

COMMENT CONSTITUER VOTRE DOSSIER

- o Pour la bonne marche, nous vous invitons à remplir la demande individuelle d'affiliation :

- Préciser votre état civil.
- N'oubliez pas d'indiquer votre future adresse si l'emprunt concerne l'achat de votre prochaine résidence principale.
- Indiquer la durée du prêt, le montant total, le taux de l'emprunt, ainsi que le pourcentage assuré sur votre tête.
- Cocher le type de prêt (les prêts immobiliers classiques sont des prêts amortissables), ainsi que l'option choisie (vérifier quelles sont les garanties demandées auprès de votre organisme prêteur).
- Préciser la périodicité du paiement de la cotisation.
- Apposer date et signature avec mention « Lu et approuvé ».
- Compléter le questionnaire médical général.
- Faire compléter le certificat médical par votre diabétologue ou votre médecin traitant.
- Faire établir un certificat d'adhésion par l'AFD ou joignez la demande d'adhésion AFD à votre dossier d'assurance en y agrafant le chèque de cotisation.

- o Pour le respect des règles de confidentialité, nous vous remercions de :

- Mettre le questionnaire médical et le certificat médical dans une enveloppe confidentielle "SECRET MEDICAL"
- Joindre dans cette enveloppe les pièces médicales qui vous sont réclamées (des copies suffisent).

- o Pour contribuer à la réduction des délais, adressez **l'ensemble** du dossier à :

ALLIANZ
Direction Régionale des Opérations Collectives
TSA 31007
67018 STRASBOURG

(**Certificat d'adhésion à l'AFD**, ou bulletin et chèque, demande individuelle d'affiliation, dossier médical sous enveloppe confidentielle).

Et **une version numérisée de la demande individuelle d'affiliation** à gestion@euroditas.fr

- o Vous conserverez :

- la notice d'information du contrat,
- une copie de la demande individuelle d'affiliation, ainsi qu'une copie de votre dossier médical,
- l'autorisation de prélèvement, qu'il faudra fournir **OBLIGATOIREMENT** avec un RIB, si vous acceptez la proposition d'assurance.

- o Notez bien:

L'"*Attestation annuelle de suivi médical*" jointe au dossier doit être tamponnée par votre diabétologue ou votre médecin traitant et conservée. Vous en recevrez un nouvel exemplaire tous les ans en janvier que vous pourrez faire compléter lors de votre rendez-vous habituel. **Conservez-les précieusement** car, en cas de sinistre, vous devrez produire les 5 dernières attestations, preuve de votre suivi médical.

Bulletin de souscription AFD à remplir et à joindre à votre dossier d'assurance

Merci de cocher la case correspondante :

I - Vous souscrivez au contrat suivant :

- Contrat Emprunteur AFD/Allianz n°5230 Contrat Prévoyance AFD/Allianz n° 490247

2 - Votre situation :

- Je suis adhérent de l'AFD, je joins à ma demande un certificat (demandé auprès de l'AFD).
- Je ne suis pas adhérent de l'AFD. Je règle directement un droit annuel d'un montant de : **30 €** (chèque à établir à l'ordre de l'AFD) et je remplis le cadre ci-dessous.

Merci de remplir en lettres capitales :

Mme, Mlle, M., Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Bâtiment : _____ Etage : _____ Appartement : _____

Résidence : _____

Boîte aux lettres : _____ Boîte postale : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Région/Pays : _____

Tél. en cas d'urgence : _____ Tél. (2) : _____

Adresse E-Mail : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____ Année de début du diabète : _____

Traitement : Insuline Comprimé Régime Pompe Sans

En cas de changement d'adresse, merci de noter ici votre nouvelle adresse :

Cadre réservé à Euroditas

Date de début :

Date de fin :

Informations nominatives : Les informations recueillies par l'AFD relatives à l'adhérent et à l'abonné bénéficiaire de la protection de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978. Elles pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès, de rectification ou d'opposition par courrier auprès de l'AFD -88, rue de la Roquette, 75544 Paris cedex 11- dans les conditions prévues par la délibération CNIL n°80-10 du 1er avril 1980. Par ailleurs, l'AFD et le réseau d'associations fédérées se réserve le droit d'utiliser et/ou de communiquer les informations concernant l'adhérent à des instituts de sondage, d'étude de marché et/ou à des personnes physiques ou morales, sociétés, ou associations partenaires dans le cadre d'opérations. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case jointe. *

Confidentiel

Contrat Association Française des Diabétiques – AFD

Contrat n°5230

Nom

Prénom

Quelles que soient les réponses données dans le questionnaire médical général, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au Médecin Conseil du service médical d'Allianz.

Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou vous avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté au **Médecin Conseil du service médical d'Allianz** dont l'adresse figure ci-dessous.

Allianz
Direction des Opérations Collectives
A l'attention du Médecin Conseil
Emprunteurs
TSA 31007
67018 Strasbourg Cedex



Questionnaire d'état de santé

Personne demandant à être assurée au titre du contrat n° _____ Nom : _____ Prénom(s) : _____
Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin

Réseau de commercialisation : _____

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne demandant à être assurée, qui doit prendre seule connaissance des questions et y répondre seule, soit sur place, soit à son domicile.

Important !

Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil Allianz - Direction des Opérations Collectives - Emprunteurs - TSA 31007 - 67018 Strasbourg Cedex. Vous y êtes formellement invité si au moins l'une de vos réponses aux questions posées est positive. Vous pouvez préférer opter, pour des raisons personnelles ou en cas d'urgence, pour une transmission de votre questionnaire et de vos pièces médicales en faxant vous-même au Service Médical d'Allianz 01 30 68 73 33. Si vous ne souhaitez pas ce mode de transmission, n'oubliez pas de mettre ces documents sous enveloppe confidentielle adressée au Médecin.

Les informations administratives et médicales recueillies font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de la demande en cours. Le présent document médical sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical, ainsi que tous autres documents qui seront nécessaires pour le traitement de ce dossier.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant votre demande à Allianz - Informatique et Libertés - Tour Neptune - Case courrier 1304 - 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex ou par courriel : DQRCDV@allianz.fr

La signature du présent questionnaire vaut acceptation tacite de votre part pour sa transmission au service médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical.

