NOTE D'INFORMATION
Contrat d'assurance sur la vie

PÉRÉNIM

ASSURANCE DE PRÊT

AFI·ESCA
Groupe Burrus

0625

PÉRÉNIM

ASSURANCE DE PRÊT

CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES

Une souscription à titre personnel ou professionnel.

Une souscription de 18 à 84 ans.

Une couverture décès possible jusqu'à 90 ans.

Une assurance 100% équivalente aux exigences de garanties et critères bancaires.

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

UNE ÉLIGIBILITÉ SIMPLIFIÉE

Une souscription simple et rapide :

- Un unique questionnaire médical de 5 questions pour les moins de 46 ans et jusqu'à 1 500 000 €
- Jusqu'à 500 000 € sans sollicitation d'un tiers (suppression du rapport médical)
- Des économies grâce à un tarif personnalisé, tenant compte de votre situation professionnelle et de vos habitudes de vie

NOS AVANTAGES PRODUITS

Une compagnie qui s'engage dès l'émission de votre contrat. Quelle que soit l'évolution de votre état de santé (suite maladie ou accident) avant la prise d'effet de votre contrat, la décision communiquée reste inchangée !

Un contrat qui s'adapte à votre mode de vie :

- Vos nouvelles pratiques sportives après souscription sont assurées sans nouvelles démarches à effectuer
- Un changement de profession ? Vous restez assuré, sans aucune restriction ni majoration
- Pas de majoration pour les fumeurs occasionnels
- Les affections dorsales et psychiatriques sont garanties sans condition d'hospitalisation
  (sauf antécédents nécessitant une étude compagnie)
- Une extension de la garantie I.T.T., l'Aide à la Famille, permettant la prise en charge temporaire partielle de vos échéances de prêt si vous êtes contraints d'interrompre votre activité professionnelle pour assister votre enfant mineur.

QUELQUES PROCÉDURES UTILES

AU BON DÉROULEMENT DE LA SOUSCRIPTION AINSI QUE DES PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS DE LA VIE DE VOTRE CONTRAT PÉRÉNIM

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 (situation personnelle, activités sportives et professionnelles, séjour,...) 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, les autres examens sont à effectuer auprès du ou des professionnel(s) 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

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 – CS 30019 – 59042 Lille Cedex au plus tard **dans un délai de 3 mois** concernant les garanties P.T.I.A., I.P.T, I.P.P., I.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 sa 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 – CS 30019 - 59042 Lille Cedex.

AFI·ESCA

SOMMAIRE

1 GLOSSAIRE P.6

2 ARTICLES P.7

Article 1 - Objet de l'assurance P. 07
1.1 Les garanties P. 07
1.2 Les options P. 07
1.3 Documents contractuels P. 07

Article 2 - Bénéficiaire des prestations d'assurance P. 07
2.1 Bénéficiaire des prestations versées en cas de décès P. 07
2.2 Bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès P. 07

Article 3 - Admission à l'assurance P. 08
3.1 Activité professionnelle de l'Assuré à la souscription P. 08
3.2 Conditions de résidence de l'Assuré P. 08
3.3 Conditions relatives au Prêt et à l'Organisme prêteur P. 08

Article 4 - Modalités de souscription - Déclaration et acceptation du risque P. 08

Article 5 - Date de conclusion du contrat - Prise d'effet des garanties - Durée du contrat P. 09

Article 6 - Couverture accidentelle immédiate P. 10

Article 7 - Prestations P. 10
7.1 En cas de Décès P. 10
7.2 En cas de P.T.I.A., d'I.P.T. et d'I.P. P. 10
7.3 En cas d'I.T.T. et d'I.P.P. P. 10
7.4 Définition du taux contractuel d'invalidité lié aux garanties I.P.T et I.P.P P. 11
7.5 Détermination de l'état d'Invalidité Professionnelle P. 12

Article 8 - Garantie Invalidité Spécifique AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) P. 12
8.1 Définition P. 12
8.2 Conditions d'admission - Cessation de la garantie P. 12
8.3 Prestations P. 12
8.4 Exclusions P. 12

Article 9 - Etendue territoriale des garanties P. 12

Article 10 - Modification des garanties P. 12

Article 11 - Cessation des garanties P. 13

Article 12 - Exclusions P. 13
12.1 Exclusions communes à toutes les garanties P. 13
12.2 Exclusions concernant les garanties I.P.T., I.P., I.T.T. et I.P.P. P. 14
12.3 Exclusions spécifiques aux garanties I.T.T. et I.P.P. P. 14

SOMMAIRE (suite)

Article 13 - Formalités P. 14
13.1 En cas de Décès P. 14
13.2 En cas de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.P. ou d'I.P.P. P. 14
13.3 En cas d'I.T.T. P. 15

Article 14 - Calcul des Primes P. 15
14.1 Tarification P. 15
14.2 Montant et fractionnement des primes P. 15

