

Réservé à CILGERE

Emprunteur : _____
 Entreprise : _____ n° _____
 Dossier n° : _____
 Affaire suivie par : _____

DEMANDE DE PRÊT TRAVAUX

- Travaux d'agrandissement ou d'amélioration
- Travaux d'amélioration d'un logement éligible à une aide ANAH
- Travaux d'amélioration d'un logement indigne
- Travaux d'amélioration de la performance énergétique
- Adaptation du logement aux personnes handicapées
- Travaux dans les copropriétés dégradées
- Réhabilitation du logement suite à une catastrophe naturelle

ACCORD DE L'ENTREPRISE

Je soussigné(e) M _____ agissant en qualité de _____
 de la Société _____
 donne accord pour un prêt d'un montant maximum de _____ €
 Téléphone employeur : _____
 à M _____

Sous réserve de la réglementation en vigueur et du respect des normes d'endettement.

Date _____

Cachet et signature

Les réponses au présent questionnaire sont obligatoires pour le traitement de la demande. Le défaut de réponse peut entraîner le refus de la demande. Les informations recueillies dans le présent document seront traitées informatiquement. Ce traitement a pour finalité principale l'étude du dossier et les informations sont destinées directement à CILGERE. Elles feront l'objet d'une communication extérieure pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires et seront notamment transmises à l'UESL et à l'ANPEEC. Elles pourront également faire l'objet d'une communication extérieure pour les nécessités de la gestion, notamment à l'employeur au titre du bilan de services. Enfin, elles pourront être communiquées à des tiers aux fins de prospection, notamment pour vous présenter d'autres produits, et communiquées, aux mêmes fins, aux autres entités de CILGERE.

Je m'oppose à ce que les données me concernant fassent l'objet d'une communication à des tiers à des fins de prospection. Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, adressez un courrier en recommandé avec accusé de réception au correspondant CNIL, à l'adresse suivante : **CILGERE - Correspondant CNIL - 2 Place Saint-Martin - CS 50568 - 57010 METZ CEDEX 1.** Merci de joindre une copie de votre pièce d'identité.

A retourner à :

 **CCI HAUTES-ALPES**
 Service Logement
 16 Rue Carnot – BP 6
 05001 GAP CEDEX
 ☎ 04 92 56 56 05

FICHE DE DIALOGUE

Etablie conformément à l'article L.311-10 du Code de la Consommation et les Décrets n° 2010-1461 et n° 2010-1462 du 30 novembre 2010

| L'EMPRUNTEUR | CO-EMPRUNTEUR |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nom - Prénoms _____ | _____ |
| Nom de jeune fille _____ | _____ |
| Date de naissance _____ | _____ |
| Lieu de naissance _____ N° Dépt _____ | Lieu de naissance _____ N° Dépt _____ |
| Téléphone domicile _____ | _____ |
| Téléphone portable (*) _____ | _____ |
| Adresse e-m@il _____ | _____ |
| Adresse actuelle _____ | _____ |
| CP _____ Ville _____ | CP _____ Ville _____ |

Coordonnées
indispensables
pour le bon traitement
de votre dossier

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié(e) Date de mariage _____ Régime légal Séparation des biens
 Pacsé(e) Date du PACS _____ Vie Maritale Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)
Nombre d'enfants à charge _____ Ages _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

| L'EMPRUNTEUR | CO-EMPRUNTEUR |
|------------------------------|---------------|
| Employeur _____ | _____ |
| Profession _____ | _____ |
| Date d'entrée _____ | _____ |
| Salaire net mensuel _____ | _____ |
| Allocations familiales _____ | _____ |
| Autres revenus _____ | _____ |

ADRESSE OBJET DE L'EMPRUNT

Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
 Locataire Propriétaire Propriétaire Bailleur
 Maison Appartement
Nature des travaux : _____

(*) En communiquant mes coordonnées, j'autorise CILGERE à m'envoyer des SMS et des mails.

PRETS EN COURS DU MENAGE y compris les prêts «Action Logement»

| Objet | Organisme prêteur | Date dernière échéance | Mensualités |
|-------|-------------------|------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET

MONTANT DES TRAVAUX A FINANCER (par devis ou corps d'état)

| | Montant |
|--|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |

FINANCEMENT ENVISAGE

- Apport personnel
- Prêts divers :
 -
 -

| Montant | Taux | Durée | Mensualités |
|---------|------|-------|-------------|
| | | | |
| | | | |

PRET TRAVAUX

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

TOTAL

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

LA COUVERTURE ASSURANCE

100 % du capital emprunté doit être assuré (sur une tête ou réparti sur les deux têtes) pour le décès, l'invalidité et l'incapacité de travail. L'Emprunteur et le Co-Emprunteur sont libres de souscrire une assurance auprès de l'assureur de leur choix. Ils peuvent choisir d'adhérer au contrat groupe conclu par CILGERE auprès d'AXA.

1^{er} cas : Emprunteur seul assuré, sans co-emprunteur **100 % (obligatoire)**

2^{ème} cas : Emprunteur avec co-emprunteur assurés

Décès - Invalidité - Incapacité de travail

| Formules proposées | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Emprunteur | 100 % | 70 % | 50 % | 30 % |
| Co-emprunteur | 100 % | 30 % | 50 % | 70 % |
| Cochez 1, 2, 3 ou 4 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Perte d'Emploi

| Emprunteur | | Co-Emprunteur | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 100 % <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> | 100 % <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |

LA DECLARATION OBLIGATOIRE DES EMPRUNTEURS

Le(s) soussigné(s) certifie(nt) avoir reçu la fiche de dialogue et déclare(nt) sur l'honneur :

- l'exactitude de tous les renseignements figurant dans la présente
- qu'aucune autre demande de prêt n'a été déposée auprès d'un autre Collecteur
- ne pas avoir déposé de dossier auprès de la Commission de Surendettement de la Banque de France en vue de l'élaboration d'un plan de redressement ou ne pas bénéficier d'un tel plan au moment de la demande de Prêt Travaux.

Il(s) reconnaît(sent) avoir connaissance des dispositions applicables en cas de cumul de prêts et avoir été informé(s) qu'en cas de fausse déclaration, les sommes reçues au titre du présent Prêt Travaux devraient être immédiatement remboursées à CILGERE sans qu'il soit nécessaire, pour ce dernier, de procéder à l'envoi d'une mise en demeure préalable. CILGERE se réserve le droit de contrôler l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à _____ le _____

Signature de l'Emprunteur (lu et approuvé)

Signature du Co-Emprunteur (lu et approuvé)

PIECES A FOURNIR SELON LA NATURE DE L'OPERATION

Dans tous les cas :

- Copie complète du livret de famille ou d'une carte d'identité pour chacun des membres de la famille ou titre de séjour en cours de validité
- Copie des 3 derniers bulletins de salaire
- Copie de l'avis d'imposition portant sur les revenus de l'année n - 2
- Justificatifs des autres ressources (pensions, rentes, loyers, ...)
- Justificatifs de l'apport personnel (attestation bancaire, relevés de comptes, épargne, ...)
- Copie des relevés de comptes bancaires des trois derniers mois
- Relevé d'identité bancaire original (RIB)
- Attestation de l'employeur de l'emprunteur et du co-emprunteur précisant la nature du contrat de travail
- Attestation de l'employeur du co-emprunteur précisant qu'il ne bénéficie pas d'un prêt «Action Logement»
- Documents d'assurance dûment remplis et signés (documents joints)
- Justificatifs des prêts en cours ainsi que des prêts principaux et complémentaires liés à la présente opération. Joindre également le tableau d'amortissement (si déjà en votre possession)
- Justificatifs des autres prêts en cours avec le tableau d'amortissement
- Le(s) devis détaillé(s) des travaux datés et signés des entrepreneurs réalisant les travaux
 - ou bons de commande
 - ou factures originales de moins de trois mois

} de l'emprunteur
et du
co-emprunteur

Selon l'opération :

Pour les propriétaires et propriétaires Bailleurs :

Titre de propriété :

- Titre de propriété ou taxe foncière

Pour les locataires :

- Copie du bail et dernière quittance de loyer
- Autorisation du propriétaire pour la réalisation des travaux

Pièces spécifiques :

- **Agrandissement :**
 - copie du permis de construire
 - plans avant et après travaux
- **Amélioration ouvrant droit à la subvention ANAH :**
 - Copie de la notification de subvention ANAH
- **Amélioration logement insalubre :**
 - Copie de la notification de subvention ANAH
- **Travaux de performance énergétique :**
 - Devis conforme au « devis type » pour l'obtention d'un éco-PTZ, puis facture conforme à la « facture type » pour l'obtention d'un éco-PTZ
 - Justificatif de non-obtention du prêt « éco-PTZ »
- **Adaptation du logement aux personnes handicapées :**
 - Avis préalable d'un des organismes suivants : AFM, APF, CICAT, CNPSAA, PACT-ARIM, UNISDA ou MDPH
- **Copropriétés dégradées :**
 - Justificatif précisant que le logement est dans une copropriété dégradée
- **Réhabilitation du logement suite à catastrophe naturelle**
 - Copie de l'arrêté de catastrophe naturelle
 - Justificatif des diverses indemnisations et subventions perçues.

Cadre réservé à CILGERE

| | | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Total des charges | <input type="text"/> | Total des ressources | <input type="text"/> |
| Revenus nets imposables | <input type="text"/> | Taux d'endettement | <input type="text"/> |
| Résiduel | <input type="text"/> | Résiduel autorisé | <input type="text"/> |
| Zone géographique | <input type="text"/> | | |
| Commentaires | <input type="text"/> | | |
| Chargé(e) de clientèle | <input type="text"/> | | |
| Décision | <input type="text"/> | | |

ASSURANCE DECES – INVALIDITE – INCAPACITE DE TRAVAIL

La souscription d'une assurance couvrant le remboursement du prêt et destinée à garantir les conséquences du décès, de la perte totale et irréversible d'autonomie, de l'incapacité de travail temporaire et de l'incapacité de travail permanente de l'emprunteur et/ou du co-emprunteur est obligatoire.

L'emprunteur est libre de souscrire auprès de l'assureur de son choix une assurance dès lors que le contrat présente un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance de groupe proposé par le prêteur.

ASSURANCE AXA - CILGERE

Si vous souhaitez souscrire le contrat d'assurance de groupe proposé par le prêteur, afin de faciliter la procédure d'instruction de votre dossier, nous vous prions de bien vouloir retourner dans les plus brefs délais à votre Chargé de Clientèle CILGERE le(s) formulaire(s) de « Demande d'Admission à l'Assurance » ci-joints dûment complété(s) et signé(s).

Vous bénéficiez de la possibilité d'assurer votre conjoint ou concubin co-emprunteur (vous avez alors deux formulaires d'admission à remplir, chacun des deux assurés étant considéré comme co-emprunteur). Les formulaires ne doivent présenter aucune surcharge ni rature (ils ne seraient pas valables) et doivent être complétés exclusivement par les assurés.

L'article L.313-8 du code des assurances prévoit la nullité de l'adhésion en cas d'omission ou de fausse déclaration

ASSURANCE INCAPACITE DE TRAVAIL – INVALIDITE – DECES Concerne les personnes de moins de 67 ans

TAUX D'ADHESION

- **EMPRUNTEUR SEUL** : emprunteur seul obligatoirement à 100 % : 0,216 % par an du capital prêté
Exemple : si vous souscrivez un prêt de 10 000 € sur 120 mois, le coût de l'assurance au taux de 0,216 % par an du capital prêté s'élève à 1,80 € par mois.

(Vous n'avez rien à cocher à la mention « quotité à assurer » de la rubrique « Garantie décès et incapacité de travail », l'adhésion à 100 % est automatique)

- **EMPRUNTEURS CONJOINTS OU CONCUBINS (CO-EMPRUNTEUR 1 + CO-EMPRUNTEUR 2) : 4 CHOIX POSSIBLES :**

| Formules proposées | ① | ② | ③ | ④ |
|--|---------|---------|---------|---------|
| ♦ Co-Emprunteur 1 | 100 % | 70 % | 50 % | 30 % |
| ♦ Co-emprunteur 2 | 100 % | 30 % | 50 % | 70 % |
| ♦ Taux annuel | 0,432 % | 0,216 % | 0,216 % | 0,216 % |
| ♦ Exemple : coût mensuel de l'assurance pour un prêt de 10 000 € sur 120 mois (*) | 3,60 € | 1,80 € | 1,80 € | 1,80 € |

Si vous choisissez de vous assurer en co-emprunteurs, vous devez fournir deux formulaires d'adhésion distincts, précisant sur chacun d'eux, le choix retenu à la mention « quotité à assurer » de la rubrique « garanties décès et incapacité de travail ».

Attention :

Ne complétez le questionnaire médical au verso du formulaire d'admission que si vous avez indiqué ne pas être en mesure de certifier les déclarations de la rubrique « garantie décès et incapacité de travail »

ASSURANCE PERTE D'EMPLOI INDEMNISEE (FACULTATIVE) Concerne les personnes de moins de 62 ans

TAUX D'ADHESION : 2 CHOIX POSSIBLES

| Formules proposées | ① | ② |
|---|---------|---------|
| ♦ Emprunteur | 100 % | 100 % |
| ♦ Co-emprunteur | - | 100 % |
| ♦ Taux annuel | 0,204 % | 0,408 % |
| ♦ Coût mensuel de l'assurance pour un prêt de 10 000 € sur 120 mois | 1,70 € | 3,40 € |

PAIEMENT DES PRIMES D'ASSURANCES

(*) Possibilité de paiement en 6 fois maximum par prélèvements mensuels avant les premières échéances de votre prêt, ces dernières bénéficiant d'un différé d'amortissement en capital uniquement.

ATTENTION :

Le fait d'adresser les formulaires n'entraîne pas l'acceptation de votre dossier

CONVENTION AERAS

La convention AERAS vous concerne.

La convention AERAS a pour objectif de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, notamment les personnes malades ou ayant été malades.

Les crédits bénéficiant dans le cadre de la convention sont les crédits immobiliers et professionnels d'un montant maximum de 320 000 € et les crédits à la consommation affectés ou dédiés d'un montant maximum de 17 000 €.

Parmi les garanties que peut vous apporter la convention AERAS :

- L'assureur ou l'établissement de crédit s'engage à étudier toute demande d'une assurance emprunteur avant même la signature d'un compromis de vente ou d'une promesse d'achat.
- L'établissement de crédit s'engage à accepter une assurance individuelle présentée par le candidat à l'emprunt, offrant un niveau de garantie équivalent à celui du contrat de groupe qu'il propose.
- La proposition d'assurance est valable quatre mois et peut être présentée pour un autre projet que le projet immobilier initial, de montant et de durée inférieurs ou égaux au premier projet.
- Grâce au mécanisme de mutualisation des professionnels, l'emprunteur peut bénéficier, pour l'acquisition de sa résidence principale, d'un plafonnement des surprimes d'assurance dès lors que son revenu est inférieur à un certain niveau.
- L'établissement de crédit s'engage à accepter, notamment lorsque l'assurance emprunteur est refusée, des garanties alternatives à l'assurance (caution, mobilisation d'un portefeuille de valeurs mobilières ou hypothèque sur un autre bien immobilier) offrant la même sécurité.

5 CONSEILS POUR FAIRE ABOUTIR VOTRE DEMANDE DE CREDIT

- ① Anticipez la recherche de votre assurance emprunteur si vous pensez qu'elle sera difficile à obtenir du fait de vos risques de santé. L'assureur peut en effet vous demander de passer des examens médicaux allongeant le délai d'instruction de votre dossier. Cette anticipation augmentera vos chances de voir votre projet aboutir.
- ② Prenez contact auprès d'associations de malades signataires de la convention qui pourront vous conseiller et vous aider dans vos démarches et dans la constitution de votre dossier d'assurance et de prêt.
- ③ Faites jouer la concurrence entre assureurs. Comme pour la recherche de crédit auprès de plusieurs Banques, vous avez intérêt à démarcher plusieurs assureurs. En effet, les différences de tarifs et de garanties peuvent être importantes d'un assureur à l'autre, chaque entreprise d'assurance ayant une approche spécifique des risques aggravés de santé.
- ④ Répondez avec précision et sincérité au questionnaire médical. Plus vos réponses au questionnaire médical seront précises, plus le traitement de votre demande d'assurance sera rapide. La précision et la sincérité de vos réponses sont une obligation légale. Une fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de votre contrat et la déchéance de la garantie : le remboursement du capital restant dû demeure alors à votre charge ou, en cas de décès, à celle de vos héritiers.
- ⑤ Envoyez au gestionnaire de l'assurance les éléments qui vont lui permettre de vérifier si vous êtes éligible au mécanisme de mutualisation, que vous ayez souscrit une assurance individuelle ou adhéré au contrat groupe de l'établissement de crédit.

SITES INTERNET DES SIGNATAIRES ET DES PARTENAIRES DE LA CONVENTION

Professionnels

- Fédération bancaire française (FBF) : www.lesclesdelabanque.com
- Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) : www.ffsa.fr
- Groupement des entreprises et mutuelles d'assurance (GEMA) : www.gema.fr
- Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) : www.mutualite.fr
- Fédération nationale de l'immobilier (FNAIM) : www.fnaim.fr
- Conseil supérieur du notariat : www.notaires.fr

Associations de malades et de consommateurs

- AIDES : www.aides.org
- Association des accidentés de la vie (FNATH) : www.fnath.org
- Association française des diabétiques (AFD) : www.afd.asso.fr

- Association française des polyarthritiques (AFP) : www.polyarthrite.org
- Collectif interassociatif sur la santé (CISS) : [liciss.org](http://www.liciss.org)
- Familles rurales : www.famillesrurales.org
- Fédération des AVIAM (association d'aide aux victimes des accidents médicaux et à leur famille) : www.aviamfrance.org
- Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires (FFAIR) : www.ffaair.org
- Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR) : www.fnair.asso.fr
- Fédération nationale des associations de malades cardiovasculaires et opérés du coeur (FNAMOC) : www.fnamoc.org
- Ligue contre le cancer : www.ligue-cancer.net
- Sida info services : www.sida-info-service.org
- SOS hépatites : www.soshepatites.org
- Union féminine civique et sociale (UFCS) : www.ufcs.org
- Vaincre la mucoviscidose www.vaincrelamuco.org

Lignes téléphoniques : • Serveur vocal national d'information sur la convention AERAS des établissements de crédit (à disposition 7j/7 et 24H/24) 0 821 221 021 • Ligne du CISS « Santé Info Droits » 0 810 004 333 • Ligne de la Ligue contre le cancer « Accompagner pour emprunter a.i.d.é.a » 0 810 111 101 (du lundi au vendredi de 8 H à 20H)

L'ensemble des garanties offertes par la convention sont détaillées sur le site www.aeras-infos.fr

DEMANDE D'ADMISSION AU CONTRAT N° 4195

(Décès - Incapacité de Travail - Perte d'Emploi) souscrit par RESSOURCES auprès d'AXA France Vie (TSA 50111 - 92099 LA DEFENSE Cedex)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER

M. Mme Mlle Nom : _____
 Prénoms : _____
 Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Profession : _____
 Emprunteur Co-emprunteur Caution

Adresse : _____

 Code postal : [] [] [] [] [] []
 Ville : _____

CARACTÉRISTIQUES DU PRÊT À ASSURER (RÉSERVÉ À CILGERE)

Nom et adresse de CILGERE : _____
 Nature du prêt _____ Numéro de dossier _____ Date d'acceptation de l'offre [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Montant emprunté _____ € Durée _____ mois Différé _____ mois Date d'entrée en amortissement [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Montant total à assurer _____ €

GARANTIES PROPOSÉES

- Prêt "1% Logement" : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - Incapacité de Travail et selon le choix exprimé ci-dessous, éventuellement Perte d'emploi.
- Prêt remboursable au terme (Prêt Relais) et Prêts pour financer un dépôt de garantie : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER

Nous attirons votre attention sur la nécessité de remplir l'ensemble de ce document avec le plus grand soin, en prenant le temps de la réflexion, en raison du risque de nullité attaché à vos déclarations (Art. L.113-8 du Code des Assurances).

- J'accepte que le présent document soit transmis à l'assureur et je coche les cases qui correspondent à mes choix.
- J'accepte d'être assuré(e) pour le montant emprunté indiqué ci-dessus, suivant les modalités du contrat d'assurance souscrit par l'organisme prêteur, qui sera bénéficiaire des sommes dues en cas de sinistre.
- Je reconnais avoir pris connaissance de l'exemplaire ci-annexé de la notice d'information du contrat et je m'engage à payer les cotisations mises à ma charge.
- En cas de vente à distance, je demande expressément une prise d'effet de mon contrat d'assurance à la date d'acceptation de l'offre de prêt, sans pour autant me priver de mon droit de renonciation de 30 jours, mentionné au paragraphe "Renonciation" de la notice.
- Je reconnais avoir reçu ce jour le dépliant relatif aux recommandations de la convention AERAS et en avoir pris connaissance.

GARANTIES DÉCÈS ET INCAPACITÉ DE TRAVAIL - DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Je demande à bénéficier des garanties : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) - Incapacité de Travail (uniquement la garantie Décès - PTIA pour les co-emprunteurs n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de signature de la demande d'admission).

Quotité(s) à assurer :

- 1^{er} cas, emprunteur seul assuré, sans co-emprunteur : 100 % (obligatoire)
- 2^{ème} cas, emprunteur avec co-emprunteur assurés : **Avant de cocher ci-dessous la case correspondant à votre choix, lire attentivement le paragraphe intitulé « quotités à assurer » du chapitre « admission » au sein du paragraphe « formalités d'admission » de la notice d'information.**

| Formules proposées | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Emprunteur | 100 % | 70 % | 50 % | 30 % |
| Co-emprunteur | 100 % | 30 % | 50 % | 70 % |
| Cochez la formule choisie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je soussigné(e) déclare :

- Ne pas être actuellement, en Arrêt de Travail Total ou Partiel de travail pour maladie ou accident,
- Ne pas être soumis à un traitement médical régulier, ni être sous surveillance médicale particulière,
- Ne pas être atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique,
- Ne pas avoir eu au cours des 3 dernières années un Arrêt de Travail pour maladie ou accident, de plus de 30 jours consécutifs.

Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus et reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourrait entraîner la nullité de l'assurance, conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances, dont un extrait est reproduit dans la notice d'information,

Ou

Je ne suis pas en mesure de certifier exactes et sincères les déclarations ci-dessus, aussi je dois compléter le questionnaire Médical détaillé confidentiel.

Si le montant total à assurer est supérieur à 40 000 euros, complétez le questionnaire médical détaillé confidentiel

GARANTIE PERTE D'EMPLOI (RÉSERVÉE AUX EMPRUNTEURS ET CO-EMPRUNTEURS DE PRÊTS "1 % LOGEMENT")

Je soussigné(e), déclare :

- Exercer à titre principal une activité salariée non temporaire, non saisonnière à temps plein ou à temps partiel sous réserve que ce temps représente au moins 80 % de l'activité à temps plein, au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 6 mois chez un même employeur,
- Etre susceptible de bénéficier, en cas de perte d'emploi, du revenu de remplacement prévu par les Articles L.5421-1 à L.5422-1 du Code du Travail, ou d'un revenu de remplacement assimilé pour les agents civils non fonctionnaires,
- Ne pas être au chômage, ni en période d'essai, ni en préavis suite à licenciement ou démission, ni en position de pré-retraite,
- Ne pas avoir fait l'objet d'une notification de licenciement ni d'une proposition de congé de conversion ou de reclassement par mon employeur au cours des 6 derniers mois,
- Etre âgé(e) de moins de 62 ans.

J'adhère à la garantie perte d'emploi Je n'adhère pas à la garantie perte d'emploi

Je reconnais être informé(e), conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier et savoir qu'en cas de décès, le versement de la prestation sera subordonné à la production d'un certificat médical indiquant notamment les causes du décès. Je certifie exactes et sincères les réponses ci-dessus et déclare savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourrait entraîner la nullité de l'assurance conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances dont j'ai pris connaissance dans l'extrait reproduit dans la notice d'information. Je reconnais être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients : AXA - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.

Fait à :

le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Revêtu du cachet de CILGERE ou de l'Assureur, le présent document vaut certificat d'assurance.

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

Cachet de CILGERE ou de l'assureur

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si le déblocage des fonds devait intervenir au-delà de ce délai, les formalités seraient à renouveler. Le candidat peut demander à la Société communication et/ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés.

Demande d'admission au contrat n° 4195 - Exemple Assureur

ATTENTION !

**LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL DÉTAILLÉ FIGURANT
AU VERSO DOIT ÊTRE UNIQUEMENT COMPLÉTÉ
DANS L'UN DES CAS CI-DESSOUS :**

**➤ SI VOUS NE POUVEZ CERTIFIER
EXACTE LA DÉCLARATION
D'ÉTAT DE SANTÉ
DE LA DEMANDE D'ADMISSION**

ou

**➤ SI LE MONTANT À ASSURER
(MONTANT DU PRÊT DEMANDÉ +
MONTANT DES PRÊTS EN COURS
AUPRÈS DE CILGÈRE)
EST SUPÉRIEUR À 40 000 €**

**Si vous avez rempli le questionnaire médical
détaillé confidentiel, vous devez :**

- le détacher de la demande d'admission,**
- le plier en deux et coller les bords du document, le rendant ainsi cacheté. Il ne pourra être ouvert que par le Médecin conseil d'AXA,**
- adresser l'ensemble des éléments :**
 - demande d'admission complétée et signée,**
 - questionnaire cacheté à CILGERE.**

QUESTIONNAIRE MÉDICAL DÉTAILLÉ CONFIDENTIEL

À REMPLIR UNIQUEMENT : ➔ **SI LE MONTANT À ASSURER (montant du prêt demandé + montant des prêts en cours auprès de CILGERE) EST SUPÉRIEUR À 40 000 EUROS**
OU ➔ **SI VOUS NE POUVEZ PAS CERTIFIER EXACTE LA DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ DE LA DEMANDE D'ADMISSION.**

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Nous vous conseillons de conserver une copie de votre questionnaire médical. Vous avez le droit de ne pas répondre à ce questionnaire au sein de votre agence bancaire. Vous pouvez y répondre soit sur place, soit à votre domicile. Il vous est possible de demander l'assistance de votre conseiller CILGERE pour compléter ce questionnaire. Il pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou vous pourrez le transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil de l'assureur à l'aide de l'enveloppe confidentielle qui vous est remise, pré-établie à **AXA - A l'attention du Médecin Conseil - TSA 50111 - 92099 LA DEFENSE Cedex**, ou par tous moyens à votre convenance. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.). Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois.**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER

Nom : _____ Prénoms : _____
 Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Adresse : _____
 Code postal : [] [] [] [] [] [] Ville : _____
 Nom et adresse de CILGERE : _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL À REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR LA PERSONNE À ASSURER POUR LE CONTRAT N° 4195

| Taille (hauteur) _____ cm Poids ⁽¹⁾ _____ kg <small>(1) Pour les femmes enceintes : poids avant la grossesse.</small> | Répondre par OUI ou NON | En cas de réponse positive, apporter les précisions ci-dessous. |
|--|-------------------------|---|
| 1 - Êtes-vous actuellement en arrêt de Travail Total ou Partiel pour maladie ou accident ? | | Depuis quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____ |
| 2 - En raison de votre état de santé, êtes-vous soumis à un traitement médical ou à une surveillance particulière ? | | Pour quels motifs ? _____ Lesquels ? _____ Depuis quelle date ? _____ |
| 3 - Êtes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ? | | Pour quels motifs ? _____ La ou les séquelles ? _____ Depuis quelle date ? _____ |
| 4 - Êtes-vous titulaire d'une pension pour maladie ou accident ? Êtes-vous titulaire d'une rente accident de travail supérieure à 15 % ? Joindre copie de la notification de rente | | Pour quels motifs ? _____ Le ou les taux ? _____ Depuis quelle date ? _____ |
| 5 - Devez-vous subir des examens médicaux en milieu hospitalier ou une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ? | | Pour quels motifs ? _____ A quelles dates ? _____ |
| 6 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ? | | Pour quels motifs ? _____ Début de l'arrêt de travail _____ Fin de l'arrêt de travail _____ |
| 7 - Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif pour les sérologies VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C) et VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ? | | La ou lesquelles ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____ Résultat(s) ? _____ |
| 8 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi des traitements pour maladie rhumatismale, digestive, rénale, disco vertébrale, lumbago, sciatique, affection neuro psychique, dépression nerveuse ou diabète ? | | Pour quels motifs ? _____ Lesquels ? _____ A quelles dates ? _____ |
| 9 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné plus de 15 jours dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement thermal) ? | | Pour quels motifs ? _____ A quelles dates ? _____ |
| 10 - Avez-vous subi des interventions chirurgicales, à l'exception des opérations suivantes datant de plus de 3 mois : amygdales, appendicite, végétations, césarienne, hernie inguinale, vésicule biliaire ? | | Pour quels motifs ? _____ A quelles dates ? _____ |
| 11 - Avez-vous suivi des traitements : • pour troubles cardiaques ou vasculaires ? • pour hypertension artérielle ? • pour insuffisance respiratoire ? • par radiation, cobalt ou chimiothérapie ? | | Pour quels motifs ? _____ Lesquels ? _____ A quelles dates ? _____ |

DÉCLARATION DE LA PERSONNE À ASSURER

Le Médecin-Conseil de l'Assureur se réserve le droit de demander à la personne à assurer communication de documents médicaux complémentaires. Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus. Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Je déclare avoir pris connaissance des articles L.113-8 et L.113-9 du code des Assurances dont extrait reproduit dans la Notice d'Information. J'autorise mon assureur à collecter et à traiter les informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de la passation, de la gestion et de l'exécution de mon contrat d'assurance. Je déclare être informé(e) que les réponses et informations contenues dans le présent document sont destinées au médecin conseil du service médical de l'assureur. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients : AXA - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. SI L'ÉMISSION DE L'OFFRE DE PRÊT DEVAIT INTERVENIR PLUS DE 6 MOIS APRÈS LA DATE DE SIGNATURE DU PRÉSENT DOCUMENT, LES FORMALITÉS D'ADMISSION SÉRAIENT À RENOUELER.

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR

CADRE RÉSERVÉ À LA PERSONNE À ASSURER

Fait à : _____, le : [] [] [] [] [] []

DEMANDE D'ADMISSION AU CONTRAT N° 4195

(Décès - Incapacité de Travail - Perte d'Emploi) souscrit par RESSOURCES auprès d'AXA France Vie (TSA 50111 - 92099 LA DEFENSE Cedex)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER

M. Mme Mlle Nom : _____
 Prénoms : _____
 Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Profession : _____
 Emprunteur Co-emprunteur Caution

Adresse : _____

 Code postal : [] [] [] [] [] []
 Ville : _____

CARACTÉRISTIQUES DU PRÊT À ASSURER (RÉSERVÉ À CILGERE)

Nom et adresse de CILGERE : _____
 Nature du prêt _____ Numéro de dossier _____ Date d'acceptation de l'offre [] [] [] [] [] []
 Montant emprunté _____ € Durée _____ mois Différé _____ mois Date d'entrée en amortissement [] [] [] [] [] []
 Montant total à assurer _____ €

GARANTIES PROPOSÉES

- Prêt "1% Logement" : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - Incapacité de Travail et selon le choix exprimé ci-dessous, éventuellement Perte d'emploi.
- Prêt remboursable au terme (Prêt Relais) et Prêts pour financer un dépôt de garantie : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER

Nous attirons votre attention sur la nécessité de remplir l'ensemble de ce document avec le plus grand soin, en prenant le temps de la réflexion, en raison du risque de nullité attaché à vos déclarations (Art. L.113-8 du Code des Assurances).

- J'accepte que le présent document soit transmis à l'assureur et je coche les cases qui correspondent à mes choix.
- J'accepte d'être assuré(e) pour le montant emprunté indiqué ci-dessus, suivant les modalités du contrat d'assurance souscrit par l'organisme prêteur, qui sera bénéficiaire des sommes dues en cas de sinistre.
- Je reconnais avoir pris connaissance de l'exemplaire ci-annexé de la notice d'information du contrat et je m'engage à payer les cotisations mises à ma charge.
- En cas de vente à distance, je demande expressément une prise d'effet de mon contrat d'assurance à la date d'acceptation de l'offre de prêt, sans pour autant me priver de mon droit de renonciation de 30 jours, mentionné au paragraphe "Renonciation" de la notice.
- Je reconnais avoir reçu ce jour le dépliant relatif aux recommandations de la convention AERAS et en avoir pris connaissance.

GARANTIES DÉCÈS ET INCAPACITÉ DE TRAVAIL - DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Je demande à bénéficier des garanties : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) - Incapacité de Travail (uniquement la garantie Décès - PTIA pour les co-emprunteurs n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de signature de la demande d'admission).

Quotité(s) à assurer :

- 1^{er} cas, emprunteur seul assuré, sans co-emprunteur : 100 % (obligatoire)

- 2^{ème} cas, emprunteur avec co-emprunteur assurés : **Avant de cocher ci-dessous la case correspondant à votre choix, lire attentivement le paragraphe intitulé « quotités à assurer » du chapitre « admission » au sein du paragraphe « formalités d'admission » de la notice d'information.**

| Formules proposées | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Emprunteur | 100 % | 70 % | 50 % | 30 % |
| Co-emprunteur | 100 % | 30 % | 50 % | 70 % |
| Cochez la formule choisie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je soussigné(e) déclare :

- Ne pas être actuellement, en Arrêt de Travail Total ou Partiel de travail pour maladie ou accident,
- Ne pas être soumis à un traitement médical régulier, ni être sous surveillance médicale particulière,
- Ne pas être atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique,
- Ne pas avoir eu au cours des 3 dernières années un Arrêt de Travail pour maladie ou accident, de plus de 30 jours consécutifs.

Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus et reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourrait entraîner la nullité de l'assurance, conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances, dont un extrait est reproduit dans la notice d'information,

Ou

Je ne suis pas en mesure de certifier exactes et sincères les déclarations ci-dessus, aussi je dois compléter le questionnaire Médical détaillé confidentiel.

Si le montant total à assurer est supérieur à 40 000 euros, complétez le questionnaire médical détaillé confidentiel

GARANTIE PERTE D'EMPLOI (RÉSERVÉE AUX EMPRUNTEURS ET CO-EMPRUNTEURS DE PRÊTS "1 % LOGEMENT")

Je soussigné(e), déclare :

- Exercer à titre principal une activité salariée non temporaire, non saisonnière à temps plein ou à temps partiel sous réserve que ce temps représente au moins 80 % de l'activité à temps plein, au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 6 mois chez un même employeur,
- Etre susceptible de bénéficier, en cas de perte d'emploi, du revenu de remplacement prévu par les Articles L.5421-1 à L.5422-1 du Code du Travail, ou d'un revenu de remplacement assimilé pour les agents civils non fonctionnaires,
- Ne pas être au chômage, ni en période d'essai, ni en préavis suite à licenciement ou démission, ni en position de pré-retraite,
- Ne pas avoir fait l'objet d'une notification de licenciement ni d'une proposition de congé de conversion ou de reclassement par mon employeur au cours des 6 derniers mois,
- Etre âgé(e) de moins de 62 ans.

J'adhère à la garantie perte d'emploi Je n'adhère pas à la garantie perte d'emploi

Je reconnais être informé(e), conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier et savoir qu'en cas de décès, le versement de la prestation sera subordonné à la production d'un certificat médical indiquant notamment les causes du décès. Je certifie exactes et sincères les réponses ci-dessus et déclare savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourrait entraîner la nullité de l'assurance conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances dont j'ai pris connaissance dans l'extrait reproduit dans la notice d'information. Je reconnais être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients : AXA - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.

Fait à :

le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Revêtu du cachet de CILGERE ou de l'Assureur, le présent document vaut certificat d'assurance.

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

Cachet de CILGERE ou de l'assureur

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si le déblocage des fonds devait intervenir au-delà de ce délai, les formalités seraient à renouveler. Le candidat peut demander à la Société communication et/ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés.

EXEMPLAIRE CILGERE

Demande d'admission au contrat n ° 4195 - Exemple CILGERE

DEMANDE D'ADMISSION AU CONTRAT N° 4195

(Décès - Incapacité de Travail - Perte d'Emploi) souscrit par RESSOURCES auprès d'AXA France Vie (TSA 50111 - 92099 LA DEFENSE Cedex)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER

M. Mme Mlle Nom : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Profession : _____
Emprunteur Co-emprunteur Caution

Adresse : _____
Code postal : [] [] [] [] [] []
Ville : _____

CARACTÉRISTIQUES DU PRÊT À ASSURER (RÉSERVÉ À CILGERE)

Nom et adresse de CILGERE : _____
Nature du prêt _____ Numéro de dossier _____ Date d'acceptation de l'offre [] [] [] [] [] [] [] []
Montant emprunté _____ € Durée _____ mois Différé _____ mois Date d'entrée en amortissement [] [] [] [] [] [] [] []
Montant total à assurer _____ €

GARANTIES PROPOSÉES

- Prêt "1% Logement" : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - Incapacité de Travail et selon le choix exprimé ci-dessous, éventuellement Perte d'emploi.
- Prêt remboursable au terme (Prêt Relais) et Prêts pour financer un dépôt de garantie : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER

Nous attirons votre attention sur la nécessité de remplir l'ensemble de ce document avec le plus grand soin, en prenant le temps de la réflexion, en raison du risque de nullité attaché à vos déclarations (Art. L.113-8 du Code des Assurances).

- J'accepte que le présent document soit transmis à l'assureur et je coche les cases qui correspondent à mes choix.
- J'accepte d'être assuré(e) pour le montant emprunté indiqué ci-dessus, suivant les modalités du contrat d'assurance souscrit par l'organisme prêteur, qui sera bénéficiaire des sommes dues en cas de sinistre.
- Je reconnais avoir pris connaissance de l'exemplaire ci-annexé de la notice d'information du contrat et je m'engage à payer les cotisations mises à ma charge.
- En cas de vente à distance, je demande expressément une prise d'effet de mon contrat d'assurance à la date d'acceptation de l'offre de prêt, sans pour autant me priver de mon droit de renonciation de 30 jours, mentionné au paragraphe "Renonciation" de la notice.
- Je reconnais avoir reçu ce jour le dépliant relatif aux recommandations de la convention AERAS et en avoir pris connaissance.

GARANTIES DÉCÈS ET INCAPACITÉ DE TRAVAIL - DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Je demande à bénéficier des garanties : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) - Incapacité de Travail (uniquement la garantie Décès - PTIA pour les co-emprunteurs n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de signature de la demande d'admission).

Quotité(s) à assurer :

- 1^{er} cas, emprunteur seul assuré, sans co-emprunteur : 100 % (obligatoire)
- 2^{ème} cas, emprunteur avec co-emprunteur assurés : Avant de cocher ci-dessous la case correspondant à votre choix, lire attentivement le paragraphe intitulé « quotités à assurer » du chapitre « admission » au sein du paragraphe « formalités d'admission » de la notice d'information.

| Formules proposées | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|-------|------|------|------|
| Emprunteur | 100 % | 70 % | 50 % | 30 % |
| Co-emprunteur | 100 % | 30 % | 50 % | 70 % |
| Cochez la formule choisie | | | | |

Je soussigné(e) déclare :

- Ne pas être actuellement, en Arrêt de Travail Total ou Partiel de travail pour maladie ou accident,
- Ne pas être soumis à un traitement médical régulier, ni être sous surveillance médicale particulière,
- Ne pas être atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique,
- Ne pas avoir eu au cours des 3 dernières années un Arrêt de Travail pour maladie ou accident, de plus de 30 jours consécutifs.

Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus et reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourrait entraîner la nullité de l'assurance, conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances, dont un extrait est reproduit dans la notice d'information,

Ou

Je ne suis pas en mesure de certifier exactes et sincères les déclarations ci-dessus, aussi je dois compléter le questionnaire Médical détaillé confidentiel.

Si le montant total à assurer est supérieur à 40 000 euros, complétez le questionnaire médical détaillé confidentiel

GARANTIE PERTE D'EMPLOI (RÉSERVÉE AUX EMPRUNTEURS ET CO-EMPRUNTEURS DE PRÊTS "1 % LOGEMENT")

Je soussigné(e), déclare :

- Exercer à titre principal une activité salariée non temporaire, non saisonnière à temps plein ou à temps partiel sous réserve que ce temps représente au moins 80 % de l'activité à temps plein, au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 6 mois chez un même employeur,
- Être susceptible de bénéficier, en cas de perte d'emploi, du revenu de remplacement prévu par les Articles L.5421-1 à L.5422-1 du Code du Travail, ou d'un revenu de remplacement assimilé pour les agents civils non fonctionnaires,
- Ne pas être au chômage, ni en période d'essai, ni en préavis suite à licenciement ou démission, ni en position de pré-retraite,
- Ne pas avoir fait l'objet d'une notification de licenciement ni d'une proposition de congé de conversion ou de reclassement par mon employeur au cours des 6 derniers mois,
- Être âgé(e) de moins de 62 ans.

J'adhère à la garantie perte d'emploi Je n'adhère pas à la garantie perte d'emploi

Je reconnais être informé(e), conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier et savoir qu'en cas de décès, le versement de la prestation sera subordonné à la production d'un certificat médical indiquant notamment les causes du décès. Je certifie exactes et sincères les réponses ci-dessus et déclare savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourrait entraîner la nullité de l'assurance conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances dont j'ai pris connaissance dans l'extrait reproduit dans la notice d'information. Je reconnais être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients : AXA - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.

Fait à :

le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Revêtu du cachet de CILGERE ou de l'Assureur, le présent document vaut certificat d'assurance.

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

Cachet de CILGERE ou de l'assureur

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si le déblocage des fonds devait intervenir au-delà de ce délai, les formalités seraient à renouveler. Le candidat peut demander à la Société communication et/ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés.

Demande d'admission au contrat n° 4195 - Exemple Assuré

Notice d'information sur le contrat N° 4195 entre RESSOURCES et AXA FRANCE VIE

Dans cette notice, la contractante désigne "RESSOURCES", le prêteur désigne l'organisme prêteur adhérent au contrat souscrit par "RESSOURCES", l'assureur désigne AXA FRANCE VIE.

OBJET DU CONTRAT

Le prêteur a souscrit à ce contrat d'assurances collectives pour permettre aux emprunteurs, co-emprunteurs et à leurs cautions de s'assurer pour les garanties suivantes : Décès, PTIA (Perte totale et Irréversible d'Autonomie), Incapacité de travail et le cas échéant si l'emprunteur en a fait le choix, pour la garantie Perte d'Emploi.

Le contrat est régi par le code des assurances dont l'article L.113-8 prévoit notamment : "INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, ET SOUS RESERVE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.132-26, LE CONTRAT D'ASSURANCE EST NUL EN CAS DE RETICENCE OU DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURE, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR L'ASSURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE.

LES PRIMES PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR, QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES PRIMES ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS."

INFORMATION DES ASSURÉS

Si vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses ou les conditions d'application du contrat, votre interlocuteur habituel d'AXA est en mesure de vous répondre.

Si les réponses apportées ne satisfont pas vos attentes, vous pouvez adresser une réclamation à **AXA SOLUTIONS COLLECTIVES** - Service Réclamations Clientèle - 11, boulevard des Bouvets - 92000 Nanterre.

A défaut d'accord, vous pouvez vous adresser au médiateur de l'assureur dont les coordonnées vous seront communiquées par le service clientèle.

Vous avez toujours accès aux autres voies d'actions légales.

Lors de la signature de la demande d'admission, vous avez reconnu être informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de votre dossier. Vous avez déclaré avoir pris connaissance des articles L.113-8 et L.113-9 du code des Assurances dont un extrait est reproduit ci-après :

"...Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur "

" L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat ..."

Vous reconnaissez être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, peut communiquer vos réponses ainsi que les données vous concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de votre dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de votre dossier. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients : AXA - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.

RENONCIATION

En accord avec la réglementation sur la vente à distance, vous disposez d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature de votre demande d'assurance, sans motif ni pénalité, par lettre recommandée envoyée avec accusé réception à CILGERE, sur le modèle suivant :

« Je soussigné (nom/prénom) souhaite renoncer à mon adhésion au contrat collectif n° 4195. Fait à, le Signature ».

Cet envoi, à compter de la date du cachet de la poste, met fin à l'ensemble des garanties de votre adhésion au contrat.

GENERALITES

La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et pendant la durée du contrat est le français.

Le contrat est régi par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est **L'AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL - SECTEUR ASSURANCE** - 61, rue Taïbout - 75436 PARIS Cedex 09.

ADMISSION

Conditions d'admission

DECES - INCAPACITE DE TRAVAIL

Peuvent postuler les personnes physiques âgées de plus de 18 ans demandant à bénéficier d'un prêt tel que défini au paragraphe "PRETS GARANTIS" en tant qu'emprunteur, co-emprunteur ou caution solidaire (toutefois la garantie incapacité de travail n'est acquise pour les cautions qu'après défaillance de l'emprunteur).

L'âge du postulant aux assurances ne doit pas excéder **67** ans à la date de signature de la demande d'admission.

PERTE D'EMPLOI

Peuvent postuler les personnes physiques (autres que les cautions solidaires) âgées de plus de 18 ans et de moins de **62** ans admissibles aux assurances DECES - INCAPACITE DE TRAVAIL et qui :

- exercent à titre principal une activité non temporaire, non saisonnière à temps plein ou à temps partiel sous réserve que ce temps représente au moins 80 % de l'activité à temps plein, au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 6 mois chez un même employeur,
- sont susceptibles de bénéficier, en cas de perte d'emploi, du revenu de remplacement prévu par les articles L.5421-1 à L.5422-1 du Code du travail ou d'un revenu de remplacement assimilé pour les agents civils non fonctionnaires,
- ne sont pas actuellement au chômage, ni en période d'essai, ni en préavis suite à licenciement ou démission, ni en position de préretraite,
- n'ont pas fait l'objet d'une notification de licenciement ni d'une proposition de congé de conversion ou de reclassement par leur employeur au cours des 6 derniers mois.

Formalités d'admission

L'assureur et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis par votre conseiller CILGERE et consultable à l'adresse suivante : www.aeras-infos.fr

Les dispositions de la convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes dispositions. Aussi, toute demande d'adhésion d'un candidat présentant un risque aggravé de santé est automatiquement transférée vers un dispositif de 2^{ème} niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2^{ème} niveau, l'assureur transmet le dossier au pool de réassurance du 3^{ème} niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

DECES - INCAPACITE DE TRAVAIL

Il est défini un MONTANT TOTAL A ASSURER égal à la somme des capitaux assurés restant dus au titre du présent contrat d'assurance de groupe à la date de demande d'admission et du montant du CAPITAL EMPRUNTE que multiplie la valeur de la QUOTITE ASSURÉE indiquée sur la demande d'admission.

QUOTITES A ASSURER

Vous devez impérativement indiquer la(les) quotité(s) à assurer sur votre demande d'admission. Il convient de respecter les règles suivantes :

1^{er} cas : vous êtes **emprunteur seul, sans co-emprunteur**, vous devez obligatoirement opter pour une quotité de **100 %**,

2^{ème} cas : vous êtes **emprunteur avec co-emprunteur assurés**, vous devez choisir l'une des 4 formules prévues dans le tableau ci-dessous :

| Formules | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------|-------|------|------|------|
| Emprunteur | 100 % | 70 % | 50 % | 30 % |
| Co-emprunteur | 100 % | 30 % | 50 % | 70 % |

Les pourcentages seront identiques pour toutes les garanties décès et incapacité de travail et ne pourront être modifiés en cours de prêt.

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt, l'assureur limite toujours sa garantie au montant maximal des prestations qui serait dû pour une seule personne assurée à 100 %.

Chaque postulant doit remplir et signer une demande d'admission et, selon le MONTANT TOTAL A ASSURER, répondre aux questionnaires médicaux de l'assureur et satisfaire aux formalités et examens médicaux qui peuvent lui être demandés.

MONTANT TOTAL A ASSURER INFÉRIEUR OU ÉGAL A 40 000 euros : DEMANDE D'ADMISSION AVEC DECLARATION D'ETAT DE SANTE.

MONTANT TOTAL A ASSURER SUPÉRIEUR A 40 000 euros – et inférieur ou égal à 150 000 euros : DEMANDE D'ADMISSION ET QUESTIONNAIRE MÉDICAL DÉTAILLÉ.

Le Conseil Médical de l'assureur peut demander des renseignements complémentaires. En fonction de ses conclusions, l'assureur décide alors :

- d'accepter la demande :
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
 - sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties,
- de refuser la demande.

PERTE D'EMPLOI

L'adhésion est facultative pour tout postulant admissible aux assurances DECES - INCAPACITE DE TRAVAIL. Le choix doit être formulé au plus tard à la date d'acceptation de l'offre de prêt et est considéré comme définitif.

Pour la garantie Perte d'Emploi, la quotité est fixée à 100 % par personne assurée.

ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

Le montant total des capitaux assurés, pour l'ensemble des prêts accordés par le prêteur et garantis par l'assureur est limité, pour chaque assuré, à :

- **40 000 euros** (quarante mille euros), pour les prêts de la catégorie A (1 % logement)
- **150 000 euros** (cent cinquante mille euros), pour les prêts des catégories B ou C (ci-après définis).

Prêts garantis

CATEGORIE A

prêts de type "1 % logement", d'une durée inférieure ou égale à 20 ans, amortissables par mensualité ou trimestrialité et ne comportant pas de différé d'amortissement d'une durée supérieure à 18 mois.

CATEGORIE B

prêts remboursables au terme, d'une durée n'excédant pas 24 mois.

CATEGORIE C

Prêts accordés dans le cadre de la convention du 14 mai 1997 signée entre l'Etat et l'Union d'Economie Sociale pour le Logement.

- **Catégorie C1** : Prêts pour le financement du dépôt de garantie d'une durée maximale de 36 mois,

- **Catégorie C2** : Prêts relais remboursables en une seule fois au terme pour l'acquisition d'une nouvelle résidence principale,

- **Catégorie C3** : Prêts relais d'une durée maximale de 4 ans amortissables par trimestrialités et comportant un différé d'amortissement de 3 ans maximum pour le financement temporaire du coût supplémentaire,

- **Catégorie C4** : Prêts destinés au remboursement total ou partiel de prêts immobiliers aidés ou réglementés et de prêts complémentaires à ceux-ci d'une durée maximale de 15 ans ou à l'allègement de quittance d'une durée d'un an.

Pour l'ensemble de ces catégories, le taux d'intérêt annuel du prêt ne doit pas dépasser 5 %.

Effet des garanties et des assurances

Les assurances prennent effet à date définie aux paragraphes " DÉCÈS-INCAPACITE DE TRAVAIL " et " PERTE D'EMPLOI ", sous réserve des dispositions relatives à la vente à distance ci-après et du paragraphe " RENONCIATION ".

Vente à distance

Conformément aux dispositions des articles L.112-2-1 du Code des assurances et L.121-20-13 du Code de la consommation, l'assurance prend effet à l'expiration du délai légal de renonciation de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion à l'assurance. Toutefois, en cas de demande expresse du postulant, et sous réserve du paiement des cotisations, l'assurance **prend effet** à la date d'acceptation de l'offre de prêt par le postulant.

DECES - INCAPACITE DE TRAVAIL

Les assurances et garanties prennent effet à la date d'acceptation des risques par l'assureur et au plus tôt, à la date d'acceptation de l'offre de prêt par le postulant, sous réserve du paiement des cotisations.

Toutefois, :

- tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par l'assureur, la couverture du risque DECES ACCIDENTEL est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt et la couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne devient effective qu'au jour de l'acceptation par l'assureur,
- si au vu des conclusions du Conseil Médical, l'assureur se prononce sur le refus de l'admission du postulant, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification du refus de l'assuré.

PAR DECES ACCIDENTEL, IL FAUT ENTENDRE LE DECES RESULTANT DIRECTEMENT DE L'ACTION VIOLENTE ET SOUDAIN D'UNE CAUSE EXTERIEURE FORTUITE ET INDEPENDANTE DE LA VOLONTE DE L'ASSURE.

IL EST PRECISE QUE LE DECES CONSECUTIF A L'ACCIDENT DOIT SURVENIR DANS LES SIX MOIS QUI SUIVENT LA DATE DUDIT ACCIDENT.

LE DECES N'EST PAS CONSIDERE COMME ACCIDENTEL S'IL EST LA CONSEQUENCE DIRECTE D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE.

DE MEME, LES ACCIDENTS CARDIO-VASCULAIRES AINSI QUE LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX NE SONT PAS CONSIDERES COMME ACCIDENTS AU SENS DE CETTE GARANTIE. IL EST EGLEMENT PRECISE QUE DANS LE CAS OU L'ASSUREUR NE PEUT STATUER SUR L'ADMISSION AVANT L'EXPIRATION DU SIXIEME MOIS A COMPTER DE LA DATE DE LA DEMANDE D'ADMISSION, LA COUVERTURE DU RISQUE DE DECES ACCIDENTEL CESSE SIX MOIS JOUR POUR JOUR A COMPTER DE LADITE DATE.

PERTE D'EMPLOI

Pour les personnes admises à l'origine du prêt, l'assurance prend effet à la date d'acceptation de l'offre de prêt par le postulant, sous réserve du paiement des cotisations. Il est institué un délai d'attente pour bénéficier des garanties de :

- 6 mois décomptés à partir de la date d'effet de l'assurance pour tout assuré exerçant effectivement à cette date une activité professionnelle,
- 12 mois décomptés à partir de la date effective de reprise de travail pour tout assuré dont le contrat de travail serait suspendu soit pour congé parental, soit pour congé sabbatique lors de la prise d'effet de l'assurance.

La garantie ne sera acquise qu'à l'issue de ce délai d'attente. Ne peuvent donner lieu à aucune indemnisation, quelle que soit la durée du chômage :

- Tout licenciement notifié au salarié durant ce délai (date d'envoi de la lettre de licenciement faisant foi)
- Toute rupture de contrat de travail faisant suite à un congé de conversion ou de reclassement proposé au salarié pendant cette période et accepté par celui-ci (date de proposition faite au salarié de bénéficier de ce congé faisant foi).

La garantie sera acquise immédiatement, dès que l'assuré pourra justifier de 6 mois d'activité salariée à temps plein ou à temps partiel, sous réserve que ce temps représente au moins 80 % de l'activité à temps plein, au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée chez un même employeur.

Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- en cas de déchéance du terme du prêt garanti,
- lors du remboursement total, anticipé ou non du prêt garanti,
- en cas de non paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du Code des Assurances,
- à la date du départ à la retraite y compris retraite pour inaptitude au travail ou à la date de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable en ce qui concerne les assurances INCAPACITE DE TRAVAIL et PERTE D'EMPLOI,

et, au plus tard,

- le dernier jour du mois au cours duquel l'assuré atteint :
- son **62^e anniversaire** de naissance en ce qui concerne la garantie PERTE D'EMPLOI,
- son **67^e anniversaire** de naissance en ce qui concerne les garanties PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE et INCAPACITE DE TRAVAIL,
- son **75^e anniversaire** de naissance en ce qui concerne la garantie DECES.

Bénéficiaire des prestations

Le bénéficiaire du contrat est le prêteur. Toutefois, pour les garanties Incapacité de travail et Perte d'emploi, le bénéficiaire peut être l'assuré, à la demande expresse du prêteur.

GARANTIE DECES

Indemnisation

La prestation versée est égale :

- Pour les prêts relevant des catégories A, C1, C3 ou C4 :
au montant du capital restant dû au lendemain de la dernière échéance précédant le décès que multiplie le POURCENTAGE ASSURE figurant sur la demande d'admission, majorés des intérêts courus entre la date de la dernière échéance et la date du décès.
- Pour les prêts relevant des catégories B ou C2 :
au montant du capital emprunté que multiplie le POURCENTAGE ASSURE figurant sur la demande d'admission.

Ne sont pas pris en compte les retards de paiement d'échéances, pénalités ou intérêts de retard.

Fin de la garantie

- à votre **75^e anniversaire** de naissance,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme de chaque prêt.

Risques exclus :

Sont exclus les risques de décès qui sont la conséquence :

- du **suicide de l'assuré s'il survient au cours de la première année d'assurance sauf pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale dans la limite du montant mentionné au décret visé par l'article L.132-7 du Code des assurances (120 000 € au 01/01/2004),**
- des **conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.**

GARANTIE PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)

Vous serez considéré en état de PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE si, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, vous ne pouvez plus définitivement vous livrer à aucune activité vous procurant gain ou profit. Vous devez en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

De plus, si vous êtes salarié, vous devez être classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 3^e catégorie ou bénéficier au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles d'une majoration pour tierce personne.

La réalisation du risque perte totale et irréversible d'autonomie ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant l'expiration de la garantie définie au paragraphe "CESSATION DES GARANTIES."

Montant de la prestation

L'assureur verse le capital défini à la garantie Décès à la date de reconnaissance de votre PTIA au sens du contrat.

Le versement du capital met fin à l'ensemble des garanties de ce contrat.

Fin de la garantie

DECES - INCAPACITE DE TRAVAIL

- à votre **67^e anniversaire** de naissance,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme de chaque prêt.

Risques exclus :

- les **maladies et accidents résultant du fait volontaire de l'assuré,**
- les **maladies et accidents résultant de tentative de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L 324-1 du code de la Sécurité sociale.**

GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Il est précisé que la garantie ne concerne que les assurés - titulaires d'un prêt relevant des catégories A, C2, C3 ou C4,

- qui exercent une activité professionnelle salariée ou non salariée tant à la date d'entrée dans l'assurance qu'au moment du sinistre,
- La garantie n'est acquise pour les cautions qu'après défaillance de l'emprunteur si elles prennent en charge les échéances depuis au moins 6 mois à la date du sinistre.

Définitions

Vous êtes en incapacité de travail si vous êtes contraint d'interrompre totalement votre activité professionnelle sur prescription médicale, par suite de maladie ou d'accident, et si votre état de santé vous interdit l'exercice de toute activité professionnelle. Si vous êtes salarié, vous devez en outre bénéficier des prestations en espèces de la Sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

A la date de consolidation de votre état de santé, et au plus tard trois ans après votre arrêt de travail :

- **Si vous êtes salarié,** vous devez bénéficier en outre d'une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale ou, en cas d'incapacité permanente au moins égale à 33 %, d'une rente de la Sécurité Sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles. L'assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis dans les conditions du paragraphe "CONTRÔLE EN CAS DE PTIA OU D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL" prévu ci-après.

- **Si vous n'êtes pas salarié,** le médecin expert de l'assureur fixe votre taux contractuel d'incapacité. Ce taux est déterminé en fonction des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique, suite à votre accident ou à votre maladie appréciée par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise). Ce barème est utilisé par les experts médicaux et est conforme aux recommandations de la convention AERAS.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité par rapport à votre profession. Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Les taux contractuels d'incapacité sont ainsi répertoriés :

| TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE | TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 10 | | | | | 33% | 36% | 40% | 43% | 46% |
| 20 | | | | 36% | 41% | 46% | 50% | 54% | 58% |
| 30 | | | 36% | 42% | 47% | 52% | 57% | 62% | 67% |
| 40 | | 33% | 40% | 46% | 52% | 58% | 63% | 69% | 74% |
| 50 | | 35% | 43% | 50% | 56% | 62% | 68% | 74% | 79% |
| 60 | | 37% | 45% | 53% | 60% | 66% | 73% | 79% | 84% |
| 70 | | 39% | 48% | 55% | 63% | 70% | 77% | 83% | 89% |
| 80 | | 41% | 50% | 58% | 66% | 73% | 80% | 87% | 93% |
| 90 | 33% | 43% | 52% | 60% | 69% | 76% | 83% | 90% | 97% |
| 100 | 34% | 44% | 54% | 63% | 71% | 79% | 86% | 93% | 100% |

Si votre taux contractuel d'incapacité est égal ou supérieur à 33 %, vous bénéficiez des prestations de la garantie.

Les arrêts de travail correspondant à la période du congé légal de maternité de la Sécurité sociale, que l'assurée y soit ou non assujettie, ne sont pas pris en charge. L'assurée pourra à nouveau bénéficier de la garantie dès la fin du congé légal de maternité. Lorsqu'un assuré est en congé parental d'éducation ou en congé sabbatique, la garantie incapacité de travail est suspendue pendant la durée normale du congé, l'assuré peut à nouveau bénéficier de la garantie dès la reprise de son activité à la fin de son congé. Pour les cas ci-dessus et lorsque l'origine d'un arrêt garanti se produit durant une période de congé, le point de départ de la franchise sera décompté à l'issue de la fin du congé concerné.

Versements des prestations

Les prestations sont dues à l'issue d'un délai de franchise de **90 jours** d'incapacité continue et complète de travail. Ce délai débute au premier jour de chaque arrêt de travail. Le premier versement de l'assureur, pour les assurés salariés, débute à l'issue de la période de franchise dès réception des documents à fournir en cas de sinistre tels que visés au paragraphe "DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE".

L'assureur n'applique pas la franchise si, après une période d'incapacité de travail indemnisée par l'assureur, l'assuré a repris une activité professionnelle pendant **moins de 60 jours** et s'il est de nouveau en incapacité de travail pour la même maladie ou le même accident.

L'assureur verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés.

Montant des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des échéances dues pendant l'incapacité, affectées du pourcentage assuré. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Le montant de la prestation journalière est égal à 1/30^e de la mensualité venant à échéance dans la limite de 14 euros quel que soit le montant des prêts garantis par l'assureur. En cas de reprise d'une activité professionnelle à temps partiel sur prescription médicale (mi-temps thérapeutique pour les salariés), l'indemnité journalière versée par l'assureur est égale à 75 % du 1/30^e de la mensualité venant à échéance dans la limite de 11 euros, quel que soit le montant des prêts garantis par l'assureur.

A compter de la consolidation de l'état de santé de l'assuré, et au plus tard trois ans après le début de l'arrêt de travail, le maintien des prestations est fonction du taux contractuel d'incapacité ou de la reconnaissance par la sécurité sociale de l'invalidité au vu du classement dans une catégorie d'invalides, l'assureur se réservant le droit de faire expertiser l'assuré.

- Si le taux contractuel d'incapacité est **égal ou supérieur à 66 %**, les prestations sont **maintenues** (3^e ou 2^e catégorie de la SS).
- Si le taux contractuel d'incapacité est supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % (ou 1^{ère} catégorie de la SS), l'indemnité journalière versée par l'assureur est égale à **75 % du 1/30^e de la mensualité venant à échéance dans la limite de 11 euros**, quel que soit le montant des prêts garantis par l'assureur.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt intervenues moins de six mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'incapacité de travail,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le prêteur.
- pour les prêts relais et les prêts in fine, le montant du capital.

Prescription et délai de déclaration

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Vous devez déclarer votre arrêt de travail dans les 210 jours qui suivent le premier jour d'arrêt de travail.

Si vous déclarez votre arrêt au-delà de ce délai, l'assureur le prend en charge à compter du jour de réception de votre déclaration sans application du délai de franchise.

Fin des prestations et de la garantie

- dès que votre taux contractuel d'incapacité est inférieur à 33 %,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle à temps complet,
- à votre **67^e** anniversaire de naissance,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme de chaque prêt,
- à la date de votre préretraite ou de votre retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail.

Risques exclus :

- **les maladies et les accidents dont la première constatation est antérieure à la date d'effet des garanties,**
- **les maladies et accidents résultants du fait volontaire de l'assuré,**
- **les maladies et accidents résultant de tentative de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L 324-1 du code de la Sécurité sociale,**
- **les accidents résultant de la consommation par l'assuré de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre,**
- **les accidents résultant de l'usage par l'assuré de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,**
- **les rixes auxquelles l'assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,**
- **les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'insurrection ou d'émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,**
- **les maladies et accidents provenant d'une transmutation de l'atome ou de la radioactivité,**
- **les blessures ou lésions survenant ou contractées au cours de toute compétition sportive autre que celle de pur amateurisme,**

- **les conséquences de la pratique de sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes, vol sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel,**
- **les arrêts de travail correspondant à la période du congé légal de maternité de la Sécurité sociale, que vous y soyez ou non assujettie.**

CONTROLE EN CAS DE PTIA OU D'INCAPACITE DE TRAVAIL

L'assureur se réserve le droit de désigner un médecin afin d'examiner l'assuré pour contrôler son état de santé. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de tout versement. Les honoraires médicaux relatifs à cet examen seront à la charge de l'assureur. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin de l'assureur, sur l'INCAPACITE DE TRAVAIL ou la PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE d'AUTONOMIE, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix pourra être désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Vous supporterez avec l'assureur par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage.

Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Il est précisé que la garantie ne concerne que les assurés titulaires d'un prêt relevant de la catégorie A (1% logement),

- qui ont choisi l'option facultative Perte d'Emploi à la date d'admission à l'assurance.
- qui exercent une activité professionnelle salariée tant à la date d'entrée dans l'assurance qu'au moment du sinistre.

Définitions

Chômeur au sens du contrat

Est considéré comme chômeur au sens du contrat, tout assuré qui :

- justifie qu'au jour précédent son licenciement, il bénéficiait d'une activité salariée à temps plein ou à temps partiel, sous réserve que le temps partiel retenu représente au moins 80 % de l'activité à temps plein, au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins SIX MOIS chez un même employeur,
- bénéficie du revenu de remplacement prévu aux articles L.5421-1 à L.5422-1 du Code du travail.

Date d'entrée en chômage

Le premier jour au titre duquel est versé le revenu de remplacement prévu par les articles L.5421-1 à L.5422-1 du Code du travail.

Délai de franchise

Les prestations sont dues à l'expiration d'un délai de franchise de **90 jours** d'indemnisation au titre du revenu de remplacement prévu aux articles L.5421-1 à L.5422-1 du Code du travail.

Ces 90 jours peuvent être discontinus mais ils doivent néanmoins s'insérer dans une période de 120 jours continus.