Veillez compléter :

Consommation journalière de tabac _____ paquet(s) Consommation journalière d'alcool _____ verre(s)

Taille en cm	140 - 145	146 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200
Poids maximum en kg	62	68	72	77	82	88	93	99	104	110	116	122

Répondre par
OUI ou NON

Si oui, indiquer :

1 Votre poids, par rapport à votre taille, est-il supérieur à la limite indiquée dans le tableau ci-dessus ?

Votre taille : _____ cm
Votre poids : _____ kg

2 Actuellement, votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle à plein temps (hors congé légal de maternité) ou suivez-vous un traitement médical ?

Depuis quelle date ? _____
Pour quels motifs ? _____
Citer les médicaments, soins, traitements : _____

Au cours des 5 dernières années :

3a Vous a-t-on prescrit un ou des traitement(s) médicaux (médicamenteux, kinésithérapie, psychothérapie ou autres) de plus de 3 semaines consécutives (sauf pour affections saisonnières, contraception, ménopause) ?

A quelles dates ? _____
Pour quels motifs ? _____
Nature, et durée du traitement : _____

3b Vous a-t-on prescrit un ou des arrêt(s) de travail de plus de 3 semaines consécutives (hors congé légal de maternité) * ?
* cas particulier d'un arrêt de travail pour fractures, tendinopathies et entorses : vous n'avez à le déclarer que si vous avez choisi de souscrire la garantie Arrêt de Travail.

A quelles dates ? _____
Pour quels motifs ? _____
Nature, et durée du traitement : _____

4a Au cours des 5 dernières années :

Un des examens spécialisés suivants a-t-il mis en évidence une anomalie : analyse de sang, électrocardiogramme, radiographie, endoscopie, échographie, scanner, IRM ou autre ?

Lesquels ? _____
A quelles dates ? _____
Transmettre les comptes rendus des examens concernés sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil du service médical d'Allianz.

4b Devez-vous subir prochainement, un ou plusieurs de ces examens dans le cadre du diagnostic d'une pathologie ?

A quelles dates ? _____
Pour quels motifs ? _____

5a Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné dans un établissement de soins y compris en ambulatoire, ou subi une intervention chirurgicale (sauf appendicectomie, amygdalectomie, cure de hernie inguinale ou hiatale, végétations, cholécystectomie, varicectomie, hémorroïdes, maternité, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale) * ?

A quelles dates ? _____
Pour quels motifs ? _____

* cas particulier d'un séjour ou d'une intervention pour fracture : vous n'avez à le déclarer que si vous avez choisi de souscrire la garantie Arrêt de Travail.

5b Devez-vous subir prochainement une hospitalisation ?

A quelle date ? _____
Pour quel motif ? _____

• N'oubliez pas de remplir et signer la suite du questionnaire au verso

J'atteste avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au présent questionnaire d'état de santé qu'aux déclarations figurant sur ma demande individuelle d'affiliation correspondante, n'ayant rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je confirme avoir relu mes déclarations avant signature et reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 113.8 et 113.9 du Code des assurances dont un extrait est reproduit ci-contre :

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

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance 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, alors même que le risque omis ou dénature par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Signature(s) du représentant légal, le cas échéant,
précédée(s) de la mention manuscrite « Certifié exact ».

Fait à : _____ Le | | | | | | | | | |

Renseignements médicaux strictement confidentiels



Mon cher confrère,
 Un diabétique bien traité et bien suivi par vos soins peut échapper aux complications ou les stabiliser quand elles sont présentes.
 L'AFD a travaillé avec Allianz pour pouvoir améliorer l'assurabilité des personnes diabétiques en fonction de certains critères médicalement pertinents pour l'appréciation du risque.
 Afin de permettre au Service Médical d'Allianz d'étudier le dossier de votre patient dans les meilleures conditions, nous vous remercions de bien vouloir remplir l'attestation ci-dessous.

Pr Patrick Vexiau – Secrétaire Général de l'Association Française des Diabétiques.

Contrat n° 5230

Nom de l'Assuré

Prénom

Date de naissance

Consommation de tabac

oui non Si oui, précisez la quantité et le produit (cigarette, pipe, cigare, ...) _____ / jour

Taille – Poids : Taille en cm _____ Poids en kg _____

Type de diabète

Durée connue du diabète an (s)

- Type I (insulino-dépendant)
- Type II (non insulino-dépendant)
- traité par régime seul
- traité par comprimés seuls
- traité par insuline et/ou comprimés

• Pour les demandes d'assurance supérieures à 240 mois et une ancienneté du diabète de type I (DID) inférieure ou égale à 15 ans, fournir : les 3 derniers dosages d'hémoglobine glyquée (le dosage le plus récent devant dater de moins de 6 mois), joindre copie des résultats :

1 HbA1c = , %. Norme maximum du laboratoire , %. Date (mois, année)

2 HbA1c = , %. Norme maximum du laboratoire , %. Date (mois, année)

3 HbA1c = , %. Norme maximum du laboratoire , %. Date (mois, année)

• Pour tous les autres cas (pour les deux types de diabète, quelle que soit la durée d'assurance et l'ancienneté du diabète), fournir : le dernier dosage d'hémoglobine glyquée (devant dater de moins de six mois pour un DID et de moins d'un an pour un DNID), joindre copie des résultats :

1 HbA1c = , %. Norme maximum du laboratoire , %. Date (mois, année)

• Nombre d'hypoglycémies sévères (nécessitant l'aide d'une tierce personne) depuis 2 ans

Cholestérol total , g/L ou mmol/L* (datant de moins de six mois, joindre copie de ces résultats)

HDL Cholestérol , g/L ou mmol/L* LDL cholestérol , g/L ou mmol/L*

Triglycérides , g/L ou mmol/L* (datant de moins de six mois, joindre copie de ces résultats)

* entourer l'unité utilisée.

Fond d'œil et/ou angiographie rétinienne (datant de moins de deux ans, joindre copie du compte rendu)

- normal rétinopathie débutante rétinopathie œdémateuse et/ou ischémique
- rétinopathie proliférante antécédent de laser pour rétinopathie diabétique

Protéinurie des 24 h (datant de moins d'un an, joindre les résultats)

< 30 mg/24 h 30-300 mg/24 h 300-500 mg/24 h > 500 mg/24 h

Créatininémie mg/L ou $\mu\text{mol/L}$ * (datant de moins d'un an, joindre les résultats)

* entourer l'unité utilisée.