Article 15 - Frais divers P. 15

Article 16 - Défaut de paiement P. 15

Article 17 - Résiliation P. 16

Article 18 - Langue- Loi applicable - Réclamations - Médiation - Autorité de contrôle P. 16

Article 19 - Information du souscripteur P. 16

Article 20 - Faculté de renonciation P. 16

Article 21 - Contrôle de l'état de santé de l'Assuré - Arbitrage P. 16

Article 22 - Convention de preuve P. 17

Article 23 - Prescription P. 17

Article 24 - Protection des données personnelles P. 17

Article 25 - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme P. 18

Article 26 - Impôts et taxes P. 18

GLOSSAIRE

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, Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. En conformité avec la loi AGEC (Lutte contre le Gaspillage Alimentaire et l'Economie Circulaire), AFI ESCA a adhéré à l'éco-organisme CITEO sous le numéro 567555_AFI.ESCA : FR340363_01KAMH lui permettant de déclarer et payer une écocontribution sur ses Papiers Graphiques.

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

Concepteurs : AFI ESCA et AFI ESCA PATRIMOINE

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.

DROM (Départements et régions d'outre-mer) : la Guyane française, la Guadeloupe, la Martinique, Mayotte et la Réunion.

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.

France métropolitaine : Ensemble constitué par le territoire continental de la France, et par les îles françaises proches, de la Manche, de l'Océan Atlantique et de la Méditerranée (dont la Corse). Par extension, les principautés de Monaco et d'Andorre seront considérées, dans le présent contrat, comme faisant partie de la France métropolitaine.

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 garanti(e), d'exercer sa profession et qu'il n'exerce aucune autre activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit.
- *L'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 garanti(e), 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.
L'Aide à la Famille est une extension spécifique de la garantie I.T.T. ; elle permet à l'Assuré contraint de cesser partiellement ou totalement son activité professionnelle afin d'assister son enfant mineur, atteint d'une maladie grave, d'un handicap ou victime d'un accident grave de la vie, de bénéficier, dans les limites et conditions énoncées par le présent contrat, d'une prise en charge temporaire partielle des échéances de prêt.

Intervention Chirurgicale : Acte médical qui consiste le plus souvent à extraire une structure ou à atteindre un organe à traiter après incision sur un patient anesthésié en milieu stérile. Les Interventions Chirurgicales sont des actes manuels pratiqués par les chirurgiens et doivent être codifiés comme des actes chirurgicaux selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) : L'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale, lorsqu'il présente, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e) et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 66 %, conformément au tableau figurant à l'article 7.4.

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) : L'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle, lorsqu'il présente, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), 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 7.4.

Invalidité Professionnelle (I.P.) : L'Assuré est considéré en Invalidité Professionnelle lorsqu'il est médicalement reconnu, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), et après consolidation de son état, dans l'impossibilité absolue et définitive d'exercer la profession, déclarée à la souscription du contrat d'assurance.

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

Organisme prêteur : Établissement bancaire ou financier qui a consenti un Prêt au Souscripteur ou à l'Assuré.
Ce terme peut également désigner, dans le présent document toute personne physique octroyant un Prêt.

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

Prêt : Financement accordé par un Organisme prêteur à l'Assuré, ou au Souscripteur, s'il est différent de l'Assuré. Dans le présent document, seront également désignés par le terme « Prêt » le crédit-bail et la location avec option d'achat.

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., I.P. 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., d'I.P. ou d'I.P.P.

Souscripteur : Personne physique ou morale, contractant du Prêt, qui accepte les termes du contrat et paie les primes. L'Assuré et le Souscripteur peuvent être la même personne.

ARTICLE 1 OBJET DE L'ASSURANCE

Le Contrat d'Assurance emprunteur est un contrat individuel d'assurance sur la vie, destiné à la couverture de prêts.

1.1. - Les garanties

Le présent contrat comporte une garantie obligatoire : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
Quatre garanties complémentaires sont également proposées :
- L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
- L'Invalidité Professionnelle (I.P.),
- L'Incapacité Temporaire et Totale de Travail (I.T.T.),
- L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).

Ces garanties sont définies au glossaire.
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.
(d) Décès - P.T.I.A. - I.P. - I.P.T.
(e) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T.
(f) Décès - P.T.I.A. - I.P. - I.P.T. - I.T.T.
(g) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T. - I.P.P.
(h) Décès – P.T.I.A. – I.P. – I.P.T.- I.T.T. – I.P.P.
Concernant les combinaisons c), d), f) et h), celles-ci peuvent être choisies uniquement lorsque le cumul de capitaux assurés pour un même Assuré, est inférieur ou égal à 2 500 000 €.

1.2. - Les options

À la souscription, il est proposé à l'Assuré ayant souscrit des garanties complémentaires, de choisir une ou les deux options suivantes :
- L'option « Extension Poursuite d'Activité », ouverte aux assurés ayant souscrit les formules b), c), d), e), f), g) ou h), qui permet d'allonger la durée des garanties complémentaires (I.P.T., I.P., 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.
- L'option «IPP 100 %» est ouverte aux assurés ayant souscrit les formules g) ou h).

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

1.3. - Documents contractuels

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.

ARTICLE 2 BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

Compte tenu de l'objet de l'assurance, l'Organisme prêteur, dès lors qu'il est désigné, directement ou indirectement, bénéficiaire du contrat, est réputé en avoir accepté le bénéfice.
Le capital versé à un Bénéficiaire autre qu'un Organisme prêteur sera affecté, sous la responsabilité du Bénéficiaire, au remboursement du capital restant dû sur le Prêt faisant l'objet de la couverture.

2.1. - Bénéficiaire des prestations versées en cas de décès

Le Souscripteur désigne, dans la Proposition d'assurance, le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès.
À défaut d'acceptation par le Bénéficiaire, le Souscripteur peut modifier à tout moment cette désignation.
Cette substitution ne peut cependant être opérée qu'avec l'accord de l'Assuré, lorsque celui-ci n'est pas le Souscripteur. Elle peut être réalisée soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire.

2.2. - Bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès

S'agissant des garanties autres que le décès, le Bénéficiaire des prestations versées est déterminé de la manière suivante :
- si l'Organisme prêteur est désigné, directement ou indirectement (cession en garantie, convention séquestre, ...) bénéficiaire en cas de décès, le Bénéficiaire des garanties autres que le décès est également l'Organisme prêteur ;
- si l'Organisme prêteur n'est pas désigné, directement ou indirectement, bénéficiaire en cas de décès, et si le contrat est souscrit par une personne physique, le Bénéficiaire des garanties autres que le décès est l'Assuré ;
- si l'Organisme prêteur n'est pas désigné, directement ou indirectement, bénéficiaire en cas de décès et si le contrat est souscrit par une personne morale, le Bénéficiaire des garanties autres que le décès est le Souscripteur.

ARTICLE 3 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.

3.1. - Activité professionnelle de l'Assuré à la souscription

Pour les garanties I.T.T. et I.P.P., la personne à assurer 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 qu'un extrait de KBIS ou un procès-verbal d'Assemblée Générale.
Pour être admise à la garantie I.P., la personne à assurer doit exercer en libéral exclusivement l'une des professions suivantes : médecin généraliste, médecin spécialiste, chirurgien(ne), chirurgien(ne)-dentiste, sage-femme, pharmacien(ne), kinésithérapeute, infirmier(ère), ambulancier(ère), audioprothésiste, épithésiste, ergothérapeute, masseur(se)-kinésithérapeute, ocullariste, orthoprothésiste, orthoptiste, orthophoniste, ostéopathe, pédicure-podologue, podo-orthésiste, psychomotricien(ne), puériculteur(trice), vétérinaire, biologiste médical.
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.

3.2. - Conditions de résidence de l'Assuré

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en France métropolitaine, ou dans les DROM.

3.3. - Conditions relatives au Prêt et à l'Organisme prêteur

Le Prêt doit remplir les conditions cumulatives suivantes :
- correspondre à une des opérations suivantes : prêt amortissable, prêt par paliers, prêt in fine, prêt relais, crédit-bail ou location avec option d'achat ;
- être consenti par un Organisme prêteur situé sur le territoire de l'Union européenne ou en Suisse. Néanmoins, s'il s'agit d'un prêteur personne physique, celui-ci doit impérativement être domicilié en France métropolitaine, ou dans les DROM ;
- être rédigé en français ;
- être libellé en euros ou en francs suisses.

Les conditions de garantie des Prêts en francs suisses seront détaillées aux Conditions particulières.
L'Assureur se réserve la possibilité d'accepter de garantir des Prêts ne remplissant pas les critères énumérés ci-dessus, après étude spécifique, et dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions particulières.

ARTICLE 4 MODALITÉS DE SOUSCRIPTION – DÉCLARATION ET ACCEPTATION DU RISQUE

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.

La personne à assurer est tenue de répondre à des questions relatives à sa situation personnelle (activité professionnelle, sports pratiqués, déplacements à l'étranger, etc), de se soumettre à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de la souscription, et de fournir tout document que l'Assureur jugerait nécessaire à l'étude du dossier.
Les examens médicaux doivent être réalisés en France métropolitaine, ou dans les DROM ; les résultats d'examens doivent être rédigés en français ; les frais occasionnés sont remboursés, selon le barème communiqué lors de la souscription, 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.
S'il refuse le risque, l'Assureur en informe l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception et rembourse les sommes versées à la souscription.
Si l'Assureur accepte le risque moyennant surprime(s) et/ou exclusion(s) médicale(s), l'Assuré doit donner son accord sur les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

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 6).

