emporter le recours aux autorités, entités ou organismes publics ainsi qu'à tous organismes, tiers ou professionnelles de toutes sortes. Les démarches pourront également emporter recours à des huissiers et des agents de recherche privés.

L'assureur est susceptible de traiter des données rendues publiques par tous supports.

Le cas échéant, si le contrôle devait porter sur des données de santé, il serait opéré dans le respect du cadre protecteur renforcé propre à ce type de données.

Les données collectées seront conservées jusqu'à la prescription de toutes les actions pouvant être exercées. En cas de fraude avérée, l'assureur peut engager des poursuites pénales et inscrire la personne convaincue de fraude sur une liste l'excluant de toute possibilité de contracter avec l'assureur pendant 5 ans.

A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, partenaires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat, de la délivrance et du contrôle des prestations ou de services complémentaires, de l'optimisation de nos services, de la lutte contre la fraude et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation. Elles sont également adressées aux autorités et organismes contribuant à la lutte contre ces phénomènes.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?

Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, ce traitement est opéré par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Ces données font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données sont conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions en découlant directement ou indirectement. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

- **Les droits**

Nature des droits

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

Exercice des droits

Pour l'exercice de vos droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficultés

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Communication d'informations par voie électronique

Si l'assuré a communiqué à son interlocuteur habituel une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, l'assureur utilisera cette adresse pour la poursuite des relations avec l'assuré afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat. L'assuré dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de ses relations avec l'assureur.

Liste d'opposition au démarchage téléphonique : Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En votre qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

Réclamation : En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez lui adresser votre réclamation par écrit.

Vous pouvez également adresser votre réclamation par courrier au :

Responsable des relations consommateurs

ACM VIE SA

4, rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen 67906 Strasbourg Cedex 9.

Il sera accusé réception de votre réclamation dans un délai maximal de dix jours ouvrables. Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

Information relative au règlement en ligne des litiges :

Si votre contrat a été souscrit en ligne, la Commission Européenne a mis en place une plateforme européenne de RLL (Règlement en Ligne des Litiges) facilitant le règlement indépendant par voie extrajudiciaire des litiges en ligne entre consommateurs et professionnels.

Vous pouvez accéder à cette plateforme à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

Médiation :

En l'absence de réponse ou si cette dernière ne vous satisfait pas, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance à l'issue d'un délai de deux mois et dans un délai maximal d'un an à compter de votre première réclamation écrite

Le Médiateur ne pourra examiner votre demande que si aucune action judiciaire n'a été engagée. Après avoir instruit le dossier, il rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties.

Il est possible de saisir la Médiation par voie électronique : La Médiation de l'assurance - Saisir le médiateur (mediation-assurance.org) ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ».