

Code :  Sous-code :      Code stat :   
 Référence Interne :  N° offre

**Personne à assurer**

Monsieur  Madame  Mademoiselle  
 Nom, prénom : **MERCURY LUC** Nom de jeune fille :  
 Date de naissance :  Nationalité : Profession exacte : **Directeur IMPORT EXPORT**  
 Références et date de délivrance du document d'identité présenté :  
 Statut professionnel :  Salarié non cadre  Salarié cadre  Travailleur non salarié  Conjoint collaborateur  
 Fonctionnaire  Sans profession  Intérimaire/intermittent/saisonnier  
 Adresse actuelle : Adresse future :  
 Code postal :      Ville : Code postal :      Ville :  
 Téléphone :         Adresse mail :

**Souscripteur (Si différent de la personne à assurer)**

Monsieur  Madame  Mademoiselle  Société\*  
 Nom, prénom ou raison sociale\* :  
 Adresse :  
 Code postal :      Ville :  
 Statut juridique\* : N° SIREN\* :  
 Nom du correspondant représentant la Société\* : Téléphone :            
 (\*) Ne concerne que les personnes morales : Joindre extrait de KBIS de moins de 3 mois + copie d'une pièce d'identité du signataire de la proposition d'assurance.

**Renseignements concernant le(s) prêt(s)**

Objet du (des) prêt(s) :  
 **Prêt immobilier** :  Résidence principale  Résidence secondaire  Investissement locatif  Prêt relais  
 **Autres** :  Prêt professionnel (locaux, matériel)  Prêt à la consommation  Restructuration de crédit  
 Le prêt objet de l'assurance est-il déjà assuré ?  Oui  Non Si oui, à hauteur de quelle quotité ? %

Prêt n°	Montant initial du prêt	Quotité à garantir (en %)	Durée totale du prêt (différé inclus, en mois)	Différé d'amortissement (en mois) (**)	Taux d'intérêt	Type de taux		Type de Prêt					
						Fixe	Variable	amortissable	in fine (**)	Par paliers	Relais	Autre (à préciser)	
1	43000,00	€ 100	133		2,50	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		€				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		€				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		€				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(\*\*) En cas de prêt in fine ou de prêt amortissable avec différé, y a-t-il remboursement des intérêts pendant la période de différé :  OUI  NON  
 Si NON, veuillez préciser le montant à garantir (capital + intérêts de la période de différé) : €

**Garanties et Options souhaitées \*\*\***

Garanties	Option Extension Poursuite d'Activité	Option Garanties Minorées	Franchise I.T.T.	Option Plus	Chômage
<input type="checkbox"/> a) Décès P.T.I.A.					
<input type="checkbox"/> b) Décès P.T.I.A. + I.P.T.					
<input checked="" type="checkbox"/> c) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T.	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 30 jours (TNS) <input checked="" type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 180 jours (fonctionnaires)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> d) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T. + I.P.P.					

Date d'effet souhaitée :  Date de prélèvement souhaitée :  Le 6 du mois  
 Déblocage des fonds prévu à cette date :  Oui  Non  Le 20 du mois

(\*\*\*) Seules sont accordées à l'Assuré les garanties, options et franchise I.T.T. mentionnées sur les Conditions Particulières

**Bénéficiaire en cas de décès**

Organisme prêteur :  
 N° téléphone :         N° fax :         Nom du correspondant :  
 Autre(s) bénéficiaire(s) à préciser :

**Prime (minimum 10 € par échéance)**
 Variable    Constante

 Périodicité :  Mensuelle    Trimestrielle    Semestrielle    Annuelle    Unique

 Frais de dossier : 20 €   Montant de la première prime : **12,34** €
**Tarifications spécifiques (joindre obligatoirement une copie du projet établi)****Déclaration sur l'honneur (ne pas raturer, ni surcharger)****Date et signature de la personne à assurer****NON FUMEURS**

Je déclare :

- ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date de souscription (60 mois dans le cas où je serais âgé de plus de 80 ans au terme du contrat)
- ne pas avoir cessé de fumer pour raisons médicales

Fait le : 1 7 | 0 9 | 2 0 | 1 5

Signature :

**VLR**

Je déclare :

- être cadre ou fonctionnaire relevant de la catégorie A ou chef d'entreprise (gérant majoritaire ou égalitaire, PDG) ou profession libérale, toujours en activité ou retraité(e)
- ne pas exercer d'activité dangereuse
- ne pas effectuer de déplacements professionnels (hors transports collectifs) de plus de 20 000 kms/an

Fait le : 1 7 | 0 9 | 2 0 | 1 5

Signature :

Je soussigné(e),

• Demande à souscrire au contrat d'Assurance PERENIM.

• Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la note d'information PERENIM (Réf. NIEMP\_PERENIM\_1113) définissant les garanties dudit contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

• En cas de souscription à la garantie Chômage, je déclare être admissible à cette garantie selon les conditions de souscription mentionnées dans la note d'information PERENIM GARANTIE CHOMAGE (Réf. NICH0\_PERENIM\_1113) dont je reconnais avoir reçu un exemplaire.

• **Atteste savoir que toute réticence ou fausse déclaration dans mes réponses est de nature à fausser l'idée du risque à couvrir, et m'expose donc aux sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.**

• Reconnais avoir été informé(e) que je peux demander communication et rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, de tout organisme professionnel concerné et réassureur ; ce droit s'exerce auprès du Service Clients d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex (Loi informatique et libertés 78.17 du 06.01.1978).

Fait à :

Le : 1 7 | 0 9 | 2 0 | 1 5**Le Souscripteur**Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »**La personne à assurer**Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »**Conseil agréé**

Signature

AFI ESCA propose dans le cadre de l'application de la Convention AERAS, des conditions de garantie spécifiques et adaptées pour les personnes souhaitant s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à demander conseil à votre intermédiaire d'assurance ou à consulter la rubrique "AERAS" de notre site internet.

**ATTENTION : N'oubliez pas de compléter le questionnaire de santé et le mandat de prélèvement SEPA.**[www.afi-esca.com](http://www.afi-esca.com)

**AFI ESCA** : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. Entreprise régie par le code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. **Merci d'adresser toute correspondance à : AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.**

**Afi • Esca**

GROUPE BUIRIUS

**MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société AFI ESCA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société AFI ESCA. 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.

De plus, vous acceptez également que le délai de notification préalable soit porté à 7 jours calendaires.

Référence Unique du Mandat :

**Débiteur :**Votre nom : **MERCURY LUC**

Votre adresse :

Code postal :      Ville :

Pays :

**Créancier :**Identifiant Créancier SEPA : **FR14ZZZ006548****AFI ESCA - 4, square Dutilleul****59042 LILLE CEDEX**

Fait à :

Le : 1 7 | 0 9 | 2 0 | 1 5Type de paiement :  Paiement récurrent    Paiement ponctuel**Les coordonnées de votre compte :**

IBAN (Identifiant international)

Code BIC

**Signature :**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**Le(s) Assuré(s)**

	Assuré 1	Assuré 2
Nom / Prénom	Monsieur MERCURY LUC	-
Né(e) le	17/09/1971	-
Fumeur	Non	-
Profession	Directeur IMPORT EXPORT	-
Classe Professionnelle		-
Surprime(s)		

**Le(s) Prêt(s)**

Prêt(s)	Montant	Valeur résiduelle	Durée totale	Taux	Différé	Quotité assuré 1	Quotité assuré 2	Type
1	43 000,00		133 mois	2,50 %		100 %	-	amortissable

**Les Garanties et Options**

Prêt(s)	Assuré 1				Assuré 2			
	Garanties et Options	Total Primes	Taux moyen	TAEA	Garanties et Options	Total Primes	Taux moyen	TAEA
1	DECES - PTIA IPT ITT Option Plus Franchise 90 jours	995,56	0,21 %	0,41 %	-	-	-	-

*Cessation de la garantie PTIA au plus tard au 65ème anniversaire de l'assuré  
Cessation des garanties IPT, ITT au plus tard au 65ème anniversaire de l'assuré, ou au plus tard au 70ème anniversaire avec l'option  
Extension Poursuite d'Activité*

**Récapitulatif des Primes**

**Montant Total de Primes :**

**995,56 €\***

*\*ce montant s'entend hors frais de dossier (20 € par dossier).*

	Assuré 1		Assuré 2	
Type de Primes	variable		-	
Périodicité	mensuelle		-	
Année	Primes	Capital	Primes	Capital
1	12,34	43 000,00	-	-
2	12,43	39 590,10	-	-
3	12,04	36 093,97	-	-
4	11,14	32 509,43	-	-
5	9,88	28 834,24	-	-
6	8,17	25 066,11	-	-
7	6,40	21 202,69	-	-
8	4,70	17 241,57	-	-
9	3,18	13 180,28	-	-
10	1,87	9 016,28	-	-
11	0,81	4 746,99	-	-
12	0,04	369,73	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>995,56</b>			