L'ensemble des déclarations effectuées par le Souscripteur et l'Assuré servent de base au contrat, 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, déplacements à l'étranger), sauf dans le but de lever une éventuelle exclusion.

L'Assuré est en revanche tenu d'informer l'Assureur dans le cas où il fixerait son domicile hors de France métropolitaine, ou des DROM. Dans ce cas, l'Assureur se réserve la possibilité de résilier les garanties complémentaires des assurés. 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.
Il est précisé que les formalités de souscription peuvent être accomplies en ligne. Dans ce cas, le questionnaire de risque, les conditions d'acceptation et la Proposition d'assurance sont signés par voie électronique, et les documents d'information précontractuelle ainsi que les Conditions particulières sont mis à la disposition de la personne à assurer sur son espace personnel.

Convention AERAS – Droit à l'oubli – Grille de référence

Pour les opérations qui y sont éligibles, le candidat à l'assurance peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), qui vise à faciliter l'accès à l'emprunt des personnes rencontrant des difficultés à s'assurer en raison de leurs antécédents médicaux et dont l'Assureur s'engage à respecter les dispositions.
Aux termes de cette convention, toute personne ayant été atteinte de certaines pathologies bénéficie, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de souscrire des garanties d'assurances emprunteur sans réserve concernant cet antécédent.
Le détail de ces dispositions est disponible dans le document d'information relatif au droit à l'oubli remis au candidat préalablement au remplissage de son Questionnaire Médical, et sur le site internet de la Convention « AERAS » (www.aeras-info.fr).

ARTICLE 5 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 exclusion médicale,
- soit à la date où l'Assuré donne son accord sur les conditions spécifiques qui lui sont proposées, sous réserve de la réception des pièces nécessaires à l'émission des Conditions particulières.

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 20).

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, matérialisée par l'acceptation de l'offre de Prêt par le Souscripteur.
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 garantie des fonds éventuellement débloqués.
Le surplus est réglé, sous réserve que l'Assuré et le Souscripteur soient la même personne, au conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses héritiers légaux.

Toutefois, aucune prestation n'est 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 est alors résilié, et l'Assureur procède au remboursement des primes versées depuis le premier anniversaire de la date de prise d'effet des garanties.
En cas d'abandon de l'opération de prêt par le Souscripteur, les sommes perçues par l'Assureur depuis la souscription sont remboursées **sous déduction d'une indemnité de 50 euros et des frais de sélection médicale,** et le contrat est 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 prend 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 doit être établi pour ajuster la durée du contrat à celle du Prêt et les primes correspondantes.

ARTICLE 6 COUVERTURE ACCIDENTELLE IMMÉDIATE

Pendant la période d'accomplissement des formalités de souscription, et sous réserve qu'une offre de prêt ait été émise, l'Assuré est garanti contre le risque Décès par Accident pour le montant du capital assuré, **dans la limite de 300 000 (trois cent 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 5,
- 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 7 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(des) Prêt(s) fournies à la souscription et reprises dans les Conditions particulières ou dans le dernier avenant.

7.1. - En cas de Décès

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date du décès de l'Assuré, en multipliant par la quotité garantie :
- le capital restant dû sur le Prêt ou,
- la somme des loyers (hors taxes ou TTC, selon qu'il s'agit d'opérations soumises ou non à la TVA, ou ouvrant ou non droit à la déduction de la TVA) restant dus au titre du contrat de crédit-bail ou de location avec option d'achat, majorée de la valeur résiduelle du bien, si cela a été prévu à la souscription.

7.2. - En cas de P.T.I.A., d'I.P.T et d'I.P.

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T et d'I.P. en multipliant par la quotité garantie :
- le capital restant dû sur le Prêt ou,
- la somme des loyers (hors taxes ou TTC, selon qu'il s'agit d'opérations soumises ou non à la TVA, ou ouvrant ou non droit à la déduction de la TVA) restant dus au titre du contrat de crédit-bail ou de location avec option d'achat, majorée de la valeur résiduelle du bien, si cela a été prévu à la souscription.

7.3. - 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 2 500 000 €, 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 sont donc diminuées au prorata.
Pour pouvoir demander le bénéfice de ces garanties, l'Assuré caution doit 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, sauf en cas de prime unique acquittée à la souscription.
L'intervention de l'Assureur se limite aux échéances de Prêt ou aux loyers venant à échéance pendant la durée de prise en charge.
Les prestations sont calculées en tenant compte de la quotité garantie, et au prorata de la durée de prise en charge.

Mise en œuvre 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 échéances de Prêt (capital et intérêts),
- pour les contrats de crédit-bail et de location avec option d'achat : les échéances de loyers (hors taxes ou TTC, selon qu'il s'agit d'opérations soumises ou non à la TVA, ou ouvrant ou non droit à la déduction de la TVA),
- pour les crédits in fine et les prêts relais : les intérêts échus. Le capital emprunté compris dans la dernière échéance n'est pas pris en charge. De même, dans le cas d'un prêt achat-revente, l'échéance correspondant au remboursement du bien vendu n'est pas 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 médicalement à 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 échéances de Prêt à hauteur de 50 % de la quotité garantie, pendant toute la durée du mi-temps thérapeutique, dans la limite de 12 mois, sous réserve de production par l'Assuré des justificatifs correspondants.