Risques exclus :

L'assureur couvre tous les risques de perte d'emploi à l'exclusion :

- **des mises en retraite,**
- **des démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par le Pôle Emploi ou assimilés,**
- **des fins de contrat de travail à durée déterminée, emplois temporaires et saisonniers,**
- **des fins de période d'essai,**
- **des licenciements ne donnant pas droit au revenu de remplacement prévu aux articles L.351-1 à L.351-26 du code du travail,**
- **du chômage partiel : on entend par chômage partiel toute période de chômage n'entraînant pas la rupture du contrat de travail,**
- **du chômage débutant avant le terme du délai d'attente,**
- **du chômage débutant après expiration de la garantie, par exemple, lorsque l'assuré a résilié son adhésion ou en cas de non-paiement des cotisations,**
- **de toute forme de cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi notamment contrat de solidarité, accord F.N.E., mise en préretraite, convention sociale de la sidérurgie,**
- **des licenciements atteignant le conjoint ou les descendants d'un chef d'entreprise lorsque ce dernier les emploie, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise,**
- **des licenciements pour faute grave.**
- **la rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée, visée aux articles L.1237-11 à L.1237-16 du code du travail.**

Période d'indemnisation

Tout chômeur au sens du contrat, bénéficie d'une période dite "PERIODE D'INDEMNISATION" durant laquelle s'effectue l'indemnisation de l'assureur.

La date de début d'indemnisation par l'assureur est fixée au 1^{er} jour indemnisé au titre du revenu de remplacement et postérieur au délai de franchise.

Reprise d'activité réduite

Pendant la période d'indemnisation, l'assuré peut reprendre une activité réduite et percevoir en même temps une partie de ses allocations Pôle Emploi ou organismes assimilés. L'assureur continuera alors à régler les indemnités journalières au titre de chaque jour où sera versé le revenu de remplacement et ce, jusqu'au terme de sa période d'indemnisation.

Reprise d'activité suivie d'une nouvelle PERTE D'EMPLOI

Après une période d'indemnisation, en cas de reprise d'activité suivie d'une nouvelle perte d'emploi :

- Si l'assuré répond aux dispositions prévues au paragraphe "CHOMEUR AU SENS DU CONTRAT", l'assureur ouvre une nouvelle PERIODE D'INDEMNISATION.

Cette nouvelle PERIODE D'INDEMNISATION annule tout droit au reliquat du nombre d'indemnités journalières restant dues, au titre de la PERIODE D'INDEMNISATION précédente.

- Si l'assuré ne répond pas aux dispositions prévues au paragraphe "CHOMEUR AU SENS DU CONTRAT", l'assureur verse le reliquat du nombre d'indemnités journalières restant dues au titre de la PERIODE D'INDEMNISATION précédente. Il ne sera pas appliqué un nouveau délai de franchise.

Fin de l'indemnisation

Pour chaque période d'indemnisation, le nombre d'indemnités journalières versées par l'assureur est limité à **300** ou **600** s'il a justifié d'une reprise d'activité de travail d'au moins 90 jours continus au cours de ladite période.

Le nombre de périodes d'indemnisation n'est pas limité. Une nouvelle période s'ouvre lorsque l'assuré répond aux conditions prévues au paragraphe "CHOMEUR AU SENS DU CONTRAT".

Par prêt, le nombre cumulé d'indemnités journalières versées par l'ASSUREUR pour toute la durée du prêt est limité à **720**.

Indemnisation

Versement des prestations

Les prestations sont dues à l'issue du DELAI DE FRANCHISE.

L'assureur verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours de chômage justifiés et à terme échu selon le rythme prévu par l'échéancier.

Montant des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des échéances dues pendant la Perte d'Emploi. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales. La base des indemnités journalières est égale à 1/30^e de la mensualité venant à échéance.

Le montant de la prestation journalière est égal à 75 % de la base des indemnités journalières. Le montant maximal de l'indemnité journalière versée par l'assureur est fixé à **11 euros** par assuré quel que soit le nombre de prêts garantis.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt intervenues moins de six mois avant la Perte d'Emploi ou pendant la période de chômage,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le prêteur.

En cas de chômage ouvrant droit à indemnisation intervenant dans les SIX MOIS suivant une majoration d'échéance, la mensualité prise en compte pour le calcul de la base des indemnités journalières est celle en vigueur antérieurement à la dite majoration. Cette base reste constante pendant toute la durée du chômage.

Aucune modification du plan d'amortissement pendant une période de chômage ne peut être prise en compte.

Prescription et délai de déclaration

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Vous devez déclarer votre perte d'emploi dans les 210 jours qui suivent la date d'entrée en chômage.

Si vous déclarez votre perte d'emploi au-delà de ce délai, l'assureur la prend en charge à compter du jour de réception de votre déclaration sans application du délai de franchise.

Suspension du paiement des prestations

Le paiement des prestations est suspendu :

- dès que l'assuré reprend une activité rémunérée sous réserve des dispositions prévues pour les reprises d'activité réduite,
- le 91^e jour qui suit la date de suspension du revenu de remplacement par suite de maladie ou d'accident.

Cessation du paiement des prestations

Les versements cessent :

- à la date de cessation de versement du revenu de remplacement,
- à la date de départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail ou à la date de mise en situation de retraite ou de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable,
- au plus tard, lorsque le nombre maximal d'indemnités journalières a été versé,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'assuré atteint son **62^{ème}** anniversaire de naissance,

et, en tout état de cause,

- au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

Révision des dispositions réglementaires

Il est convenu qu'en cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires d'application des articles L 351-1 à L 351-26 du Code du travail, l'assureur peut suspendre ou modifier les dispositions de la garantie PERTE D'EMPLOI.

Il en avertira alors les assurés par courrier par l'intermédiaire de la contractante.

DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Le sinistre doit être déclaré à l'assureur.

Vous devez fournir les documents suivants :

En cas de décès

- l'acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant notamment les causes du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe.

En cas de PTIA

- une attestation médicale remplie par votre médecin traitant et vous-même, sur l'imprimé de l'assureur,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

et si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- la notification de la pension d'invalidité troisième catégorie établie par la Sécurité sociale, ou la notification de la rente accident du travail à 100 %.

En cas d'incapacité de travail

- une attestation médicale remplie par votre médecin traitant et vous-même, sur l'imprimé de l'assureur,
- une copie de votre pièce d'identité,
- votre RIB ou RIP,
- et à compter de votre arrêt de travail :

Si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé,

- vos bordereaux d'indemnités,
- la notification d'attribution de votre pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- vos justificatifs de paiement de pension ou rente.

Sinon,

- les certificats médicaux d'arrêt de travail.

En cas de perte d'emploi

- une attestation de l'employeur justifiant la durée du contrat de travail précédant le licenciement,
- le contrat de travail concernant l'emploi exercé à la date d'admission à l'assurance en cas de changement d'employeur,
- la lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le Pôle Emploi ou par l'Etat,
- les décomptes d'allocations Pôle Emploi ou assimilé depuis l'origine,
- le tableau d'amortissement du prêt.
- une copie de votre pièce d'identité,
- votre RIB ou RIP,

L'assuré devra fournir par la suite tant qu'il est bénéficiaire des prestations le décompte des allocations Pôle Emploi ou assimilé.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de votre demande.

COTISATION

La cotisation est due à partir du jour de la prise d'effet des assurances. La cotisation, taxes actuelles comprises, est fonction des garanties retenues sur la demande d'admission.

Les garanties sont consenties moyennant le paiement par l'assuré d'une **cotisation unique** versée à la date d'effet des assurances. Elle est fixée en pourcentage du **montant initial du prêt**, multiplié par la durée initiale du prêt, dans la limite de l'engagement de l'assureur.

En cas de remboursement anticipé, 50 % du prorata de la cotisation affectés à la période restant à courir seront remboursés à l'assuré, si ce dernier n'a eu aucun sinistre depuis son adhésion au contrat.



ADDITIF A LA NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT N° 4195

SOUSCRIT PAR LA CONTRACTANTE : « RESSOURCES »

AUPRES DE L'ASSUREUR : AXA FRANCE VIE

INFORMATION DES ASSURES

Le chapitre « INFORMATION DES ASSURES » de la Notice d'Information n°4195-01/2012 est complété par les dispositions suivantes :

RENONCIATION

En accord avec la réglementation sur la vente à distance, vous disposez d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature de votre demande d'assurance, sans motif ni pénalité, par lettre recommandée envoyée avec accusé réception à CILGERE, sur le modèle suivant :

« Je soussigné (nom/prénom) souhaite renoncer à mon adhésion au contrat collectif n° 4195.

Fait à, le Signature »

Cet envoi, à compter de la date du cachet de la poste, met fin à l'ensemble des garanties de votre adhésion au contrat.

GENERALITES

La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et pendant la durée du contrat est le français.

Le contrat est régi par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

ADMISSION

Les dispositions prévues au paragraphe « **date d'effet des garanties et des assurances** » du chapitre « ADMISSION » de la Notice d'information n° 4195-01/2012 sont complétées par les dispositions suivantes :

Date d'effet des garanties et des assurances

Les assurances prennent effet à date définie aux paragraphes «DECES-INCAPACITE DE TRAVAIL» et «PERTE D'EMPLOI», sous réserve des dispositions relatives à la vente à distance ci-après et du paragraphe « RENONCIATION ».

Vente à distance

Conformément aux dispositions des articles L.112-2-1 du Code des assurances et L. 121-20-13 du Code de la consommation, **l'assurance prend effet** à l'expiration du délai légal de renonciation de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion à l'assurance.

Toutefois, en cas de demande expresse du postulant, et sous réserve du paiement des cotisations, l'assurance prend effet à la date d'acceptation de l'offre de prêt par le postulant.



CILGERE

Contrat n° 4195

Je soussigné(e) : Nom Prénom

- Demande expressément une prise d'effet de mon contrat d'assurance avant l'expiration du délai de renonciation de 30 jours, et au plus tôt à la date d'acceptation de l'offre de prêt.
- Reconnais par **le présent récépissé**, avoir reçu un exemplaire de la notice d'information n° 4195-01/2012, et avoir pris connaissance des termes du présent Additif à la notice.

Fait à :

Le :

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »

DOCUMENT A JOINDRE A LA DEMANDE D'ADMISSION