STAT15VLR2015

**Les Formalités Médicales**

Assuré 1	Assuré 2
questionnaire de santé simplifié	-

**Pour tout renseignement complémentaire,  
contactez votre conseiller :**



- L'option « Plus » permet à l'Assuré de bénéficier du « rachat » des exclusions concernant les affections psychiques et les problèmes de dos (voir articles 12-2 et 12-3 de la Note d'Information). Elle cesse dans les mêmes conditions que les garanties IPT, ITT et IPP.
  - L'option « Garanties Minorées » a pour effet de réduire de moitié les prestations dues par l'Assureur en cas d'IPT, d'ITT ou d'IPP.
  - L'option « Extension Poursuite d'Activités » permet d'allonger la durée des garanties complémentaires (I.P.T., I.T.T., I.P.P.) souscrites, lorsque la date de terme du prêt, précisée à la souscription, est postérieure au 65ème anniversaire de l'Assuré. Lorsque cette option est souscrite, les garanties complémentaires sont maintenues, tant que l'Assuré exerce une activité professionnelle et tant que le prêt est toujours en cours, au plus tard jusqu'au 70ème anniversaire de l'Assuré.
- La **garantie Chômage** intervient en cas de Chômage total, et lorsque l'assuré perçoit une allocation de chômage versée par le Pôle Emploi ou tout organisme assimilé.  
La garantie prend effet après un délai d'attente de 12 mois, l'indemnisation intervenant après une franchise de 90 jours pour une durée maximale de 12 mois par période de chômage et de 24 mois cumulés sur la durée du contrat. La garantie prend fin au jour du 55ème anniversaire de l'assuré.  
Notre prestation chômage est :
- forfaitaire** le montant qui vous sera versé dépend de la quotité assurée ; exemple : 75% de l'échéance mensuelle de prêt (pour un prêt couvert à 100%), plafonné à 1 500 €.
  - indemnitaire** le montant versé, ajouté aux prestations de même nature servies à l'Assuré (Pôle Emploi, etc...) ne peut excéder le salaire net imposable des 12 derniers mois.

Les garanties sont détaillées dans la notice du contrat d'assurance emprunteur qui seule a valeur contractuelle.

Lors de nos échanges, nous avons évoqué les risques liés au non-remboursement total ou partiel de votre prêt, en cas de décès/PTIA, ou en cas de problème de santé vous privant de l'exercice de votre activité :

oui  non

Les garanties proposées, les modalités de paiement des cotisations et leur évolution éventuelle ont également été évoquées :

oui  non

Les exclusions de risque et la possibilité de couvrir certaines activités exclues moyennant une tarification adaptée ont été portées à votre connaissance :

oui  non

#### 4.2 Niveau de couverture

Vous êtes :  emprunteur  co-emprunteur  caution

Vous souhaitez assurer \_\_\_\_\_% du capital emprunté

Compte-tenu de votre situation, vous envisagez de souscrire les garanties suivantes :

- |                                                                                     |                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Décès-PTIA (garantie de base)                   | <input type="checkbox"/> Option Plus                           |
| <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Totale (IPT)                         | <input type="checkbox"/> Option Garanties Minorées             |
| <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale (ITT) – Franchise _____ jours | <input type="checkbox"/> Option Extension Poursuite d'Activité |
| <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Partielle (IPP)                      | <input type="checkbox"/> Garantie Chômage                      |

## 5 - LA SOLUTION D'ASSURANCE PROPOSÉE

Compte tenu des besoins que vous avez exprimés, nous vous proposons de souscrire un contrat d'assurance **PERENIM** proposé par **AFI ESCA**  
Nous vous proposons d'assurer **100** % du capital emprunté avec les garanties suivantes (voir 4.1 ci-dessus)

- |                                                                                      |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Décès-PTIA (garantie de base)                               | <input checked="" type="checkbox"/> Option Plus                |
| <input type="checkbox"/> Décès-PTIA + IPT                                            | <input type="checkbox"/> Garantie Chômage                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Décès-PTIA + IPT + ITT franchise <b>90</b> jours | <input type="checkbox"/> Option Garanties Minorées             |
| <input type="checkbox"/> Décès-PTIA + IPT + ITT franchise jours + IPP                | <input type="checkbox"/> Option Extension Poursuite d'Activité |

## 6 - REMARQUES IMPORTANTES

Aussi précis que soient les informations et les conseils qui vous ont été donnés, il est très important que vous lisiez attentivement la notice de votre contrat d'assurance emprunteur qui vous sera remise au moment de votre souscription.

Cette notice constitue le document juridique contractuel exprimant les droits et obligations de l'assuré et de l'assureur.

Nous attirons votre attention sur les paragraphes de la notice consacrés notamment aux risques exclus, à la durée de votre contrat, aux délais de carence (période durant laquelle l'assuré ne peut pas demander la mise en œuvre de la garantie), de franchise (période durant laquelle le sinistre reste à la charge de l'assuré), aux définitions des garanties, ainsi qu'à leurs motifs et date d'expiration.

# ESTIMATION DU COÛT ASSOCIÉ À LA SOLUTION D'ASSURANCE PROPOSÉE

Pour un prêt de **43000,00** € sur **133** mois au taux d'intérêt de **2.5** % garanti à hauteur **100** % pour une personne âgée de **44** ans et ayant souscrit les garanties suivantes :

- |                                                                                      |  |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Décès-PTIA (garantie de base)                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> Option Plus                |
| <input type="checkbox"/> Décès-PTIA + IPT                                            |  | <input type="checkbox"/> Garantie Chômage                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Décès-PTIA + IPT + ITT franchise <b>90</b> jours |  | <input type="checkbox"/> Option Garanties Minorées             |
| <input type="checkbox"/> Décès-PTIA + IPT + ITT franchise jours + IPP                |  | <input type="checkbox"/> Option Extension Poursuite d'Activité |

La prime **mensuelle** d'assurance est de **12,34** € la première année, soit **0,03** % du capital  
Cette prime est :

- |                                    |                                                     |                                                                                            |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> constante | <input checked="" type="checkbox"/> non constante : | <input type="checkbox"/> dégressive annuellement                                           |
|                                    |                                                     | <input type="checkbox"/> progressive annuellement                                          |
|                                    |                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> variable en fonction de l'âge et du capital restant dû |

Ce tarif est  garanti pendant toute la durée du prêt  révisable  
*sauf en cas d'augmentation des taxes par les pouvoirs publics*

Le contrat est **incontestable** dès la prise d'effet des garanties. Vous n'aurez pas à déclarer les changements dans vos habitudes de vie (profession, pratique sportive, tabac...).

Le coût total de l'assurance emprunteur sur la durée du prêt est aujourd'hui de **1015,56** € incluant le montant des frais annexes liés à l'assurance (frais de dossier,...).

Il s'agit d'un tarif indicatif avant l'examen du dossier et des éléments médicaux par le service Acceptation des Risques de l'assureur et hors cas de surprime. Lorsqu'une personne présente un risque aggravé de santé, les garanties et le tarif doivent être adaptés. Dans ce cas, les dispositions de la convention AERAS, s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé, sont appliquées (cf. [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr))

Ce document, complété et signé préalablement à la souscription d'un contrat PERENIM, est établi en 2 exemplaires, l'un pour le Conseil Agréé, l'autre pour la personne à assurer, chacun devant conserver son exemplaire.

Fiche remise le : **17|09|2015**

Signature de la personne à assurer

Signature et cachet du conseil agréé

# Pérénim

Assurance de prêt

Note d'information



Contrat d'assurance sur la vie



**Afi • Esca**   
GROUPE BURRUS

Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation



# Pérénim

## Assurance de prêt

### ➤ Caractéristiques Principales

Une souscription à titre personnel ou professionnel.

■  
La couverture d'un ou plusieurs prêts.

■  
Une souscription de 18 à 84 ans.

■  
Une couverture décès possible jusqu'à 90 ans.

■  
Quatre garanties complémentaires facultatives :

- Invalidité Permanente Totale.
- Incapacité Temporaire et Totale de travail.
- Invalidité Permanente Partielle.
- Chômage.

■  
Des garanties irrévocables et un tarif garanti (sauf modifications souhaitées par l'assuré).

■  
Des primes calculées en fonction du capital initial ou du capital restant dû (fixes ou variables).

■  
Des prestations forfaitaires et l'exonération du paiement des primes en cas de prise en charge au titre des garanties I.T.T. et I.P.P.

■  
Une fréquence de paiement modulable sans frais.

— Pérénim —  
**Label d'Excellence 2014**  
décerné par la revue "Les Dossiers de l'Épargne"



# Quelques procédures utiles au bon déroulement de la souscription ainsi que des principaux événements de la vie de votre contrat PERENIM

Votre intermédiaire vous a remis les documents nécessaires à l'établissement de votre contrat :

## La proposition d'assurance

Remplissez intégralement votre demande de souscription, sans oublier de la dater et de la signer. N'oubliez pas de compléter, si vous êtes concerné(e), les déclarations spécifiques (non fumeur, VLR,...) et de cocher les garanties choisies. Pensez également à joindre un RIB à votre mandat de prélèvement SEPA dûment rempli et signé, ainsi que votre plan de financement, s'il est déjà en votre possession.

## Les formalités médicales et financières

En fonction de votre situation, votre intermédiaire vous a indiqué les éléments médicaux indispensables à l'étude de votre dossier. En dehors du questionnaire de santé simplifié et du questionnaire médical, les autres examens sont à effectuer auprès du ou des professionnels de votre choix, ou auprès d'un centre agréé.

## Risques aggravés AERAS : "S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé"

Pour toute information, contactez votre intermédiaire. Vous avez également la possibilité de consulter le site internet : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

### Durant la période où vous êtes assuré(e) :

## Remboursement ou modification

En cas de remboursement partiel du prêt ou modification de votre contrat de prêt

Transmettez nous votre nouveau tableau d'amortissement. Nous établirons ainsi un avenant à votre contrat d'assurance afin de prendre en compte ces nouveaux éléments. Une demande d'information médicale pourra vous être demandée en cas de modification du prêt (notamment augmentation de la durée, du capital, ....) ou d'ajout de garanties.

## Renégociation de votre prêt

En cas de renégociation de votre prêt auprès d'un nouvel organisme bancaire, contactez votre intermédiaire d'assurance.

## Modifications de vos coordonnées

Pour toute autre modification (changement de coordonnées bancaires, adresse,...)

Faites part à votre intermédiaire ou à notre Service Clients de toutes les modifications pouvant intervenir durant votre période de garantie.

## En cas de sinistre

Des pièces justificatives devront être transmises au Service Clients de l'Assureur – 4 Square Dutilleul – 59042 Lille Cedex au plus tard **dans un délai de 3 mois** concernant les garanties P.T.I.A, I.P.T, I.T.T, I.P.P.

## Remboursement anticipé

En cas de remboursement anticipé total de votre prêt Transmettez nous l'attestation de remboursement anticipé total de votre prêt, établie par l'organisme prêteur.

## Résiliation de votre contrat

Vous souhaitez procéder à la résiliation de votre contrat et votre prêt est toujours en cours.

Si l'organisme prêteur est bénéficiaire de votre contrat, un accord de leur part est indispensable à toute résiliation. Il vous appartient donc de joindre à votre demande une mainlevée de l'organisme prêteur, nous libérant de nos obligations.

---

Votre intermédiaire d'assurance reste votre interlocuteur privilégié.  
Toutefois, en cas d'indisponibilité, vous avez la possibilité de nous contacter à :  
AFI ESCA – Service Clients – 4, square Dutilleul 59042 Lille Cedex.



### Article 1 Définitions

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

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

**Assuré** : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur.

**Assureur** : AFI ESCA

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

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

**Franchise** : Nombre minimum de jours d'arrêt de travail consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail. Les durées de franchise proposées sont 30, ou 90, ou 180 jours.

Il est cependant précisé que :

- La franchise de 90 jours est ouverte à tous les assurés éligibles à la garantie I.T.T.

- Seuls les assurés ayant à la souscription le statut de Travailleur Non Salaré, et n'ayant pas souscrit l'option "Extension Poursuite d'Activité", peuvent choisir la franchise de 30 jours.

- Seuls les assurés ayant à la souscription le statut de fonctionnaire peuvent choisir la franchise de 180 jours.

**Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) :**

- L'Assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est totalement incapable, suite à un accident ou à une maladie garantie, d'exercer sa profession et qu'il n'exerce aucune autre activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit.

- L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou à une maladie garantie, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles, etc..).

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

**Incapacité Permanente Totale (I.P.T.)** : L'Assuré est considéré en Incapacité Permanente Totale, lorsqu'il présente, suite à un accident ou à une maladie garantie, et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 8.4.

**Incapacité Permanente Partielle (I.P.P.)** : L'Assuré est considéré en Incapacité Permanente Partielle, lorsqu'il présente, suite à un accident ou à une maladie garantie, et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 8.4.

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

**Organisme Prêteur** : Etablissement bancaire ou financier qui a consenti un prêt ou un crédit bail au Souscripteur ou à l'Assuré.

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

**Quotité garantie** : Rapport, exprimé en pourcentage, entre le capital garanti à la souscription, précisé aux Conditions Particulières, et le montant du prêt consenti par l'Organisme Prêteur, au vu des éléments communiqués à la souscription.

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

**Pour les garanties P.T.I.A., I.P.T. et I.P.P., la date de réalisation du risque**

correspond à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P.  
**Souscripteur** : Personne physique ou morale, contractant du prêt ou du crédit-bail, qui accepte les termes du contrat et paie les primes. L'Assuré et le Souscripteur peuvent être la même personne.

### Article 2 Objet de l'Assurance

PERENIM est un contrat individuel d'assurance sur la vie, destiné à la couverture de prêts.

#### 2.1. - Les garanties

Le contrat PERENIM comporte une garantie obligatoire : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Trois garanties complémentaires sont également proposées :

- L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
- L'Incapacité Temporaire et Totale de Travail (I.T.T.),
- L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).

Ces garanties sont définies à l'article 1.

Les combinaisons suivantes sont donc proposées à la souscription :

- (a) Décès - P.T.I.A.
- (b) Décès - P.T.I.A. - I.P.T.
- (c) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T.
- (d) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T. - I.P.P.

#### 2.2. - Les options

A la souscription, il est proposé à l'Assuré ayant souscrit des garanties complémentaires, de choisir une ou plusieurs des 3 options suivantes :

- L'option "PLUS", qui permet de racheter l'exclusion des pathologies de la colonne vertébrale et des affections para-vertébrales et l'exclusion des maladies psychiques, détaillées respectivement aux articles 12.2. et 12.3.

Cette option "PLUS" est réservée aux assurés résidant en France Continentale, en Corse, dans les DROM, et en Principauté de Monaco, pour un cumul de capitaux assurés inférieur ou égal à 500 000 €, et ayant souscrit les formules c) ou d).

- L'option "Garanties Minorées", qui a pour effet de réduire de moitié le montant des prestations dues par l'Assureur en cas d'I.P.T., d'I.T.T. ou d'I.P.P. ; elle est ouverte aux assurés ayant souscrit les formules b), c) ou d).

- L'option "Extension Poursuite d'activité", ouverte aux assurés ayant souscrit les formules b), c) ou d), qui permet d'allonger la durée des garanties complémentaires (I.P.T., I.T.T., I.P.P.) souscrites, lorsque la date de terme du prêt, précisée à la souscription, est postérieure au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré. Lorsque cette option est souscrite, les garanties complémentaires sont maintenues, tant que l'Assuré exerce une activité professionnelle et tant que le prêt est toujours en cours, au plus tard jusqu'au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré. Il est précisé que les options "PLUS" et "Extension Poursuite d'Activité" ne peuvent être souscrites cumulativement.

**Seules sont accordées à l'Assuré les garanties et options mentionnées aux Conditions Particulières.**

Le contrat est constitué :

- des Conditions Générales et des Conditions Particulières adressées par AFI ESCA au Souscripteur, précisant les engagements de chacune des parties et reprenant les éléments figurant sur la proposition d'assurance,
- de la Note d'Information, reprenant les dispositions essentielles des Conditions Générales.

### Article 3 Bénéficiaire des Prestations d'assurance

Sauf précision contraire figurant dans les Conditions Particulières ou dans les avenants postérieurs, les prestations d'assurance sont attribuées de la façon suivante :

**Si le Souscripteur et l'Assuré sont une seule et même personne :**

- En cas de Décès, à l'Organisme Prêteur, à concurrence des sommes restant dues par l'Assuré, le solde éventuel revenant au conjoint, à défaut, aux héritiers

légaux de l'Assuré,

- En cas de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.T.T. ou d'I.P.P., à l'Organisme Prêteur, à concurrence des sommes dues par l'Assuré, le solde éventuel revenant à l'Assuré.

**Si le Souscripteur et l'Assuré sont deux personnes distinctes :**

- En cas de Décès, de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.T.T. ou d'I.P.P., à l'Organisme Prêteur, à concurrence des sommes dues par le Souscripteur, le solde éventuel revenant au Souscripteur.

Compte tenu de l'objet de l'assurance, l'Organisme Prêteur, dès lors qu'il est désigné directement ou indirectement (cession en garantie, mise en gage, nantissement,...) bénéficiaire du contrat, est réputé en avoir accepté le bénéfice.

## Article 4 Admission à l'assurance

Sont assurables dans le cadre du présent contrat l'emprunteur et/ou ses co-emprunteurs personnes physiques, les cautions d'un emprunteur personne physique et les dirigeants, associés ou cautions des personnes morales emprunteuses.

### 4.1. - Âge de l'Assuré et activité professionnelle à la souscription

Pour être admise à la garantie obligatoire en cas de décès, la personne à assurer doit être âgée de moins de 85 ans.

Pour être admise aux garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T., I.P.P., la personne à assurer doit être âgée de moins de 65 ans.

En outre, pour les garanties I.T.T. et I.P.P., elle doit exercer une activité professionnelle rémunérée, ou collaborer effectivement et régulièrement à l'activité de son conjoint artisan, commerçant, ou profession libérale, et pouvoir dans ce cas justifier du statut de conjoint collaborateur par tout document officiel tel que KBIS ou extrait d'Assemblée Générale.

Les personnes bénéficiant d'une suspension d'activité pour congé maternité, congé parental, congé formation, congé sabbatique ou pour création d'entreprise pourront également souscrire ces garanties, à condition que la reprise d'activité intervienne dans les 6 mois suivant la date où a pris fin le congé. Dans le cas contraire, ces garanties seront résiliées à effet de la date de fin du congé et les primes correspondantes, remboursées au Souscripteur, sur demande de celui-ci.

### 4.2. - Modalités de souscription

Après avoir reçu et pris connaissance de la Note d'Information, le Souscripteur remplit et signe la Proposition d'Assurance, et joint à celle-ci :

- le tableau d'amortissement du prêt ou un justificatif reprenant les caractéristiques précises du prêt,
- le règlement de la première prime à l'ordre de l'Assureur ou le mandat de prélèvement accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal d'un compte ouvert à son nom.

La personne à assurer, si elle est différente du Souscripteur, signe également la proposition d'assurance.

### 4.3. - Déclaration et Acceptation du risque

La personne à assurer est tenue de répondre à des questions relatives à sa situation personnelle (activité professionnelle, sports pratiqués, séjours à l'étranger, etc...), et de se soumettre à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de la souscription.

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

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

Si l'Assureur accepte le risque, il établit et envoie au Souscripteur des Conditions Particulières précisant les garanties et options accordées, la franchise applicable à la garantie I.T.T., le montant du capital assuré à la souscription et à chaque date anniversaire du contrat, la date d'effet et le terme du contrat, les caractéristiques du prêt et la quotité garantie, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation, ainsi que les bénéficiaires désignés.

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

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

**L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification de son état de santé, constatée entre la date de signature du questionnaire de santé et la date de prise d'effet des garanties, susceptible de modifier les réponses apportées au questionnaire de santé. A défaut, il s'expose à l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.**

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée aux Conditions

**Particulières ne sera pas pris en charge** (sauf application éventuelle de la garantie "couverture accidentelle immédiate" décrite à l'article 7).

L'ensemble des déclarations effectuées par le Souscripteur et l'Assuré servent de base au contrat, elles permettent à l'Assureur d'évaluer le risque à couvrir, et de fixer en conséquence les conditions de garantie et la prime adaptée.

Le contrat est incontestable dès son entrée en vigueur, ce qui dispense l'Assuré de déclarer toute modification relative à son activité professionnelle et à ses habitudes de vie (tabac, activités sportives, séjours à l'étranger), sauf dans le but de bénéficier d'un éventuel rachat d'exclusion (voir article 12.2.).

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

### 4.4. - Conditions de résidence de l'Assuré

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en France continentale, en Corse, dans les Départements ou Régions d'Outre Mer (Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion), ou en Principauté de Monaco.

Les personnes résidant dans les Collectivités d'outre-mer (Polynésie Française, Saint Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna), en Nouvelle Calédonie, en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, au Luxembourg, aux Pays Bas, au Portugal et en Suisse, peuvent être assurées en Décès-P.T.I.A. sous réserve que le prêt à garantir soit :

- souscrit auprès d'un Organisme Prêteur situé en France (y compris Corse et DROM),
- libellé en euros,
- rédigé en français.

L'Assureur se réserve néanmoins la possibilité d'accepter la souscription de personnes ne remplissant pas les conditions détaillées ci-dessus, ou la couverture de prêts en devises (francs suisses et francs pacifiques) après étude spécifique, et dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions Particulières.

### 4.5. - Conditions relatives à l'Organisme Prêteur

Pour un prêt contracté auprès d'un organisme situé hors de France, les garanties ne seront accordées, que si les 3 conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- l'Organisme Prêteur est situé dans l'Union Européenne ou en Suisse,
- le prêt est libellé en euros,
- le prêt est rédigé en français.

L'Assureur se réserve néanmoins la possibilité d'accepter de garantir des prêts en devises (francs suisses et francs pacifiques) après étude spécifique, et dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions Particulières.

## Article 5 Régularisation des Conditions Particulières

Les différentes parties doivent régulariser l'exemplaire des Conditions Particulières destiné à la société d'Assurance. **Cependant, cette régularisation ne conditionne ni la validité du contrat, ni la prise d'effet des garanties.**

Le défaut de signature des Conditions Particulières par le Souscripteur et/ou l'Assuré ne pourra être opposé à l'Assureur, en cas de litige sur les garanties accordées, leur montant ou leur limitation, si l'Assureur a satisfait aux exigences posées à l'article 4-3.

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

Le contrat est considéré comme conclu :

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

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

La date de conclusion du contrat constitue le point de départ du délai de renonciation (voir article 21).

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif,
  - de l'encaissement effectif de la première prime,
- les garanties prennent effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, et au plus tôt à la date de prise d'un engagement du Souscripteur vis-à-vis de l'Organisme Prêteur, matérialisé par la signature de l'acte de prêt.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la date d'effet des garanties, mais alors que les fonds n'ont pas encore, ou n'ont été que partiellement débloqués, l'Assureur verse à l'Organisme Prêteur bénéficiaire, un montant équivalent à la quotité assurée des fonds éventuellement débloqués et le surplus aux bénéficiaires de second rang.

**Toutefois, aucune prestation ne sera due par l'Assureur, en cas de sinistre survenant plus de 12 mois après la prise d'effet des garanties, si, à la date du sinistre, aucun déblocage de fonds n'est intervenu. Le contrat sera alors résilié, et il sera procédé au remboursement des primes versées depuis le 1<sup>er</sup> anniversaire de la date de prise d'effet des garanties.**

**En cas de refus du prêt par l'Organisme Prêteur ou d'abandon de l'opération de prêt par le Souscripteur, les sommes perçues depuis la souscription seront remboursées sous déduction d'une indemnité de 50 euros et des frais de sélection médicale, et le contrat sera réputé n'avoir jamais pris effet.**

Le contrat est conclu pour toute la durée indiquée aux Conditions Particulières ou au dernier avenant et cesse dans les conditions prévues à l'article 11.

AFI ESCA prendra en charge un décalage d'amortissement lié à un report de signature du prêt ou à un déblocage tardif, sous réserve que la durée du prêt n'excède pas celle du contrat d'assurance, et que la date de terme du prêt ne soit pas postérieure de plus de 6 mois à celle du contrat d'assurance, mentionnée aux Conditions Particulières.

Dans tous les autres cas, un avenant devra être établi pour ajuster la durée du contrat à celle du prêt et les primes correspondantes.

## Article 7 Couverture accidentelle immédiate

Pendant la période d'accomplissement des formalités de souscription, et sous réserve que l'offre de prêt ait été acceptée et que le Souscripteur ait payé à l'Assureur la première prime (ou lui ait communiqué l'ensemble des pièces nécessaires au prélèvement automatique), l'Assuré est garanti contre le risque Décès par accident pour le montant du capital assuré, **dans la limite de 150 000 (cent cinquante mille) euros.**

Cette garantie prend effet à la date de signature de la proposition d'assurance, et cesse à la première des dates suivantes :

- soit à la date où le contrat est réputé conclu, telle que définie à l'article 6,
- soit à la date de réception par l'Assuré du courrier recommandé de l'Assureur notifiant le refus de toute garantie,
- soit à l'expiration d'un délai de 60 jours calendaires.

**NB : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des accidents.**

## Article 8 Prestations

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même prêt, le total des garanties cumulées peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur. En revanche, **le total des prestations servies par l'Assureur au titre d'un même prêt pour l'ensemble des assurés ne peut en aucun cas excéder ce montant.**

Le montant des prestations dues par l'Assureur est calculé sur la base des caractéristiques du prêt fournies à la souscription et reprises dans les Conditions Particulières ou dans le dernier avenant.

En cas de règlement en capital (Décès, P.T.I.A., I.P.T.), **le capital versé ne peut excéder le montant du capital assuré à la date anniversaire du contrat précédant la date de réalisation du risque, tel qu'indiqué dans le tableau intégré aux Conditions Particulières ou dans le dernier avenant.**

### 8.1. - En cas de Décès

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date du décès de l'Assuré, en multipliant par la quotité assurée :

- le capital restant dû sur le prêt ou,
- la somme des loyers hors taxes restant dus au titre du contrat de crédit-bail, majorée de la valeur résiduelle du bien, si cela a été prévu à la souscription.

### 8.2. - En cas de P.T.I.A. et d'I.P.T.

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A. ou d'I.P.T., en multipliant par la quotité assurée :

- le capital restant dû sur le prêt ou,
- la somme des loyers hors taxes restant dus au titre du contrat de crédit-bail, majorée de la valeur résiduelle du bien, si cela a été prévu à la souscription.

**Si l'option "Garanties Minorées" a été retenue, l'Assureur ne règlera, en cas d'I.P.T., que 50% du montant résultant du calcul détaillé ci-dessus.**

### 8.3. - En cas d'I.T.T. et d'I.P.P.

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur pour un même Assuré est fixé à 1 300 000 €, représentant l'assiette maximale servant de base de

calcul aux prestations au titre des garanties I.T.T. et I.P.P. **En cas de dépassement, les prestations seront donc diminuées au prorata.**

Pour pouvoir demander le bénéfice de ces garanties, l'Assuré caution devra justifier avoir participé au remboursement des échéances du prêt depuis au moins 6 mois à la date du premier jour d'interruption d'activité, suite à la défaillance de l'Emprunteur principal.

Les primes relatives aux garanties couvertes par le contrat ne sont plus dues pendant toute la durée de la prise en charge.

**Les prestations sont calculées en tenant compte de la quotité assurée. Elles subissent une réduction supplémentaire de 50% si l'option "Garanties Minorées" a été souscrite.**

### **Mise en oeuvre de la garantie I.T.T.**

L'Assureur prend en charge, après expiration de la période de franchise indiquée dans les Conditions Particulières ou dans le dernier avenant, et pendant toute la durée de l'Incapacité Temporaire Totale ininterrompue de l'Assuré :

- pour les prêts amortissables : les mensualités de prêt (capital et intérêts),
- pour les contrats de Crédit-Bail : les échéances de loyers hors-taxes,
- pour les crédits in fine : les intérêts échus.

L'intervention de l'Assureur se limite aux mensualités de prêt ou aux loyers venant à échéance pendant la durée de prise en charge.

Les prestations cessent immédiatement en cas de :

- reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle, y compris de surveillance ou de direction,
- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.P.P.

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

Néanmoins, en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prescrit par le Médecin traitant de l'Assuré, et sauf si l'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'I.P.P., l'Assureur poursuivra la prise en charge des mensualités à hauteur de 30%\* de la quotité garantie, pendant toute la durée du mi-temps thérapeutique, dans la limite de 4 mois, sous réserve de production par l'Assuré des justificatifs correspondants.

\*15% si l'option "Garanties Minorées" a été souscrite.

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

La franchise ne sera pas appliquée non plus dans le cas où la garantie I.T.T. serait mise en oeuvre à la suite d'une prise en charge au titre de l'I.P.P.

### **Mise en oeuvre de la garantie I.P.P.**

L'Assureur verse, à compter de la date de consolidation de l'I.P.P., et pendant toute la durée de l'invalidité, 50% du montant des prestations qui seraient dues dans le cadre de la garantie I.T.T.

L'intervention de l'Assureur se limite aux mensualités de prêt ou aux loyers venant à échéance pendant la durée de prise en charge.

Les prestations cessent immédiatement en cas de :

- reprise par l'Assuré d'une activité professionnelle à temps plein, y compris de surveillance ou de direction,
- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.T.T.

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

### **8.4. - Définition du taux contractuel d'invalidité**

Le taux contractuel d'invalidité qui détermine le droit à la prestation est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Ces taux sont appréciés par le Médecin Conseil de l'Assureur ou par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'Assureur, conformément au tableau ci-après.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie. Il est évalué d'après le barème de droit commun publié par le Concours Médical.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des possibilités restantes d'exercice de cette profession et des possibilités de reclassement et d'exercice d'une autre activité professionnelle quelconque susceptible de procurer gain ou profit à l'Assuré.

S'agissant d'un Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, le taux d'incapacité professionnelle sera apprécié en tenant compte principalement des occupations habituelles de l'Assuré avant la maladie ou l'accident, de ses possibilités de reclassement et de son aptitude définitive à exercer une profession.

Le tableau figurant ci-dessous indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

Barème du Taux contractuel d'invalidité									
IF \ IP	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%				29%	33%	36%	40%	43%	46%
20%			32%	37%	42%	46%	50%	55%	58%
30%		30%	36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40%	25%	33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50%	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60%	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70%	30%	40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80%	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

IF = Taux d'incapacité fonctionnelle  
IP = Taux d'incapacité professionnelle

## Article 9 Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont assurées dans le monde entier, pour autant, en ce qui concerne les garanties I.P.T., I.T.T. et I.P.P., que l'Assuré réside en France continentale, en Corse dans les Départements ou Régions d'Outre Mer (Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion), ou en Principauté de Monaco.

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

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

L'état de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.T.T. ou d'I.P.P. doit obligatoirement être constaté médicalement en France métropolitaine, sauf pour les assurés résidant en Corse, à Monaco, dans les Départements et Régions d'outre-mer, dans les Collectivités d'outre-mer et en Nouvelle Calédonie, pour lesquels cet état pourra être constaté par une autorité médicale compétente locale.

## Article 10 Modification des garanties

Le Souscripteur peut demander, à tout moment, une augmentation ou une diminution des garanties, sous réserve du respect des combinaisons (a), (b), (c) et (d) proposées à la souscription.

L'accord écrit de l'Organisme Prêteur est indispensable s'il est désigné, de façon directe ou indirecte (cas d'une cession en garantie, mise en gage, convention séquestre, nantissement,...) bénéficiaire du contrat.

Cependant, la transmission de documents émanant de l'Organisme Prêteur et faisant état de modifications affectant le prêt sera considérée comme un accord du prêteur sur les modifications à effectuer en conséquence sur le contrat.

L'accord de l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur, l'est également, en cas d'augmentation de garantie.

Avant d'accorder toute augmentation de garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander les informations prévues à l'article 4.3.

**Le Souscripteur s'engage à adresser, dans les 2 mois suivant la date de déblocage des fonds, le tableau d'amortissement définitif à l'Assureur** afin que ce dernier puisse, le cas échéant, ajuster ses garanties, et rembourser l'éventuel trop-perçu de primes.

**Le Souscripteur est tenu de déclarer à l'Assureur toute modification relative au contrat le liant à l'Organisme Prêteur** (renégociation, remboursement anticipé, allongement de la durée,...) **dans un délai de 2 mois à compter de la date d'effet de cette modification**, afin que l'Assureur procède soit à la résiliation, soit à la modification du contrat, et au remboursement éventuel des primes versées à tort.

A cet effet, le Souscripteur adresse à l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement ainsi qu'une attestation de l'Organisme Prêteur.

**Au delà du délai de 2 mois**, qu'il s'agisse de la transmission du tableau d'amortissement définitif, de la modification des caractéristiques du prêt ou du remboursement total du prêt, **la date prise en compte pour le calcul du trop-perçu de prime sera la date à laquelle l'Assureur aura reçu l'information**. En cas de réalisation d'un risque garanti, les modifications qui n'auront pas été déclarées à l'assureur, ne lui seront pas opposables si elles entraînaient pour l'Assureur un engagement supplémentaire, et ne pourront donner lieu

**à aucun remboursement de primes si l'engagement de l'Assureur était diminué**. Dans tous les cas, **et sous réserve du paiement effectif de la prime y afférente**, un avenant prenant acte des modifications sera établi à effet :

- soit de la date d'effet du contrat en cas de transmission du tableau d'amortissement définitif dans le délai de 2 mois suivant le déblocage des fonds,

- soit de la date d'effet de la modification du contrat de prêt déclarée dans le délai imparti,

- soit de la date de réception de l'information par l'Assureur, en cas de déclaration au-delà du délai de 2 mois.

**La régularisation de l'avenant ne conditionne pas la prise d'effet des modifications.**

## Article 11 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- le jour où cesse l'obligation de remboursement,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite personne morale,
- à la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prononcée par le prêteur,
- à la date du remboursement anticipé total du prêt,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :

- . pour la garantie Décès, au 90<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré,
- . pour la garantie P.T.I.A., au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré,

- . pour les garanties I.P.T., I.P.P. et I.T.T., au jour de la cessation d'activité professionnelle, au départ en retraite, à la mise en retraite / préretraite (sauf pour raisons médicales), et, au plus tard, au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré (ou au plus tard, au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré si l'option "Extension Poursuite d'Activité" a été souscrite).

- en cas de cessation du paiement des primes conformément aux dispositions du Code des Assurances,

- le jour où le contrat est résilié,

- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article L 113-8 du Code des Assurances),

- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès, P.T.I.A. ou d'I.P.T.

Néanmoins, si le contrat a été souscrit avec l'option "Garanties minorées", le versement du capital dû par l'Assureur en cas d'I.P.T. ne mettra pas fin au contrat, qui restera en vigueur pour la seule garantie Décès-P.T.I.A. à hauteur de 50% du capital garanti avant le règlement de la prestation relative à l'I.P.T. ; un avenant sera établi faisant état de cette modification.

## Article 12 Exclusions

### 12.1. - Exclusions communes à toutes les garanties

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

- **suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance**. Toutefois, dans le cas d'un prêt destiné à financer l'achat du logement principal de l'Assuré, le risque de suicide sera couvert dès la souscription dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R 132-5 du Code des Assurances),

- **fait volontaire du Bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie**,

- **accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide, ou à l'occasion de vols d'essai, vols sur prototypes, compétitions, démonstrations acrobatiques, tentatives de records**,

- **guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute**, sous réserve de la législation française particulière à intervenir sur l'assurance vie en temps de guerre,

- **participation de l'Assuré à tout mouvement populaire, rixe, crime, délit, acte de terrorisme, sauf cas de légitime défense**,

- **effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations, d'irradiations quand ils proviennent de la modification de structure du noyau de l'atome**,

- **affections ou accidents médicalement constatés à une date antérieure à celle de la prise d'effet des garanties**. Toutefois, les suites et conséquences des affections et accidents déclarés à l'Assureur sont garanties, **sauf si elles font l'objet d'une exclusion de garantie figurant dans les Conditions Générales ou Particulières**,

- **accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(e), sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé à l'article R 234-1-I-2° du Code de la Route**,

- **usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites**.

**12.2. - Exclusions concernant les garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T. et I.P.P.**

Outre les exclusions mentionnées à l'article 12.1, les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T. et I.P.P. :

**Exclusions "rachetables" :**

Les risques énumérés ci-après sont susceptibles d'être couverts, à tout moment, sur demande du Souscripteur, moyennant tarification adaptée, dans les conditions prévues aux Conditions Particulières ou dans l'avenant correspondant.

• **pratique des sports suivants :**

- vols sur ailes volantes ou ULM, deltaplane, parapente,
- parachutisme, canyoning, rafting, spéléologie,
- sports de combat,
- ski acrobatique, bobsleigh, ski hors piste pratiqué sur itinéraire inaccessible par les remontées mécaniques,
- alpinisme, escalade et trekking en montagne au-delà de 5 000 m,
- plongée sous-marine à plus de 20 m de profondeur.

La garantie est acquise lorsque les sports ci-dessus sont pratiqués dans le cadre d'une initiation avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires.

- **pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat rémunéré,**
- **compétitions sportives (y compris les entraînements/essais qui précèdent) nécessitant l'utilisation d'animaux, de véhicules (avec ou sans moteur) ou d'embarcations motorisées.**

**Exclusions "non rachetables" :**

Les risques énumérés ci-après ne peuvent en aucun cas être couverts.

- **Saut à l'élastique et base jump.**

- **Accidents, maladies, invalidités et infirmités :**

- **résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,**
- **résultant de traitements esthétiques,** sauf chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti.
- **Conséquences d'une tentative de suicide.**

- **Toutes pathologies de la colonne vertébrale ainsi que les affections para-vertébrales, leurs suites et conséquences,** sauf si la pathologie en question a une origine tumorale ou accidentelle constatée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, ou a entraîné une hospitalisation d'une durée supérieure à 7 jours continus en milieu spécialisé dans les 3 mois suivant le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail, ou a nécessité une intervention chirurgicale.

**Cette exclusion ne s'applique pas aux risques P.T.I.A., I.P.T., I.T.T. et I.P.P. si l'option PLUS a été souscrite.**

**12.3. - Exclusions spécifiques aux garanties I.T.T. et I.P.P.**

Outre les exclusions mentionnées aux articles 12.1. et 12.2, les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties I.T.T. et I.P.P. :

- Cures thermales ou de désintoxication,

- Fibromyalgies et fatigues chroniques,

- Les maladies psychiques dont les syndromes de type anxio-dépressif, névrotique, psychotique, neuropsychique ou neuropsychiatrique, ainsi que leurs suites et conséquences sauf en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique d'une durée supérieure à 15 jours continus.

En ce qui concerne la garantie I.T.T., si l'hospitalisation d'une durée supérieure à 15 jours continus intervient dans les 3 mois suivant le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail, la prise en charge débutera à l'expiration de la franchise ; si l'assuré est hospitalisé pour une durée supérieure à 15 jours continus après l'expiration de la franchise, la prise en charge commencera rétroactivement au 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation. En ce qui concerne la garantie I.P.P., la prise en charge débutera le 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation, à condition que celle-ci soit postérieure à la constatation médicale de l'état d'I.P.P., et que sa durée soit supérieure à 15 jours continus.

**Cette exclusion ne s'applique pas si l'option PLUS a été souscrite.**

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

 **Article 13 Formalités**

Les sommes dues au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) sont payables dans les 30 jours après la remise au Service Clients de l'Assureur - 4 Square Dutilleul - 59042 Lille Cedex, dans les délais requis, des pièces justificatives énumérées ci-après.

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

**13.1. - En cas de Décès**

Le Bénéficiaire ou les ayants-droit de l'Assuré doivent transmettre au Médecin Conseil de l'Assureur dès qu'ils ont connaissance du Décès de l'Assuré :

- une copie intégrale de l'acte de Décès de l'Assuré,
- le formulaire de déclaration "Décès" fourni par l'Assureur, complété et

signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,

- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,

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

- le tableau d'amortissement au jour du décès avec une attestation de l'organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) prêt(s). L'Assuré reconnaît à l'Assureur le droit de subordonner le paiement des prestations contractuellement prévues à la remise de l'ensemble des pièces requises, par toute personne s'en prévalant (Bénéficiaire ou ayants droit).

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

**13.2. - En cas de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P.**

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

- le formulaire de déclaration "Invalidité" fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,

- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale, ou par le régime équivalent, pour les assurés non assujettis à la Sécurité Sociale,

- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,

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

- le tableau d'amortissement et une attestation de l'organisme prêteur précisant :  
 . la valeur du capital restant dû sur le(s) prêt(s) à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A. ou d'I.P.T.,

. le montant de l'échéance du (des) prêt(s) à la date de consolidation de l'I.P.P.  
 Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur l'état d'invalidité de l'Assuré, la reconnaissance de cet état par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur.

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

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

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

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

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

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

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

- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,

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

- le tableau d'amortissement actualisé et définitif indiquant le montant de l'échéance du (des) prêt(s) à la date de l'arrêt de travail,

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

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

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

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

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

 **Article 15 Calcul des primes****15.1. - Tarification**

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

Elle tient compte notamment :

- des garanties et options souscrites,
- de l'âge atteint par l'Assuré, calculé par différence de millésimes,
- du montant du capital restant dû à l'Organisme Prêteur multiplié par la quotité assurée, tel que précisé aux Conditions Particulières et aux avenants éventuels successifs qui y sont attachés,
- le cas échéant, du capital initial emprunté, du montant total des loyers et de la valeur résiduelle Hors Taxes prévue au contrat de crédit-bail.

## 15.2. - Montant et fractionnement des primes

Le Souscripteur a le choix entre des primes :

- variables : dont le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du capital restant dû,
- constantes : dont le montant restera fixe pendant toute la durée du contrat.

Le choix de la prime constante est réservé aux prêts amortissables, à mensualités constantes, avec éventuellement un différé d'amortissement maximum de 24 mois, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts par paliers.

Le choix, effectué à la souscription, est irrévocable jusqu'au terme du contrat. Les primes peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. Le fractionnement ne donne lieu à aucun frais supplémentaire.

## Article 16 Frais divers

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

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

## Article 17 Défaut de paiement

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

L'Organisme Prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la prime.

## Article 18 Résiliation

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

L'accord préalable de l'Organisme Prêteur est nécessaire s'il est bénéficiaire du contrat, ou s'il bénéficie d'une cession en garantie (mise en gage, nantissement, convention séquestre,...) faisant l'objet d'un avenant au contrat, ou dûment notifiée à l'Assureur.

## Article 19 Langue – Loi applicable – Médiation – Autorité de contrôle

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

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

Toute réclamation concernant le contrat doit être envoyée au Service Clients de l'Assureur - 4 Square Dutilleul - 59042 Lille Cedex

En cas de désaccord et si toutes les voies de recours amiable ont été épuisées, l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance peut être sollicité. Les conditions d'accès à ce Médiateur sont disponibles sur simple demande auprès de l'Assureur.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

## Article 20 Information du Souscripteur

Afin de vérifier que ses garanties sont toujours adaptées aux caractéristiques

du financement accordé par l'Organisme Prêteur, le Souscripteur peut, à tout moment, obtenir auprès de l'Assureur, une information qui indiquera notamment le montant du capital assuré et la nouvelle prime annuelle y afférents.

## Article 21 Faculté de renonciation

Sous réserve de l'accord du prêteur, si ce dernier est désigné -directement ou indirectement- bénéficiaire, le Souscripteur peut renoncer au contrat et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent la date de conclusion du contrat, telle que définie à l'article 6, il adresse au Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Messieurs,

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

## Article 22 Arbitrage

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

En cas de contestation, le litige est soumis à un contre-expert désigné par l'Assuré qui supporte les frais de cette expertise.

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

## Article 23 Prescription

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

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

1°/ En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2°/ En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Cette durée est portée à 10 ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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

## Article 24 Informatique et Libertés

Le Souscripteur et l'Assuré ont reconnu être informés que les réponses aux questions qui leur étaient posées, feraient l'objet d'un traitement informatique. Ces données sont destinées à AFI ESCA, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi qu'aux organismes dont l'intervention est indispensable pour l'enregistrement de la demande de souscription et la gestion du contrat, ainsi que, le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, le Souscripteur et l'Assuré bénéficient d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations les concernant, qu'ils peuvent exercer en s'adressant au Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données.

## Article 25 Impôts et taxes

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



# Pérénim

## Assurance de prêt



### Conditions d'éligibilité aux garanties

Ce tableau est fourni à titre informatif.

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées aux Conditions Particulières

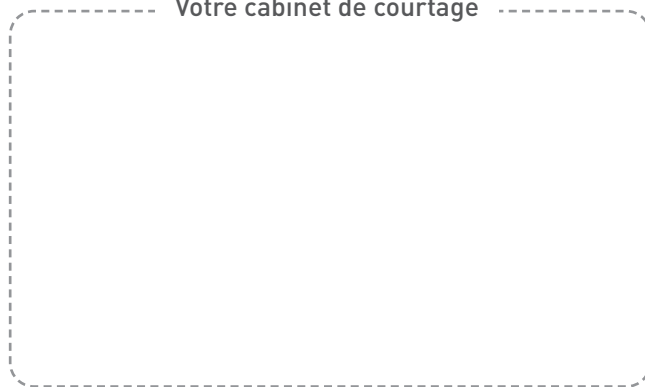
GARANTIES		DÉCÈS	PTIA	IPT	IPT PLUS	ITT	ITT PLUS	IPP	IPP PLUS	PERTE D'EMPLOI	
CONDITIONS											
Age de l'assuré	À la souscription	de 18 à 84 ans	de 18 à 64 ans							de 18 à 49 ans	
	Cessation des garanties	90 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré	65 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré	65 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré* * 70 <sup>ème</sup> anniversaire si option « Extension Poursuite d'activité »						55 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré	
Limites d'engagement (tous prêts confondus)		10 000 000 € si l'assuré a moins de 76 ans 1 000 000 € si l'assuré a 76 ans ou plus			500 000 €	Garantie plafonnée à 1 300 000 €	500 000 €	Garantie plafonnée à 1 300 000 €	500 000 €	Garantie plafonnée à 150 000 €	
Caractéristiques du prêt	Organisme prêteur	En France	✓								
		À l'étranger	L'organisme prêteur doit être situé dans l'Union Européenne ou en Suisse et le prêt doit être rédigé en français et libellé en Euros								
Caractéristiques du prêt	Devises	Euros	✓								
		Francs Suisses ou Francs Pacifiques	Sur étude								
Lieu de résidence de l'assuré	France continentale, Corse, Départements ou Régions d'Outre Mer (1) et Principauté de Monaco	✓									
	Collectivités d'Outre Mer (2) et Nouvelle Calédonie	✓	✓	Sur étude							
	Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Suisse	✓	✓	Sur étude							
	Autres pays	Sur étude									

(1) Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion

(2) Polynésie Française, Saint Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna



Votre cabinet de courtage



# Questionnaire de santé simplifié

**à compléter, dater, signer et renvoyer au moyen de l'enveloppe ci-jointe.**

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude de votre dossier, qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par AFI ESCA, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite "Informatique et Libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 LILLE Cedex, à l'attention du "Médecin Conseil" sans oublier de préciser vos nom, prénom et date de naissance.

## Merci d'indiquer ci-dessous les coordonnées de votre courtier en assurances

Code Courtier :  Sous code :  Nom du Cabinet d'Assurances :  
 Adresse :  
 Code Postal :  Ville :

## Personne à assurer

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Possédez-vous des contrats chez AFI ESCA ?  OUI  NON  
 Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

## Activité professionnelle

Profession actuelle : \_\_\_\_\_  
 Description exacte de l'activité : \_\_\_\_\_  
 Nécessite-t-elle un travail manuel ?  OUI  NON  
 Nécessite-t-elle un travail en hauteur  $\geq$  à 20 mètres ?  OUI  NON  
 Vous expose-t-elle à des risques particuliers ?  OUI  NON  
 Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
 L'exercez-vous ?  En CDI  En CDD  En tant que saisonnier  En tant qu'intermittent  
 A l'étranger – Pays concerné : \_\_\_\_\_

N.B.: voir questionnaires professionnels disponibles auprès de votre courtier

## Santé

RÉPONDRE PAR  
OUI OU PAR NON

TAILLE :  CM POIDS :  KG

- |                                                                                                                                                                                                                             | RÉPONDRE PAR<br>OUI OU PAR NON |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?                                                                                                                             | <input type="text"/>           |
| 2. Suivez-vous actuellement un traitement médical ?                                                                                                                                                                         | <input type="text"/>           |
| 3. Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sur prescription médicale, pour raison de santé ?                                                                    | <input type="text"/>           |
| 4. Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années ?                                                                                                                    | <input type="text"/>           |
| 5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi une intervention chirurgicale (sauf appendicite, amygdales, végétations, césarienne, chirurgie dentaire) ou avez-vous été hospitalisé plus de 24 H (sauf accouchement) ? | <input type="text"/>           |
| 6. Avez-vous subi un test de dépistage pour les sérologies de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif ?                            | <input type="text"/>           |
| 7. Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?                                                                                                                                                        | <input type="text"/>           |
| 8. Avez-vous été victime d'accident(s) ayant entraîné des séquelles ?                                                                                                                                                       | <input type="text"/>           |
| 9. Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?                                                                                                        | <input type="text"/>           |
| 10. Êtes-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 ?                                                                           | <input type="text"/>           |
| 11. Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie, cobaltothérapie ou interféron ?                                                                                 | <input type="text"/>           |
| 12. Au cours des 6 prochains mois, devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ou attendez-vous des résultats d'examens médicaux ?                                     | <input type="text"/>           |
| 13. Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux dont les résultats auraient révélé des anomalies ?                                                                                                 | <input type="text"/>           |

N.B.: En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus, remplir le questionnaire médical

## Séjour

RÉPONDRE PAR  
OUI OU PAR NON

Résidez-vous ou êtes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des Etats-Unis, du Japon, du Canada, de la Norvège, de l'Islande, de l'Australie et de la nouvelle Zélande ?

N.B.: En cas de réponse positive à la question ci-dessus, remplir le questionnaire Risques de séjour disponible auprès de votre courtier

## Sport

RÉPONDRE PAR  
OUI OU PAR NON

1. Pratiquez-vous un sport ?

En cas de réponse négative, inutile de répondre aux questions 2 à 11 ci-dessous.

N.B. : N'oubliez pas néanmoins de dater et signer le document

2. Pratiquez-vous un sport à titre professionnel ?

3. Pratiquez-vous un sport automobile ?

4. Pratiquez-vous l'alpinisme ou un sport de neige et de glace (hormis le trekking et la randonnée pédestre en groupe et jusqu'à 3 000 mètres d'altitude, et, le ski alpin et le ski de fond sans compétition et sur pistes balisées et ouvertes) ?

5. Pratiquez-vous l'équitation (hormis le manège et la randonnée équestre) ?

6. Pratiquez-vous un sport lié au motocyclisme (hormis l'utilisation comme moyen de transport ou de tourisme) ?

7. Pratiquez-vous :

- un sport nautique (hormis l'aviron, le char et la planche à voile, le ski nautique et le surf s'ils sont pratiqués sans compétition) ?

- la voile ?

- un sport motonautique (hormis le bateau à moteur et le hors-bord s'ils sont pratiqués exclusivement en loisir et sans compétition) ?

8. Pratiquez-vous la plongée sous-marine ou la spéléologie (hormis la plongée libre en apnée de 0 à 20 m, la plongée en scaphandre autonome sans brevet avec moniteur de 0 à 20 m ou avec brevet de 0 à 30 m) ?

9. Pratiquez-vous l'aviation ou une activité aérienne ?

10. Pratiquez-vous un sport de combat ou un art martial (hormis l'aïkido, le judo et le karaté sans compétition) ?

11. Pratiquez-vous du VTT avec compétitions ou extrême ?

N.B.: En cas de réponse positive à l'une des questions 2 à 11, voir questionnaires sportifs disponibles auprès de votre courtier

**CONFIDENTIEL**

Je certifie exactes et sincères les présentes déclarations dont je prends la responsabilité et reconnais savoir que toute réticence entraînera la nullité des garanties du contrat, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances. J'accepte que ce questionnaire soit communiqué au Service Médical d'AFI ESCA qui après examen, pourra si nécessaire me demander des renseignements ou documents médicaux complémentaires. Je m'engage à informer l'assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat.

Signature de la personne à assurer

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Transmettez le questionnaire ci-dessus, sous pli cacheté au Médecin Conseil d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex. Si vous souhaitez accélérer le traitement de votre dossier et si toutes vos réponses sont négatives, vous pouvez l'adresser à votre courtier en l'autorisant à nous le transmettre par voie électronique ; dans ce cas, merci de compléter la phrase suivante :

"Je soussigné(e) M, Mme, Mlle \_\_\_\_\_ autorise le courtier \_\_\_\_\_ à transmettre mes réponses au questionnaire ci-dessus par voie électronique à AFI ESCA aux fins d'émettre mon contrat conformément aux données figurant dans la proposition jointe".