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 n'est pas appliquée, sous réserve que cette rechute intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.
La franchise n'est pas appliquée non plus dans le cas où la garantie I.T.T. est mise en œuvre à la suite d'une prise en charge au titre de l'I.P.P.

Mise en œuvre de l'extension Aide à la Famille (A.F.)
Elle est subordonnée à la réunion des 3 conditions suivantes :
- Un enfant mineur, à charge du foyer fiscal de l'Assuré, est atteint, postérieurement à la prise d'effet du contrat, d'une maladie grave, d'un handicap, ou victime d'un accident grave, rendant indispensables une présence continue ainsi que des soins lourds et contraignants ;
- L'Assuré cesse partiellement ou totalement son activité professionnelle afin d'assister son enfant mineur ;
- L'Assuré perçoit l'Allocation Journalière de Présence Parentale (A.J.P.P.) versée par la Caisse d'Allocations Familiales (C.A.F.).

L'Assuré bénéficiant déjà de l'A.J.P.P. à la date de prise d'effet de la garantie I.T.T., ou ayant formulé une demande d'A.J.P.P. antérieurement à cette date, ne bénéficiera d'aucune prise en charge au titre de l'extension A.F.
L'Assureur prend en charge, à compter de la date de perception par l'Assuré de l'A.J.P.P., sans application de la franchise, les échéances de Prêt à hauteur de 50% de la quotité garantie, pendant toute la durée de la présence parentale de l'Assuré, et tant que ce dernier bénéficie de l'A.J.P.P., **dans la limite de 14 mois**, renouvelable une fois, sous réserve de production par l'Assuré des justificatifs correspondants.
La prestation versée au titre de cette extension de garantie est plafonnée à 4 000 euros par mois et par Assuré.
Les prestations cessent immédiatement, en cas de mise en jeu des garanties P.T.I.A. et I.P.T., et ne peuvent se cumuler avec les prestations susceptibles d'être réglées dans le cadre de l'I.T.T. (hors extension A.F.) ou de l'I.P.P.
La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation des garanties, précisés à l'article 11.

Mise en œuvre 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.
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.

Mise en œuvre de l'option « IPP 100 % »
L'Assureur verse, à compter de la date de consolidation de l'I.P.P., et pendant toute la durée de l'invalidité, le même montant de prestation qui serait dû dans le cadre de la garantie I.T.T.
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.

7.4. - Définition du taux contractuel d'invalidité lié aux garanties I.P.T. et I.P.P.

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 en vigueur au jour du sinistre.
Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte de la profession exercée au jour du sinistre et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.
S'agissant d'un Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte principalement des occupations habituelles de l'Assuré au jour du sinistre.

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

Barème du Taux contractuel d'invalidité									
IP \ IF	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									

7.5. - Détermination de l'état d'Invalidité Professionnelle

L'état d'invalidité est apprécié par l'Assureur sur la base d'une expertise médicale réalisée par le médecin expert désigné par l'Assureur, en tenant compte des conditions normales d'exercice de la profession, déclarée à la souscription, et des possibilités d'exercice qui subsistent après recours à un appareillage médical adapté (prothèse, canne...) et à un équipement adapté des outils et lieux de travail de l'Assuré.
Pour ouvrir droit à garantie, l'invalidité doit être consolidée avant la date de cessation de garantie, prévue à l'article 11 et mentionnée aux Conditions particulières ou au dernier avenant.

ARTICLE 8 GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ)

La convention AERAS vise à faciliter l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé. Dans le cadre de cette convention, et pour les opérations qui y sont éligibles, la garantie Invalidité Spécifique AERAS (I.S.A.) est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie I.P.T ou la garantie I.P. a été refusée ou que l'une des deux garanties a été proposée avec une exclusion, pour des raisons médicales.

8.1. - Définition

La garantie Invalidité Spécifique AERAS ne constitue pas une option ; elle ne peut être sollicitée directement par l'Assuré.
Elle correspond à une incapacité professionnelle couplée à une incapacité fonctionnelle.
L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires, ou d'une notification d'inaptitude totale de la profession pour les non-salariés.
L'incapacité fonctionnelle est appréciée par le médecin-conseil d'AFI ESCA selon le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Elle peut également, si nécessaire, être évaluée, au cours d'une expertise médicale, par le médecin expert désigné par l'Assureur. Dans ce cas, l'Assuré peut, s'il le désire, se faire accompagner par le médecin de son choix.
Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel la prestation intervient est fixé à 70 %.

8.2. - Conditions d'admission - Cessation de la garantie

Pour être admise à la garantie I.S.A., la personne à assurer doit être âgée de moins de 65 ans et exercer une activité professionnelle rémunérée.
La garantie cesse au 65ème anniversaire de l'Assuré, et dans tous les autres cas prévus à l'article 11.

8.3. - Prestations

La prise en charge est due, à compter de la date de consolidation de l'I.S.A., et pendant toute la durée de l'invalidité.
Les prestations versées par l'Assureur se calculent en multipliant par la quotité garantie les échéances de Prêt, et ne peuvent excéder la perte de revenu subie par l'Assuré.
La perte de revenu de l'Assuré est déterminée par différence entre :
- d'une part le revenu professionnel mensuel moyen des 12 derniers mois pendant lesquels il exerçait une activité professionnelle,
- et d'autre part les revenus mensuels provenant des prestations versées au titre des régimes de base obligatoires et/ou complémentaires.

L'intervention de l'Assureur se limite aux échéances de Prêt venant à terme pendant la durée de prise en charge.
Le montant des prestations est calculé au prorata de la durée de prise en charge.
Le versement des prestations cesse dans tous les cas de cessation des garanties, précisés à l'article 11.

8.4.- Exclusions

Les exclusions mentionnées aux articles 12.1, 12.2 et 12.3 sont applicables à la garantie I.S.A.

ARTICLE 9 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont assurées dans le monde entier, y compris dans le cadre de déplacements à titre personnel, professionnel ou humanitaire, dans les limites fixées par les articles 8.4 et 12.

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), d), e), f), g) ou h) mentionnées à l'article 1.1.
L'accord écrit de l'Organisme prêteur est indispensable s'il est désigné, de façon directe ou indirecte (cession en garantie, convention séquestre, ...) 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.
Aucune formalité médicale supplémentaire ne sera à accomplir, dans le cas d'une demande d'augmentation de garanties liée à l'allongement de la durée de prêt, sous réserve que l'allongement de la durée de garantie ne soit pas supérieur à 5 ans et que cette possibilité soit prévue au moment de la souscription dans l'offre de prêt.
Aucune modification du Prêt, survenant au cours d'un arrêt de travail donnant lieu à une prise en charge par l'Assureur, et ayant pour effet l'augmentation du montant des échéances de Prêt, ne sera prise en compte. 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,...), afin que l'Assureur procède soit à la résiliation, soit à la modification du contrat, et au remboursement éventuel des primes versées à tort.
À cet effet, le Souscripteur adresse à l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement ainsi qu'une attestation de l'Organisme prêteur.
En cas de réception par l'Assureur d'information, relative à un remboursement anticipé (total ou partiel) à 5 ans et plus du remboursement anticipé, aucun remboursement de primes ne pourra intervenir.
En cas de réalisation d'un risque garanti, les modifications qui n'ont pas été déclarées à l'Assureur, ne lui sont pas opposables si elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire, et ne peuvent donner lieu à aucun remboursement de primes si l'engagement de l'Assureur est diminué.
Dans tous les cas, et sous réserve du paiement effectif de la prime y afférente, un avenant prenant acte des modifications est établi. 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 du terme du Prêt ou de son remboursement anticipé total,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal et/ou caution d'une personne morale Souscriptrice cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite personne morale Souscriptrice.
- à la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prononcée par le prêteur,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
  - pour la garantie Décès, au 90ème anniversaire de l'Assuré,
  - pour la garantie P.T.I.A., au 70ème anniversaire de l'Assuré,
  - pour les garanties I.P.T., I.P., I.P.P. et I.T.T., au jour de la cessation définitive d'activité professionnelle, au départ en retraite, à la mise en retraite/préretraite (sauf pour raisons médicales), et, au plus tard, au 65ème anniversaire de l'Assuré (ou au plus tard, au 70ème 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 résiliation du contrat suite à l'utilisation de pièces falsifiées ou tout autre type de fraude ou tentative de fraude,
- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès, P.T.I.A., I.P.T. ou I.P.

ARTICLE 12 EXCLUSIONS

12.1. - Exclusions communes à toutes les garanties

Aucune garantie n'est due lorsque 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, **sauf dans le cas d'une restructuration de Prêt ou d'un Prêt ayant fait l'objet d'un changement d'assurance,** le risque de suicide est 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,**
- **guerres civiles ou étrangères, insurrections, émeutes, mouvements populaires, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme, attentats, mouvements de grève, complots, actes de sabotage, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires et les policiers, dans l'exercice de leur profession sur le territoire français, dans les DROM, les COM ou la Nouvelle-Calédonie, ne sont pas visés par cette exclusion,**
- **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.** Ces effets sont toutefois pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un dysfonctionnement d'instruments médicaux ou d'une mauvaise manœuvre dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient.
- **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 par les textes français régissant**

la circulation automobile et/ou sous l'empire de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites,
- **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 I.P.T., I.P., I.T.T. et I.P.P.