Pression artérielle : couché, 5 mn, décubitus bras droit

PAS mm Hg

PAD mm Hg

• Traitement pour HTA oui non Si oui, lequel _____

Artérite

		Présent	Absent
• Pouls pédieux	G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tibial postérieur	G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Doppler membres inférieurs : athérome sténosant oui non non fait

• Artérite des membres inférieurs oui non

Neuropathie

• Sensibilité au diapason gros orteil présente abolie

• Antécédent d'ulcère du pied oui non

• Antécédent d'amputation d'orteil ou plus oui non

• Douleurs neurogènes oui non

Cœur

• ECG (datant de moins d'un an, joindre les résultats) normal anormal

• Autre exploration oui non Si oui, laquelle _____

• Insuffisance coronaire connue oui non

• Antécédent d'infarctus oui non

• Traitement oui non Si oui, lequel _____

Carotide

• Auscultation normal souffle (remplir impérativement la deuxième ligne)

• Doppler carotidien : athérome sténosant oui non non fait

(joindre les résultats datant de moins d'un an)

Commentaires

Nom du diabétologue ou du médecin traitant _____

Fait à _____ le

Veillez faire précéder la signature et le cachet du diabétologue ou du médecin traitant de la mention manuscrite suivante : « attestation confidentielle rédigée et remise en main propre à M. ou M^{me} XXX sur sa demande ».

Signature et cachet du diabétologue ou du médecin traitant

Les informations administratives et médicales recueillies font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de la demande en cours. Le présent document médical sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical, ainsi que tous autres documents qui seront nécessaires pour le traitement de ce dossier.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant votre demande à Allianz - Informatique et Libertés - Tour Neptune - Case courrier 1304 -20, place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex ou par courriel : DQRCDDV@allianz.fr.

Les honoraires de cette visite médicale et des éventuels examens médicaux pour lesquels des résultats récents sont requis sont à la charge de la personne à assurer.

FORMALITE MEDICALE N° 1: DOSSIER DIABETE

PIECES MEDICALES CONTRACTUELLES A JOINDRE AU CERTIFICAT MEDICAL REMPLI PAR LE DIABETOLOGUE OU LE MEDECIN TRAITANT

Les analyses et examens listés ci-dessous font partie du bilan annuel, remboursé par la sécurité sociale, qui découle directement des recommandations officielles de prise en charge et de suivi pour tout diabétique en France.

Si l'un de ces examens ne figure pas dans votre dossier médical personnel et doit être réalisé pour la constitution du présent dossier, précisez au médecin qu'il s'agit du suivi normal du diabète (et non d'une demande d'assurance).

- HbA1c (résultat de moins de 6 mois pour un diabète de type 1 et de moins d'un an pour un diabète de type 2)
- Bilan lipidique (résultat de moins de 6 mois)
 - Cholestérol total
 - HDL
 - LDL
 - Triglycérides
- Créatininémie (résultat de moins d'un an)
- Protéinurie des 24 heures (résultat de moins d'un an)
- Fond d'œil ou examen par rétinographe
- (compte-rendu de moins de 2 ans si le résultat est normal)
- Electrocardiogramme (compte-rendu de moins d'un an)

ATTENTION !

**Formalité particulière pour les prêts d'une durée supérieure à 20 ans :
Si l'ancienneté du diabète est inférieure ou égale à 15 ans,
joindre les 3 derniers dosages d'HbA1c.**



Autorisation de Prélèvement



N° national d'émetteur

N° de Code

Je vous prie de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, le compte indiqué ci-après du montant de tous les avis de prélèvement qui seront émis à mon nom par Allianz. Il est entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme créancier désigné ci-dessous. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution desdites opérations hors de l'extrait de compte que vous m'adresserez, ni éventuellement de leur non exécution.



Organisme créancier

Allianz
Direction des Opérations Collectives
Emprunteurs
TSA 31007
67018 Strasbourg Cedex

Établissement bancaire

Nom _____
Adresse _____

Titulaire du compte à débiter

Nom et prénom _____ Compte à débiter _____
Adresse _____

Code Établis.	Code Guichet	N° de Compte	Clé R.I.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A _____ le
Signature du titulaire du compte à débiter.

Merci de compléter l'autorisation de prélèvement et de coller obligatoirement au verso un relevé d'identité bancaire (RIB)

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à gérer cette autorisation de prélèvement. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant un courriel à l'adresse DQRCDDV@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de : Allianz - Informatique et Libertés Tour Neptune - Case courrier 1304 - 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex.



Article 1 – Objet de la Convention

La présente Convention, souscrite par la Contractante, a pour objet de garantir :

- **Option 1** – le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.
- **Option 2** – le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que le versement de prestations en cas d'arrêt de travail, par suite de maladie ou d'accident¹. Le présent contrat relève de la loi française.

Article 2 – Groupe Assuré

Est admissible à l'Assurance, toute personne physique âgée de plus de 18 ans, adhérent à l'Association Contractante et restant adhérente pour toute la durée du contrat d'assurance, ayant obtenu ou cautionné un prêt en tant qu'emprunteur, co-emprunteur, ou caution pour le compte d'une personne morale ou physique. Si l'emprunteur est une personne morale, peut être admise à l'assurance toute personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de l'entreprise. La personne à assurer doit être âgée de moins de 67 ans à la date de signature de la demande individuelle d'affiliation. Lorsque la personne à assurer est âgée de 59 ans ou plus, ou si elle se porte caution pour le compte d'une personne physique, l'admission n'est possible que pour l'option 1.

Seules peuvent bénéficier de la garantie arrêt de travail en cas de souscription de l'option 2 les personnes qui exercent une activité fiscalement déclarée leur procurant des rémunérations ou des bénéfices. À défaut, elles ne seraient garanties que pour les seuls risques de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie tant qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle. Toutefois, les conjoints non salariés des artisans, commerçants ou de personnes exerçant toute autre profession libérale qui, ayant la qualité de co-emprunteur ou de caution, apportent une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal, peuvent bénéficier de la garantie arrêt de travail s'ils sont officiellement déclarés « conjoint de collaborateur » par tout document officiel tel que K bis ou extrait d'assemblée générale.

Article 3 – Caractéristiques des prêts

Sont assurables les prêts libellés en euros, rédigés en français et souscrits auprès d'un établissement de crédit situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer² ou dans les collectivités d'outre-mer³ ou à Monaco, amortissables ou non amortissables, destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel.

Les prêts à taux zéro réglementés sont assurables.

Les prêts amortissables peuvent comporter un différé d'amortissement inférieur ou égal à 2 ans, ou plus pour les prêts à taux zéro réglementés.

La durée des prêts amortissables y compris la période de différé d'amortissement (inférieure ou égale à 2 ans) et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à :

- 15 ans pour les prêts aux professionnels,
- 25 ans pour les prêts aux particuliers.

Prêts amortissables comportant un différé supérieur à 2 ans et prêts non amortissables

La durée de ces prêts, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 15 ans

Article 4 – Limitation des garanties

Le montant à assurer pour la même opération d'assurance doit s'élever :

- au minimum à 17.000 € pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Arrêt de travail ; cependant, un prêt d'un montant inférieur est assurable sous réserve qu'il soit adossé à un prêt d'au moins 17 000 € lors de la même opération d'assurance.

- et au maximum à :

- 500.000 € pour la garantie Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et à,
- 420.000 € pour la garantie Arrêt de travail.

Si le demandeur est déjà garanti par l'Assureur pour un ou plusieurs prêts en cours d'amortissement, il convient de déduire des montants maximaux indiqués ci-dessus le montant du capital restant dû pour chaque prêt en cours à la date de la nouvelle demande d'affiliation au contrat.

Au cas où plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même prêt, les prestations à verser par l'Assureur sont limitées aux sommes dues au prêteur en application du tableau d'amortissement et aux sommes assurées (notamment en cas de sinistres simultanés). En aucun cas l'Assureur ne peut verser un capital supérieur au montant initial du crédit, ni des prestations supérieures à celles dues pour un Assuré avec une quotité de 100 %.

Article 5 – Affiliation à l'Assurance

La personne qui demande à être affiliée à l'Assurance doit :

- remplir et signer la demande individuelle d'affiliation en choisissant l'option de garantie 1 ou 2,
- justifier de son état de santé en se soumettant aux formalités fixées par l'Assureur,
- justifier de sa qualité d'adhérent à l'Association Contractante et s'engage à conserver chaque année l'attestation remplie par son diabétologue ou son médecin traitant, établissant qu'elle bénéficie d'un suivi médical régulier.

Le proposant doit répondre au questionnaire médical général figurant sur la demande d'affiliation et, à ses frais, il doit faire remplir le questionnaire médical détaillé par un diabétologue ou, à défaut, par son médecin traitant, en fournissant tous les renseignements ou examens complémentaires demandés. Au vu de ces éléments médicaux, le Conseil Médical de l'Assureur pourra demander des renseignements complémentaires. L'Assureur se prononcera alors sur l'acceptation ou le refus du risque soumis. L'acceptation peut être donnée avec ou sans réserve et peut donner lieu à une tarification particulière, en raison d'un risque aggravé.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner son acceptation à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Une fois admis à l'Assurance, l'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification relative à l'amortissement du prêt, dans un délai de trois mois. Au-delà, toute modification non signalée ne sera pas opposable et aucun remboursement des cotisations ne sera dû.

En cas de prêt renégocié, si le nouveau montant du prêt ou la nouvelle durée excède plus de 15% du montant initial ou de la durée initiale, l'Assureur soumettra l'Assuré à de nouvelles formalités d'adhésion.

L'Assureur et la Contractante s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS (signée le 6 juillet 2006 loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007) contenues dans le dépliant remis par le conseiller qui vous propose d'adhérer au présent contrat.

Si la garantie arrêt de travail ne peut être accordée à la personne à assurer ou si elle est acceptée avec exclusion, l'Assureur lui proposera chaque fois que cela sera possible, la garantie d'invalidité spécifique définie en fonction du taux d'invalidité fixé par la convention AERAS et apprécié par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

Si l'assureur propose cette garantie, la personne à assurer doit donner son accord pour qu'elle soit mise en jeu.

De plus, si l'éventuelle majoration de cotisation demandée par l'Assureur a pour effet que la cotisation globale représente plus que la valeur fixée par la convention AERAS dans le taux effectif global (TEG) de l'emprunt, la personne à assurer sera informée des conditions à respecter pour que celle-ci soit limitée à cette valeur ou au taux contractuel sans majoration si ce taux est supérieur à cette valeur. Ces conditions définies par la convention AERAS sont rappelées dans les conditions spécifiques remises à l'Assuré au moment de l'affiliation.

Article 6 – Maintien dans l'Assurance

Sauf en cas de réticence, d'omission ou de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré, tant qu'il fait partie du groupe des Assurés. En cas de résiliation du contrat entre l'Assureur et la Contractante, les garanties seront maintenues aux assurés sous réserve des conditions de fin des garanties et du paiement des cotisations à l'Assureur.

Article 7 – Bénéficiaire de l'Assurance

Dans tous les cas, le bénéfice de l'Assurance est attribué au prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues. Cependant, en cas de décès, si le déblocage des fonds n'a été que partiellement réalisé, le montant non déblocqué serait réglé par ordre de préférence au conjoint non séparé de droit, à défaut aux héritiers. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, ce montant sera directement versé à l'Assuré. À tout moment, l'Assuré peut modifier la désignation contractuelle et désigner toute personne physique ou morale de son choix. Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation contractuelle est applicable.

Article 8 – Prise d'effet des garanties

Lorsque la personne à assurer a accepté l'offre de prêt, la garantie en cas de décès par accident est acquise gratuitement pendant soixante jours à compter de la signature de la demande individuelle d'affiliation.

Cette garantie est limitée à 50 000 euros, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'affiliation à l'assurance.

Elle cesse si la personne à assurer ne répond pas, dans un délai de quinze jours, aux demandes d'informations complémentaires de l'Assureur.

¹ : Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré, atteignant ce dernier dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

² : départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

³ : collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.



Les garanties concernant l'option choisie sont acquises, à compter du jour de l'acceptation de l'affiliation par l'Assureur,

- sous réserve que les deux conditions suivantes soient remplies :
 - accepter les conditions dérogatoires de garantie ou de tarif éventuellement stipulées,
 - communiquer toutes les pièces nécessaires au prélèvement de la cotisation,
- et, au plus tôt, à la première des trois dates suivantes :
 - à la date de l'acceptation de l'offre préalable du prêt par l'emprunteur,
 - au jour de la signature du contrat de prêt, que le contrat ait été établi sous seing privé ou selon un acte authentique,
 - au jour de la remise des fonds, que les fonds aient été débloqués partiellement ou totalement.

En cas de sinistre avant le prélèvement de la première cotisation, les prestations prévues au contrat sont versées sous déduction du montant de la cotisation due. L'assurance est accordée, à compter de la date d'effet précisée sur le certificat individuel d'affiliation, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Elle est renouvelée le 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction sous réserve des dispositions prévues ci-après.

Article 9 – Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- le jour où le prêt a été intégralement remboursé,
- le jour où le bien faisant l'objet du prêt est vendu,
- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite société,
- le jour où la déchéance du terme a été prononcée par le prêteur,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie,
- à l'expiration de la période annuelle en cours, si la demande de résiliation est adressée, avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- à l'expiration d'un délai de six mois à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été débloqué par le prêteur.

Article 10 – Garantie en cas de décès

En cas de décès de l'Assuré avant le 31 décembre de l'année de son 70^e anniversaire, l'Assureur verse, à concurrence du pourcentage assuré, le montant suivant :

- le capital restant dû au prêteur au jour du décès, tel qu'il figure sur le tableau d'amortissement en cours à cette date,
- les intérêts courus depuis l'échéance précédente jusqu'au jour du décès,
- les éventuelles échéances reportées dans la limite de douze mensualités.

Les échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus à la date du décès ne seront pas pris en compte. Lorsque le décès survient au cours de la période initiale de différé d'amortissement, l'Assureur verse le montant initial du prêt, augmenté des intérêts dus au prêteur à la date du décès.

Lorsque le décès survient avant le déblocage total du montant du prêt, l'Assureur verse le montant initial du prêt, augmenté des intérêts dus au prêteur à la date du décès, dans les conditions prévues au paragraphe « Bénéficiaire de l'Assurance ».

Article 11 – Paiement anticipé du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Un Assuré de moins de 65 ans est reconnu atteint de perte totale et irréversible d'autonomie dans les conditions suivantes :

- L'Assureur soumet l'intéressé à une expertise médicale. Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie l'Assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'Assurance ne peut définitivement plus se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie au jour fixé par le médecin expert désigné par l'Assureur, sans que cette date puisse être antérieure de plus de six mois à la date de déclaration de la perte d'autonomie.
- Cependant, sera automatiquement considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'Assuré ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3^e catégorie, ou dès lors qu'il sera victime d'un accident du travail, entraînant une incapacité permanente de 80% avec majoration pour assistance d'une tierce personne. L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie à la date d'effet fixée sur la notification adressée par la Sécurité sociale.

S'il est établi qu'un Assuré est atteint de perte totale et irréversible d'autonomie avant son 65^e anniversaire, l'Assureur verse par anticipation le montant du capital prévu en cas de décès et calculé à la date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Les cotisations cessent d'être dues à compter du jour où le capital est réglé et l'Assuré cesse de bénéficier des garanties de l'Assurance.

Article 12 – Garantie en cas d'arrêt de travail

Définition

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident, un Assuré est dans l'incapacité totale et continue d'exercer toute activité professionnelle, l'Assureur prend en charge les échéances du prêt à concurrence du pourcentage assuré et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail.

Franchise

Le droit aux prestations prend effet à compter du 91^e jour d'arrêt de travail total et ininterrompu. Ce délai de franchise débute le premier jour de l'arrêt.

Toutefois, si les fonds n'ont pas été débloqués à l'expiration du délai de franchise, le point de départ du calcul de cette franchise est reporté à la date de déblocage des fonds.

Conditions d'ouverture du droit aux prestations

Pour bénéficier des prestations, l'Assuré doit, à la date d'arrêt de travail :

- exercer une activité professionnelle fiscalement déclarée et procurant des rémunérations ou des bénéfices,
- ou être conjoint non salarié d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale, avoir la qualité de co-emprunteur ou de caution et apporter une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal,
- être âgé de moins de 67 ans.

Montant maximal des prestations

Les prestations sont limitées, quel que soit le nombre de prêts concernés, à 2 800 euros par mois.

Taux contractuel d'incapacité

À tout moment, l'Assureur peut demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical auprès d'un médecin désigné, dans le but d'apprécier son incapacité à exercer une quelconque activité professionnelle. Lorsque l'affection est consolidée, le médecin désigné par l'Assureur détermine un taux d'incapacité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'incapacité professionnelle, afin de calculer le taux contractuel d'incapacité résultant. L'incapacité fonctionnelle sera établie de 0 à 100 %, en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise). L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100 % en tenant compte de l'incidence du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Le taux d'incapacité professionnelle fixé tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice normal de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente. Le degré « n » d'incapacité est déterminé selon le barème ci-après, en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin de l'Assureur.

aux d'incapacité professionnelle	aux d'incapacité fonctionnelle				
	60	70	80	90	100
30	-	-	-	-	66,94
40	-	-	-	68,68	73,68
50	-	-	68,40	73,99	79,37
60	-	66,49	72,69	78,62	84,34
70	-	70,00	76,52	82,79	88,79
80	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	68,68	76,12	86,16	90,00	96,55
100	71,14	78,84	86,16	93,22	100,00

À 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 résultant :

- si le taux contractuel d'incapacité résultant est égal ou supérieur à 66%, les prestations sont maintenues,
- si le taux contractuel d'incapacité résultant est inférieur à 66%, les prestations sont supprimées.

Limitations

- Lorsque l'arrêt de travail est consécutif à une **dépression nerveuse** ou à une **affection psychiatrique**, le montant de la prestation est limité à 50% du montant de l'échéance, sauf si cette affection a nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 21 jours continus ou si l'Assuré a été mis par jugement sous curatelle ou tutelle.



- Lorsque l'arrêt de travail est causé par une **atteinte vertébrale ou para-vertébrale** ou bien par une de ses complications, le montant de la prestation est limité à **50% du montant de l'échéance**, sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale avec hospitalisation d'au moins 21 jours.
- Lorsque l'arrêt de travail survient pendant une période de différé total d'amortissement, aucune prestation n'est due par l'Assureur pendant cette période. Si le différé d'amortissement est partiel, les prestations sont limitées, à l'expiration de la franchise, aux seules échéances d'intérêts. Pour les prêts non amortissables, l'Assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, après application du délai de franchise, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la dernière échéance d'intérêts.
- L'Assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéance intervenues à la demande de l'Assuré pendant son arrêt de travail ou moins de quatre-vingt-dix jours avant. Si l'arrêt de travail survient avant l'expiration du délai de quatre-vingt-dix jours, l'Assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement précédent pendant toute la durée de l'arrêt de travail.
- Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus au prêteur ne seront pas pris en compte.

Reprise – Rechute

Toute reprise, même partielle, d'une activité professionnelle entraîne l'interruption du versement des prestations. Une rechute dans les soixante jours suivant une reprise d'activité professionnelle ne donne pas lieu à l'application de la franchise si le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Cessation des prestations

Les prestations versées en cas d'arrêt de travail cessent :

- le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel et y compris en mi-temps thérapeutique,
- dès que le taux contractuel d'incapacité constaté par le médecin devient inférieur à 66%,
- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où le prêt a été intégralement remboursé,
- le jour où la déchéance du terme a été prononcée,
- le jour où l'Assuré a acquis ses droits à la retraite, au titre de son activité professionnelle sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'arrêt de travail sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions,
- au plus tard le jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Article 13 – Garantie d'invalidité spécifique AERAS

La garantie invalidité spécifique est couverte si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'Assureur et si l'Assuré les a acceptées.

L'Assuré bénéficie de cette garantie :

- si son état de santé est consolidé,
- si son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur à celui indiqué dans les conditions spécifiques,
- et s'il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non salariés.

Les prestations sont versées à compter du jour où ces trois conditions sont satisfaites et selon les dispositions indiquées dans l'article 12 – Garantie en cas d'arrêt de Travail à l'exception du calcul du taux d'invalidité qui prend en compte le taux d'incapacité fonctionnelle apprécié par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires. En cas de poly-pathologie, la cotation est additive.

Les prestations sont maintenues si le taux d'incapacité fonctionnelle est égal ou supérieur au taux fixé par la convention AERAS. Elles sont supprimées dans le cas contraire.

Article 14 – Contrôle médical – Arbitrage

Contrôle

Pour ne pas perdre son droit aux prestations, l'Assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen que l'Assureur estime nécessaire. Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré, afin de pouvoir constater son état. Pour les assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ou Arrêt de Travail ou Invalidité spécifique AERAS, les prestations de ces garanties ne seront servies que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constatée en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer² ou dans les collectivités d'outre-mer³, les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge, les expertises éventuelles étant réalisées dans les mêmes conditions que le constat.

Arbitrage

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et celui de l'Assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager ; faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le Tribunal compétent, éventuellement par voie de référé. Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du troisième médecin et, s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

Article 15 – Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties

Le risque de guerre

- Sont exclues les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'Assuré y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle.

Autres risques

- le suicide de l'Assuré lors de la première année d'assurance, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de son logement principal. Dans ce cas, seule la partie assurée excédant un plafond dont le montant est fixé par décret est exclue pendant la première année d'assurance,
- les rixes auxquelles la personne garantie participe de manière active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active,
- les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,
- les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.

Par ailleurs, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne ne sont couverts que dans le cas où :

- l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
- les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires.
- les conséquences de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- la pratique du parapente et du saut à l'élastique,
- les accidents non consolidés, infirmités et maladies en évolution ou chroniques dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties, sauf si elles ont été déclarées à l'Assureur et n'ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés en l'absence de toute prescription médicale ou de l'alcoolisme chronique de l'Assuré.

Exclusions spécifiques à la garantie perte totale et irréversible d'autonomie

Sont exclues les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.

Exclusions spécifiques à la garantie arrêt de travail et à la garantie d'invalidité spécifique AERAS

- sont exclues les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf lorsqu'il s'agit de sports – autres que sports comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur – que pratique l'Assuré ou de compétitions sportives auxquelles il prend part, dans les deux cas en tant qu'amateur,
- sont exclues les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les prestations ne sont pas versées au cours de la période d'arrêt de travail correspondant à la durée légale du congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1225-17 du Code du travail, que l'Assurée soit salariée ou non.

Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Les risques de perte totale et irréversible d'autonomie et d'arrêt de travail sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que la preuve en soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues au titre « Contrôle médical – Arbitrage ». À défaut de preuve, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine. Les documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine.

² : départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

³ : collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.



Article 16 – Déclaration des sinistres et règlement des prestations

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du contrat doit être déclaré le plus rapidement possible à l'interlocuteur habituel, ou à : Allianz – Direction des Opérations Collectives - Emprunteurs - TSA 31007 - 67018 Strasbourg Cedex, qui indiquera les documents nécessaires à la constitution du dossier. Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives.

Pièces justificatives spécifiques au contrat AFD

Outre les pièces justificatives liées au sinistre survenu, les documents fournis pour le règlement des prestations doivent comprendre les cinq dernières attestations annuelles constatant le suivi médical par un diabétologue ou par le médecin traitant, ainsi qu'une copie du document établissant que l'adhésion à l'Association Française des Diabétiques est en cours.

Arrêt de travail

L'arrêt de travail doit être déclaré dans un délai de six mois ; ce délai commence le premier jour de l'arrêt. Au-delà de ce délai de six mois, l'Assureur fixe la date de l'arrêt de travail au jour de la déclaration ; toutefois, la franchise contractuelle de quatre-vingt-dix jours ne sera pas appliquée.

Les pièces justificatives de prolongation d'arrêt de travail doivent être adressées ensuite dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours. À défaut, l'Assuré est réputé guéri à la date du dernier jour de la période justifiée. Au-delà de ce délai, toute prolongation parvenant à l'Assureur est considérée par lui :

- entre le 91^e jour et le 180^e jour : comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif,
 - à compter du 181^e jour : comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu, à compter de la date de réception du justificatif, à l'application du délai de franchise prévu.
- L'Assuré doit déclarer sans délai la reprise de son activité professionnelle, même partielle, à l'Assureur, sous peine de suppression de son droit aux prestations.

Article 17 – Résidence

Les personnes ayant leur résidence principale en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer² ou dans les collectivités d'outre-mer³ ou à Monaco peuvent s'assurer pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Arrêt de Travail.

Par dérogation à ce qui précède, les personnes ayant leur résidence principale dans un pays de l'Union Européenne peuvent s'assurer pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer² ou dans les collectivités d'outre-mer³ ou à Monaco.

Si l'emprunteur est une personne morale, son siège social ou son établissement doit être situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer² ou dans les collectivités d'outre-mer³ ou à Monaco.

Article 18 – Cotisation

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation pendant toute la durée du prêt. La cotisation, compte tenu du pourcentage assuré, est calculée sur le montant initial du prêt, en tenant compte de l'option choisie et d'une éventuelle tarification particulière pour les personnes ne pouvant être acceptées aux conditions normales. La cotisation est payable d'avance et prélevée directement par l'Assureur. Pour cela, l'Assuré est tenu de fournir l'autorisation de prélèvement, un RIB, ainsi que le tableau d'amortissement définitif du financement. Elle peut être fractionnée et payable semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, dès lors que chaque prélèvement est au moins égal à 45 euros. La dernière cotisation est prélevée au prorata du nombre de jours donnant lieu à assurance. En cas de remboursement anticipé partiel, la cotisation sera calculée sur le montant initial du prêt diminué du remboursement anticipé partiel uniquement si ce remboursement représente au moins 15% du montant initial. En cas de non-paiement de la cotisation dans les délais, l'Assureur exclura l'Assuré du contrat selon les modalités prévues par le Code des assurances. Le prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail

La cotisation, prélevée automatiquement, est remboursée à l'Assuré dès la reprise du travail au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail indemnisés et au plus tard dans les trois mois suivant la clôture de chaque exercice civil. Toutefois, seuls peuvent bénéficier du remboursement de la cotisation, les Assurés ayant souscrit aux garanties de l'option 2.

Article 19 – Prescription

Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L 114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil précités.

Article 20 – Article L 113-8 du Code des assurances

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat d'assurance 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, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts.

Article 21 – Informations et réclamations

Lorsque l'Assuré souhaite obtenir des précisions, Eurodita – 31, rue Tronchet – 75008 Paris est en mesure d'étudier au fond toutes ses demandes d'informations. L'interlocuteur habituel d'Allianz Vie est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne vous satisfaisaient pas, vous pouvez adresser une réclamation à : Allianz Vie - Médiation Assurances de Personnes, Case Courrier 1304, 20 place de Seine, 92086 Paris La Défense Cedex.

Allianz Vie adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, dont les coordonnées postales sont les suivantes : BP 290 – 75425 Paris Cedex 09, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 22 – Informatique et Libertés – Traitement des données personnelles

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant un courriel à l'adresse DQRCDDV@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de : Allianz - Informatique et Libertés - Tour Neptune - Case courrier 1304 - 20, place de Seine - 92086 Paris la Défense Cedex.

Allianz Vie Entreprise régie par le Code des assurances (article R 310-5 CDA), siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris. Autorité chargée du contrôle d'Allianz Vie : Autorité de Contrôle Prudential (ACP), 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

² : départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

³ : collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

La convention AERAS

(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)
« Dépliant d'information Clientèle »

Qu'est-ce que la convention AERAS ?

Lorsque vous souhaitez emprunter, qu'il s'agisse d'un crédit à la consommation, d'un crédit immobilier ou d'un crédit professionnel, votre établissement de crédit analyse d'abord votre solvabilité. Dans la majorité des cas, il sera nécessaire de souscrire une assurance emprunteur pour garantir votre prêt. C'est une sécurité pour l'emprunteur et pour sa famille, c'en est une aussi pour le prêteur : à la suite du décès ou de l'invalidité de l'emprunteur, c'est l'assurance qui rembourse l'établissement de crédit.

Pour garantir le plus grand nombre d'emprunteurs, les assureurs mettent au point des contrats standards (contrat groupe ou individuel). Le tarif et les conditions d'assurance de ces contrats sont déterminés en fonction de critères correspondant à un risque de santé moyen. Lorsqu'une personne n'entre pas dans ce cadre car elle présente un risque aggravé de santé, le tarif et les conditions d'assurance doivent être adaptés.

La convention AERAS s'applique à l'ensemble des emprunteurs ; elle comporte des règles relatives au respect de la confidentialité des informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes ainsi qu'un dispositif particulier pour favoriser l'accès à l'assurance des personnes qui présentent un risque aggravé de santé.

Vous pouvez télécharger gratuitement le texte intégral de la convention « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé - AERAS » sur notre site Internet www.fsa.fr

Comment fonctionne le dispositif, quels sont les types de prêts concernés ?

Le dispositif prévu dans la convention s'applique sous certaines conditions aux prêts à caractère personnel (prêts au logement et certains types de crédit à la consommation) et professionnel (prêts pour l'acquisition de locaux et de matériels).

>> Les prêts au logement et les prêts professionnels

Pour ces prêts, la convention prévoit un dispositif d'examen approfondi de la demande d'assurance. Cet examen comporte trois niveaux.

Les différents niveaux d'examen

Si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré par le contrat standard de **premier niveau** votre dossier sera automatiquement examiné, sans demande particulière de votre part, à un **second niveau** par un service médical spécialisé.

Si, à l'issue de l'examen de second niveau, une proposition d'assurance ne peut pas vous être établie, votre dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de votre part, à un **troisième niveau**, dans la mesure où il répond aux conditions suivantes :

- l'encours cumulé de prêt ne dépasse pas 300 000 euros ;
- l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Les examens au second niveau et au troisième niveau s'appliquent lorsque la demande concerne une personne présentant un risque aggravé ou très aggravé de santé. Par rapport à un contrat standard, le tarif sera peut-être plus important et/ou les garanties parfois limitées.

Malgré ce dispositif, certaines personnes ne peuvent pas être assurées car le risque lié à leur état de santé ne présente pas de caractère suffisamment aléatoire. Si vous êtes dans ce cas, l'établissement de crédit examinera avec vous les possibilités de garanties alternatives à l'assurance.

>> Les crédits à la consommation

Si vous souhaitez un crédit à la consommation destiné à un achat précis (objet du prêt spécifié dans l'acte ou justificatif à fournir éventuellement à la banque), vous pourrez bénéficier d'une assurance décès sans avoir à remplir un questionnaire de santé, sous réserve de respecter les conditions suivantes :

- vous êtes âgé au maximum de 50 ans à l'adhésion ;
- la durée du crédit est inférieure ou égale à 4 ans (différé de remboursement éventuel inclus) ;
- le montant cumulé de vos crédits entrant dans cette catégorie ne dépasse pas 15 000 euros.

Exemple de prêt entrant dans cette catégorie : vous achetez une voiture à l'aide d'un crédit contracté auprès du vendeur ou d'un crédit « spécial auto » souscrit auprès de votre banque.

En revanche, les découverts ou les crédits renouvelables, même s'ils sont souscrits en vue d'un achat précis n'entrent pas dans la catégorie des crédits à la consommation décrite ci-dessus.

Que prévoit la convention pour le risque d'invalidité ?

Pour les prêts au logement et les prêts professionnels, les assureurs se sont engagés, lorsque cela est possible, à vous proposer une assurance invalidité, dans le cas où celle-ci s'avérerait nécessaire à l'aboutissement de votre demande de prêt. Cette assurance invalidité couvrira au minimum le risque de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que certains risques additionnels dans des cas déterminés prévus au contrat.

Que prévoit la convention lorsque le coût de l'assurance est très important ?

La convention AERAS prévoit un mécanisme de limitation des surprimes du fait d'un risque aggravé de santé lorsque celles-ci concernent des personnes aux revenus modestes.

Ce mécanisme est mis en place pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels.

Vous bénéficierez de ce dispositif en fonction du nombre de parts et des revenus nets de votre foyer fiscal s'ils ne dépassent pas le plafond fixé par la convention (exprimé en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale – PASS1) :

- revenu inférieur ou égal à 1 fois le PASS, lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est inférieur ou égal à 2 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,25 fois le PASS, lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est égal à 2,5 ;

- revenu inférieur ou égal à 1,5 fois le PASS, lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est égal à 3 ou plus.

Si vous faites partie de l'une des catégories ci-dessus, votre prime d'assurance ne pourra pas représenter plus de 1,5 points dans le taux effectif global de votre emprunt.

Est-on obligé d'accepter le contrat d'assurance groupe proposé par la banque ?

Si le contrat d'assurance groupe de votre banque ne vous convient pas, vous pouvez en proposer un autre. Les banques se sont engagées à accepter un contrat individuel que vous pourriez souscrire directement auprès d'un assureur, dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent au contrat de groupe. Les conditions d'emprunt seront les mêmes quelle que soit la solution retenue.

Comment la confidentialité relative aux informations concernant la santé est-elle respectée ?

La convention AERAS réaffirme clairement l'obligation de confidentialité des informations personnelles concernant votre santé. C'est pourquoi, qu'il s'agisse d'un formulaire papier ou informatique sécurisé, il vous sera proposé de remplir le questionnaire, seul, soit sur place soit à votre domicile. Toujours par souci de confidentialité, votre conseiller bancaire ne vous assistera qu'à votre demande. Le questionnaire de santé que vous aurez à remplir comporte des questions précises sur des événements relatifs à votre état de santé et ne fait en aucun cas référence aux aspects intimes de votre vie privée. Une fois rempli, vous aurez alors à insérer votre questionnaire dans une enveloppe cachetée et seul le médecin conseil de l'assureur en prendra connaissance. Il prendra contact avec vous s'il a besoin d'éléments médicaux complémentaires.

Quels sont les délais prévus pour le traitement des demandes ?

Les professionnels de l'assurance et de la banque se sont engagés à donner une réponse à votre demande de prêt immobilier dans un délai global de 5 semaines à compter de la réception de votre dossier complet, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur à compter de la réception de l'ensemble des pièces et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition de l'assurance.

En outre, si vous pensez être en situation de risque aggravé de santé, vous avez tout intérêt à anticiper la question de l'assurance. Ainsi, avant même d'avoir signé une promesse de vente ou complété votre demande de prêt, vous pouvez déposer une demande d'assurance, soit auprès de votre établissement de crédit, soit auprès d'une société d'assurances. Cette anticipation vous permettra d'avoir déjà

un accord d'assurance quand votre projet immobilier sera finalisé. Si vous obtenez un accord d'assurance, celui-ci est valable pendant 4 mois. Lorsque votre prêt concerne un bien immobilier, l'accord vous reste acquis pendant cette même durée, même si vous portez votre choix sur un autre bien, sous réserve d'un montant et d'une durée de prêt inférieurs ou égaux à la demande initiale.

Les professionnels de la banque ont confirmé dans la convention AERAS, leur engagement à vous informer par écrit de tout refus du prêt qui a pour seule origine un refus d'assurance. Lorsque l'assurance vous est refusée, vous pouvez, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, prendre contact par courrier avec le médecin de l'assureur, pour obtenir des précisions sur les raisons médicales du refus.

Que faire si l'assurance n'est pas possible ?

Sans assurance pour garantir votre prêt (ou si ses garanties apparaissent insuffisantes pour le succès de votre opération), la banque va rechercher un moyen pour vous permettre de réaliser votre projet. A cet effet, elle essaiera, avec vous, de trouver des garanties alternatives à l'assurance dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité pour l'emprunteur et le prêteur.

Il peut s'agir par exemple d'une garantie personnelle, comme la caution d'une personne solvable, d'une garantie réelle comme le nantissement d'un capital placé, de la délégation d'un contrat d'assurance-vie ou de prévoyance individuelle, ou encore d'une hypothèque sur un bien immobilier (en complément de celle sur le bien financé).

Dans tous les cas, c'est la banque qui appréciera la valeur de cette garantie alternative.

Que faire en cas de litige ?

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS, tels qu'ils sont décrits dans le texte de la convention, n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez faire appel à une commission de médiation. Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises ; elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend en favorisant le dialogue entre votre médecin et le médecin conseil de l'assureur.

Pour déposer un recours auprès de la commission de médiation, vous devez écrire à l'adresse suivante en joignant des copies de tous les documents utiles.

**Commission de médiation de la convention AERAS
61, rue Taitbout - 75009 PARIS**

ATTESTATION ANNUELLE DE SUIVI MEDICAL

(D'après les recommandations de la Déclaration de Saint Vincent,
approuvées par l'AFD et publiées par l'ALFEDIAM – Conseil Supérieur du Diabète)

Je soussigné(e) (Nom et prénom)

Diabétologue* Médecin Généraliste*

(*Rayer la mention inutile)

Coordonnées du Cabinet :

certifie que Mr ou Mme. _____ a fait l'objet, au cours de l'année civile 20__, d'une surveillance médicale spécialisée pour son état diabétique comprenant :

- ✓ L'évaluation de la technique de l'autosurveillance et de l'injection, si traité par l'insuline
- ✓ La surveillance de la pression artérielle
- ✓ La palpation des pouls périphériques
- ✓ Un électrocardiogramme
- ✓ La recherche de la microalbuminurie
- ✓ La recherche de créatinine plasmatique
- ✓ Un examen ophtalmologique précisant l'état de la rétine :
 - fond d'oeil annuel
 - ou examen par rétinographe
 - angiographie si nécessaire
- ✓ Un examen des pieds
- ✓ Un examen neurologique
- ✓ La surveillance périodique des glycémies et de l'hémoglobine glycosilée
- ✓ Un bilan lipidique avec :
 - cholestérol total
 - cholestérol H.D.L.
 - triglycérides
- ✓ Les habitudes alimentaires et le poids.

Attestation, remise en mains propres à l'intéressé(e) **sur sa demande**, pour faire valoir ce que de droit.

DATE :

SIGNATURE:

TAMPON :

NB Cette attestation ne doit pas être accompagnée des résultats de la surveillance annuelle.

Attention : Document à faire remplir et à conserver précieusement. En cas d'arrêt de travail ou de décès, il faudra fournir les 5 dernières attestations à l'assureur pour permettre l'indemnisation, conformément aux clauses du contrat.