Fait à :  
le :

Signature de la personne à assurer  
précédée de la mention "lu et approuvé"

**Avant d'envoyer le présent questionnaire, merci de vérifier :**

1. que vous avez répondu par "OUI" ou par "NON" à toutes les questions,
2. que vous avez signé et daté le questionnaire.

# Questionnaire médical

à compléter, dater, signer et renvoyer au moyen de l'enveloppe ci-jointe.

Les réponses à ce questionnaire doivent être **obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer. Il doit être répondu de manière claire, précise et lisible à l'ensemble des questions.** Vous pouvez, si vous le souhaitez répondre seul, ces informations sont couvertes par le secret professionnel.

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au Médecin Conseil d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin Conseil d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex. Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude de votre dossier, qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par AFI ESCA, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite "Informatique et Libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 LILLE Cedex, à l'attention du "Médecin Conseil" sans oublier de préciser vos nom, prénom et date de naissance.

## Merci d'indiquer ci-dessous les coordonnées de votre courtier en assurances

Code Courtier :  Sous code :  Nom du Cabinet d'Assurances :  
 Adresse :  
 Code Postal :  Ville :

## Identité de la personne à assurer

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## Activité professionnelle

Profession actuelle :  
 Description exacte de l'activité :

**N.B.:** voir questionnaires professionnels disponibles auprès de votre courtier

Ou, êtes-vous demandeur d'emploi ?  OUI  NON

Dans quelle branche d'activité, exercez-vous votre profession ?

Artistique  Finance  Restauration hôtellerie tourisme  Bâtiment et Travaux Publics  Fonction publique  
 Santé  Sécurité  Commerce et Artisanat  Métiers de la mer  Communication  
 Industrie  Droit  Transports et logistique  Métiers de la terre  Autres :

L'exercez-vous ?  En CDI  En CDD  En tant que saisonnier  En tant qu'intermittent

A l'étranger – Pays concerné :

Votre statut : Etes-vous salarié ?  OUI  NON

Votre activité professionnelle implique-t-elle des séjours hors de l'union européenne ?  OUI  NON

**Si oui, complétez le questionnaire Risques de séjours disponible auprès de votre courtier**

Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel ?  OUI  NON

Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail en hauteur  $\geq$  à 20 mètres ?  OUI  NON

Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ?  OUI  NON

Si oui, lesquels :

## Activités sportives

Pratiquez-vous des sports même occasionnellement ?  OUI  NON

Si oui, précisez lesquels et leur fréquence :

Participez-vous à des compétitions ?  OUI  NON

Si OUI :

a) En amateur ?  OUI  NON

Lesquelles :

Type de compétition :

b) A titre professionnel ou sous contrat ?  OUI  NON

Lesquelles :

Type de compétition :

**N.B.:** voir questionnaires sportifs disponibles auprès de votre courtier

# Questionnaire médical

à compléter, dater, signer et renvoyer au moyen de l'enveloppe ci-jointe.

<b>1</b>	TAILLE : <input type="text"/> CM	POIDS : <input type="text"/> KG	TENSION ARTERIELLE (si vous la connaissez) : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>2</b>	Etes-vous ? <input type="checkbox"/> droitier <input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> ambidextre		
	Questions ↓	Répondre par oui ou par non ↓	si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...) ↓
<b>3</b>	Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="text"/>	Pourquoi : Depuis quand :
<b>4</b>	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="text"/>	Pourquoi : Depuis quand : Lequel :
<b>5</b>	Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="text"/>	Pour chacun des arrêts : Pourquoi : Quand (mois/année) : Durée :
<b>6</b>	Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?	<input type="text"/>	Pour chaque traitement : Pourquoi : Quand (mois/année) : Lequel : Durée :
<b>7</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux dont les résultats ont nécessité une surveillance médicale et/ou un traitement de plus de 21 jours ? (bilan sanguin, tests hépatiques, analyse d'urine, électrocardiogramme, radiographie, scanner, etc...) (joindre copie des examens)	<input type="text"/>	Lesquels : Pourquoi : Quand :
<b>8</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné, en hôpital, clinique, maison de santé, autres établissements de soins ou subi une intervention chirurgicale ? (joindre les comptes-rendus hospitaliers, opératoires et histologiques)	<input type="text"/>	Pourquoi : Quand : Durée :
<b>9</b>	Devez-vous être opéré ou hospitalisé dans les 12 prochains mois ?	<input type="text"/>	Pourquoi : Quand : Si intervention chirurgicale prévue, précisez le type d'anesthésie : <input type="checkbox"/> locale <input type="checkbox"/> générale

Questions ↘

Répondre par  
oui ou par non ↘

si oui, veuillez donner toute précision  
(motif, date, résultat, etc...) ↘

10	Devez-vous dans les 12 prochains mois subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Quand : Lesquels :
11	Avez-vous subi un test de dépistage pour les sérologies de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/>	Lequel : <input type="checkbox"/> VHB <input type="checkbox"/> VHC <input type="checkbox"/> VIH Quand : Résultat :
12	Etes-vous atteint d'une infirmité ou d'une diminution de vos capacités physiques ?	<input type="checkbox"/>	De quelle nature : Depuis quand :
13	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Depuis quelle date : A quel taux ou quelle catégorie : Quel est l'organisme qui vous verse la prestation :
14	Une procédure de mise en invalidité ou de reconnaissance d'incapacité permanente est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Depuis quand :
15	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte Handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Depuis quelle date : A quel taux :
16	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 ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Quand (mois/année): Durée :
17	Avez-vous été victime d'accident(s) ayant entraîné des séquelles ? [joindre une copie des certificats des lésions initiales et de consolidation]	<input type="checkbox"/>	Date(s), lésion(s), séquelles :
18	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie, cobaltothérapie ou interferon ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Quand :
19	<b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, de l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :</b> <b>a)</b> Tuberculose, asthme, bronchite chronique, emphysème, insuffisance respiratoire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ? <b>b)</b> Infarctus, hypertension, artérite, troubles du rythme, accident vasculaire cérébral, angine de poitrine, malformations, cardiopathie ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ? <b>c)</b> Hémorragie digestive, affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon, du rectum, du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou de l'abdomen ? <b>d)</b> Coliques néphrétiques, insuffisance rénale, albuminurie, affections gynécologiques, affections andrologiques, maladies sexuellement transmissibles ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? <b>e)</b> Anémie, leucémie, troubles de la coagulation, lymphome ou toute autre maladie du sang et des ganglions ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquelles, date, durée, traitement, évolution :

Questions ↘

Répondre par  
oui ou par non ↘

si oui, veuillez donner toute précision  
(motif, date, résultat, etc...) ↘

**f)** Pathologies thyroïdiennes et hypophysaires, diabète, goutte, hypercholestérolémie ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?

**g)** Méningite, syndrome d'immunodéficience acquise ou toute autre maladie infectieuse ou virale ?

**h)** Arthrose, polyarthrite, lumbago, sciatique, hernie discale, coxarthrose, ostéoporose ou toute autre maladie des os et articulations ?

**i)** Maladie de Parkinson, sclérose en plaques, neuropathie, myopathie, fibromyalgie, épilepsie, vertiges, paralysie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?

**j)** Surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie des yeux, de l'oreille, de la gorge ou du nez ?

**k)** Psoriasis, herpès, purpura, lupus, kyste ou toute autre maladie de la peau et du tissu conjonctif ?

**l)** Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide ou toute autre maladie psychique ou psychiatrique ?

**m)** Tumeurs bénignes et/ou malignes ?

**n)** Toute autre maladie ou infirmité non citée ci-dessus ?

**20** Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ?

Lesquelles ?  
Quantité journalière en cl :

**21** Faîtes-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?

Lesquels ?  
Depuis quand ?  
Jusqu'à quand ?

**Pour les FEMMES :**

**22 a)** Grossesses antérieures ?

Combien ?  
Complications éventuelles :

**b)** Etes-vous enceinte ?

De combien de mois ?  
Complications éventuelles :

**23** Avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurances décès ? (surprime, clause d'exclusion, refus ...)

Pourquoi :  
Quand :  
Nature de la restriction :

**CONFIDENTIEL**

Je certifie exactes et sincères les présentes déclarations dont je prends la responsabilité et reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties du contrat, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances. J'accepte que ce questionnaire soit communiqué au Service Médical d'AFI ESCA qui après examen, pourra si nécessaire me demander des renseignements ou documents médicaux complémentaires. Je m'engage à informer l'assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat.

Fait à :

le :

Signature de la personne à assurer

**Avant d'envoyer le présent questionnaire, merci de vérifier :**

1. que vous avez répondu par "OUI" ou par "NON" à toutes les questions,
2. que vous avez signé et daté le questionnaire.

**En cas de réponse positive à l'une des questions, merci de joindre toutes pièces médicales utiles à l'étude de votre demande de souscription.**