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

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,
- fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique,
La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1225-17 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 – CS 30019 – 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.
En cas d'utilisation de pièces falsifiées ou tout autre type de fraude ou tentative de fraude, aucune prestation ne sera due. Le contrat sera alors résilié de plein droit.

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,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'Accident ou de mort non naturelle, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- en cas de décès à l'étranger, un certificat de décès établi par la représentation du pays de nationalité de l'Assuré (consulat ou ambassade) dans le pays concerné,
- en cas de décès d'un Assuré survenu dans le pays dont il est ressortissant, un certificat de décès établi par toute autorité du pays concerné habilitée à délivrer des actes d'état civil,
- 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 reconnait 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., d'I.P. ou d'I.P.P.

Dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de consolidation de son état de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.P. ou d'I.P.P., 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,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'Accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- le tableau d'amortissement actualisé 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., d'I.P.T. ou d'I.P., ou 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.

Concernant l'I.P., le médecin-conseil de l'Assureur statuera sur l'état d'invalidité de l'Assuré après réception du rapport d'expertise.
En cas de déclaration tardive, si l'Assureur justifie d'un préjudice lié à l'impossibilité 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., d'I.P. 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.**
En cas de déclaration tardive, si l'Assureur justifie d'un préjudice lié à l'impossibilité 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,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'Accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- le tableau d'amortissement actualisé 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.
Pour la mise en œuvre de l'extension Aide à la Famille (A.F.), l'Assuré est tenu de transmettre à l'Assureur, l'attestation des droits de l'Assuré à l'Allocation Journalière de Présence Parentale (A.J.P.P.), ainsi que les décomptes mensuels de paiement de la prestation par la C.A.F.

ARTICLE 14 CALCUL DES PRIMES

14.1. - 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 garantie, 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 prévue au contrat de crédit-bail ou de location avec option d'achat.

14.2. - 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 échéances 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 ou intégralement à la souscription (Prime unique).
Le fractionnement ne donne lieu à aucuns frais supplémentaires.

ARTICLE 15 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 lié à une renégociation du Prêt dans le même organisme bancaire, ou à un remboursement anticipé partiel, occasionne des frais d'un montant de 15 €, à régler par le Souscripteur.

ARTICLE 16 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 17 RÉSILIATION

À tout moment, le Souscripteur peut résilier son contrat en adressant, au Service Clients d'AFI ESCA, CS 30019, 59042 Lille Cedex, ou par le biais du site internet d'AFI ESCA (rubrique : contact - résiliation), sa demande accompagnée de la copie recto verso d'une pièce d'identité. L'Assureur devra confirmer la réception de la demande.
Les garanties prendront fin à la date demandée par le Souscripteur, et au plus tôt, à la date d'envoi de la demande de résiliation 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 18 LANGUE – LOI APPLICABLE – RÉCLAMATIONS – 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.
Tous documents administratifs et médicaux communiqués dans le cadre de l'instruction des sinistres seront fournis, s'ils sont rédigés en langue étrangère, dans leur langue d'origine, accompagnés de leur traduction en français.
Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La charte AFI ESCA sur le traitement des réclamations, ainsi que celle de la Médiation de l'Assurance, sont disponibles sur le site Internet de l'Assureur : www.afi-esca.com.
Toute réclamation concernant l'exécution du contrat doit être adressée à AFI ESCA Traitement des réclamations - CS 30441 - 67008 STRASBOURG CEDEX ou à contact-qualite@afi-esca.com.
La réclamation peut également être formulée par le biais du site internet d'AFI ESCA (rubrique : Nous Contacter - Déposer une réclamation).
En cas de désaccord sur la réponse apportée, le service juridique peut être saisi ; une seconde réclamation peut être adressée à AFI ESCA Traitement des réclamations - Service Juridique - CS 30441 - 67008 STRASBOURG CEDEX ou juridique@afi-esca.com
Si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, ou deux mois après l'envoi de votre première réclamation, l'avis du Médiateur de l'Assurance (personne indépendante de l'Assureur) peut être sollicité. Les conditions d'accès à ce médiateur sont détaillées dans la charte AFI ESCA sur le traitement des réclamations.
Toute réclamation effectuée est sans préjudice du droit d'intenter une action en justice.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest - CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 19 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 20 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 5, il adresse au Service Clients d'AFI ESCA, CS 30019, 59042 Lille Cedex, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant : « Madame, Monsieur, 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 21 CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ – 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 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. **À ce titre, aucune prise en charge ne pourra être accordée jusqu'à réception du rapport d'expertise par notre Médecin Conseil.** Cette expertise sera systématique en cas d'I.P.
L'expertise sera réalisée en France métropolitaine, ou dans les DROM auprès d'un médecin expert indépendant missionné par l'Assureur.
Les frais de rapatriement de l'Assuré en France, et de déplacement du médecin expert sont à la charge de l'Assuré.
À l'occasion de cette expertise, l'Assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par l'autorité médicale de son choix.
Sauf cas de force majeure, le refus de faire procéder à la vérification de son état de santé par les Médecins et des Délégués de l'Assureur (refus de la mise en place de l'expertise, absence de l'Assuré en rendez-vous, refus de répondre aux questions ou refus d'un examen physique), entraîne la déchéance du droit aux prestations.

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 Judiciaire du Siège de l'Assureur) qui tranche souverainement. Les frais et honoraires du tiers expert sont partagés, mais chaque partie conserve à sa charge les frais et honoraires du médecin qui l'assiste.

ARTICLE 22 CONVENTION DE PREUVE

L'ensemble des documents transmis par le Souscripteur, et l'Assuré s'il est différent, sont numérisés dès réception par l'Assureur.
Les parties reconnaissent que les documents numérisés ont, entre elles, la même valeur probante que des originaux, et renoncent expressément à contester la recevabilité, la validité et la force probante de ces documents, du seul fait de leur forme électronique ou de leur transmission par procédé électronique.

ARTICLE 23 PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance selon les conditions de l'article L.114-1 du Code des assurances.
La prescription est portée à dix ans lorsque le(s) Bénéficiaire(s) est (sont) une personne distincte du Souscripteur.
La prescription est interrompue dans les conditions prévues par l'article L.114-2 du même Code par le Bénéficiaire ou le Souscripteur, en ce qui concerne le règlement des prestations.
Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Art. L.114-1 du Code des assurances :
« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1 - En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2 - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Art. L.114-2 du Code des assurances :
« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».
Les causes ordinaires d'interruption (articles 2240 à 2245 du Code civil) susvisées sont :
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- Une demande en justice (y compris en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Art. L.114-3 du Code des assurances :
« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.»

ARTICLE 24 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et à la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : https://www.afi-esca.com/informations/rgpd.
L'Assureur, en sa qualité de Responsable de traitement, est amené dans le cadre de l'étude de la demande de contrat d'assurance ou de capitalisation et de l'exécution du Contrat à collecter des données personnelles relatives aux parties et autres personnes concernées par le contrat ; ces données ne sont pas collectées à des fins de prospection commerciale.
L'Assureur s'engage à ce titre à se conformer, et à faire respecter par ses collaborateurs et sous-traitants, la législation afférente en vigueur, notamment la loi 78-17 modifiée.

Ces données sont exclusivement destinées à l'Assureur, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi que le cas échéant, aux autorités administratives, fiscales, judiciaires, françaises et/ou étrangères.
Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables.
Les parties et autres personnes concernées par le contrat bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement relatif aux données les concernant ainsi qu'un droit à la portabilité, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@afi-esca.com ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, CS 30019, 59042 Lille Cedex. S'agissant des données collectées exclusivement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 25 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Dans le cadre de ses obligations visant à lutter contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, l'Assureur peut être amené à interroger les intervenants au contrat (Souscripteur, Assuré, Bénéficiaire, payeurs,...) pour obtenir des informations ou documents complémentaires, au moment de la souscription, en cas de sinistre, mais également en cas de renonciation et de résiliation anticipée du contrat.

ARTICLE 26 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

CONDITIONS \ GARANTIES			DÉCÈS	PTIA	IPT	IP	ITT	IPP	IPP 100%	PERTE D'EMPLOI	OPTION EPA
ÂGE DE L'ASSURÉ	Cessation des garanties		90ème anniversaire de l'Assuré	70ème anniversaire de l'Assuré	65ème anniversaire de l'Assuré					67ème anniversaire de l'Assuré	70ème anniversaire de l'Assuré
LIEU DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ	France métropolitaine (1) et DROM (2)		✓								
	Autres pays		*Offre PÉRÉNIM Expatriés et Résidents hors de France*								
CARACTÉRISTIQUES DU PRÊT	Organisme prêteur	En France	✓								
		À l'étranger	L'organisme prêteur doit être situé dans l'Union européenne ou en Suisse								
	Devises	Euros	✓								
		Francs Suisses	Selon conditions détaillées aux Conditions particulières								
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		Garantie plafonnée à 2 500 000 €					Garantie plafonnée à 150 000 €	Selon garantie souscrite

(1) France continentale, dont la Corse, et par extension les principautés de Monaco et d'Andorre.
(2) Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, la Réunion.

ASSURANCE EMPRUNTEUR_NL_ 0625

www.afi-esca.com

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. ADEME : 567555_AFI ESCA : FR340363_01KAMH.
Adresse postale : AFI ESCA - CS 30019 - 59042 Lille Cedex.

AFI ESCA PATRIMOINE : Société de courtage d'assurance. Société par Actions Simplifiée au capital de 130 000 euros ent. versés. R.C.S. Strasbourg 418 903 290. N° T.V.A. FR 95 418 903 290. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. N° ORIAS : 07 008 442 - www.orias.fr.