

SUPER
NOVATERM
CRÉDIT



MetLife[®]

Conditions Générales

Référence : CGSNC16 CG | SNC Octobre 2014

Conditions Générales Super Novaterm Crédit

SUPER NOVATERM CRÉDIT

Conditions Générales Référence : CGSNC 16

CG SNC Octobre 2014

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT SUPER NOVATERM CREDIT

SUPER NOVATERM CREDIT est un contrat individuel d'assurance Temporaire Décès régi par le Code des assurances, relevant de la branche 20 (Vie - Décès) assuré par la Compagnie d'assurances MetLife. Il a pour objet le versement par l'Assureur du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré (garantie de base) suite à un Accident ou à une maladie survenu pendant la période de validité des garanties.

Les garanties facultatives, Invalidité Permanente et Totale (IPT), Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires (IP), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Exonération du paiement des primes en cas d'ITT (EXO) s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.

Le contrat est composé des présentes Conditions Générales, de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au contrat, des Conditions Particulières ainsi que de tout avenant portant modification au contrat.

Les déclarations du Souscripteur et de l'Assuré servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des articles L.113-8 et L.132-26 du Code des assurances.

Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de la souscription du contrat en fonction des déclarations de l'Assuré.

Article 2 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de celle de ses Bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et survenue pendant la période de validité des garanties.

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.

Assuré : Personne physique, nommément désignée aux Conditions Particulières du contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties.

Assureur : MetLife Europe Limited, agissant sous le nom commercial MetLife (ci-après « MetLife », « nous » ou l'« Assureur »), société d'assurance irlandaise, exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui perçoit les prestations versées par l'Assureur.

Les Bénéficiaires en cas de décès sont en principe désignés dans la proposition d'assurance et figurent aux Conditions Particulières du contrat. Le Souscripteur a la possibilité de prévoir l'ordre de priorité du versement du capital en cas de décès des Bénéficiaires désignés.

Lorsque le Bénéficiaire en cas de décès est nommément désigné, le Souscripteur est invité à porter dans la proposition d'assurance les coordonnées de ce dernier, qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré. Le Souscripteur peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation si elle n'a pas été faite dans le contrat, et la substitution du ou des Bénéficiaires, peuvent être effectuées soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités de l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire.

La personne désignée comme Bénéficiaire par le Souscripteur peut accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit. Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le Souscripteur et seul le Souscripteur est libre de révoquer le Bénéficiaire. Tant que l'Assuré et le Souscripteur sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'Assureur, du Souscripteur et du Bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du Souscripteur et du Bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. En cas d'acceptation, l'accord du Bénéficiaire ayant accepté devient obligatoire lorsque le Souscripteur souhaite apporter une modification au contrat ou désigner un autre Bénéficiaire.

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières, le Bénéficiaire du capital garanti au titre des garanties Décès, PTIA, IPT, IPP et IP est l'Organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues dans la limite du capital garanti au jour du Sinistre. Le solde éventuel sera versé :

- en cas d'invalidité : à l'Assuré lui-même ;
- en cas de décès : 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, en cas de prédécès, par parts égales, à défaut à ses héritiers.

Sous réserve d'accord de l'Organisme prêteur, si celui-ci a accepté le bénéfice du contrat, le Souscripteur a la possibilité de modifier la clause bénéficiaire.

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières :

- le Bénéficiaire du versement des indemnités journalières en cas d'ITT est l'Assuré,
- le Bénéficiaire de la garantie Exonération des Primes est le Souscripteur.
- le Bénéficiaire du capital garanti au titre de la garantie «Capital en cas de revente suite au décès accidentel» et «Garantie provisoire décès accidentel» est le conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès, par parts égales, à défaut ses héritiers.

Consolidation : On entend par consolidation la date à partir de laquelle l'état de l'Assuré est considéré comme stabilisé du point de vue médical alors qu'il existe des séquelles permanentes.

Franchise : Période qui débute le premier jour de l'arrêt de travail et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. La prise en charge par l'Assureur intervient à l'expiration de cette période de franchise.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : Incapacité médicalement reconnue **avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré**, mettant temporairement l'Assuré dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'Accident, de se livrer à son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

Invalidité Permanente et Totale (IPT) : Invalidité physique ou mentale **consolidée avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré** et constatée par l'Assureur mettant l'Assuré dans l'incapacité totale et définitive d'exercer toute activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : Invalidité physique ou mentale, **consolidée avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré** et constatée par l'Assureur, dont le taux est supérieur à 33% et inférieur à 66%, mettant l'Assuré dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein toute activité professionnelle ou toute occupation lui apportant gain ou profit.

Invalidité Professionnelle pour les professions médicales, paramédicales et vétérinaires (IP) : Invalidité physique ou mentale, **consolidée avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré** et constatée par l'Assureur, mettant l'Assuré dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer sa profession médicale, paramédicale ou vétérinaire.

Organisme prêteur : Le prêteur, personne physique ou morale déclarée par le Souscripteur et mentionnée aux Conditions Particulières, ayant consenti le prêt faisant l'objet de la présente assurance.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

Incapacité physique ou mentale **reconnue avant l'âge de 70 ans** et constatée par l'Assureur, mettant l'Assuré dans l'incapacité permanente et définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours **de manière permanente** à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (assimilable à la 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale).

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. L'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même Sinistre.

Souscripteur : Personne physique ou morale qui souscrit le contrat. Le Souscripteur peut avoir la qualité d'Assuré.

Article 3 - CONDITIONS D'ADMISSION A LA SOUSCRIPTION

La souscription du contrat Super Novaterm Crédit est subordonnée à l'existence, au jour de la signature de la proposition, d'une demande de prêt ou d'un prêt en cours (quel qu'il soit) libellé en euros et rédigé en français, auprès d'un Organisme Prêteur (personne physique ou morale).

Super Novaterm Crédit est réservé aux assurés âgés d'au moins 18 ans et de moins de 86 ans au jour de la souscription. Les garanties PTIA, IPT, IPP, IP et ITT sont réservées aux assurés âgés de moins de 70 ans au jour de la souscription et exerçant une activité professionnelle rémunérée sans aménagement du temps et / ou des conditions de travail pour raison de santé. La garantie IP est réservée aux assurés exerçant à temps plein une profession médicale, paramédicale ou vétérinaire qui doit être déclarée lors de la souscription. La liste des professions éligibles pour bénéficier des prestations au titre de cette garantie figure à l'article 10.

Article 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'étendent au monde entier sauf restriction(s) précisée(s) aux Conditions Particulières du contrat. **Tout état d'invalidité ou d'incapacité de l'Assuré à la suite d'une maladie ou d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France métropolitaine pour ouvrir droit au paiement des prestations.**

II - GARANTIES DE BASE

Article 5 - DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de Décès de l'Assuré **survenu pendant la période de validité du contrat**, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le montant du capital garanti au jour du décès, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré **constatée par l'Assureur pendant la période de validité de la garantie et avant son 70^{ème} anniversaire**, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s), par anticipation à la date de reconnaissance de l'invalidité, le capital prévu en cas de décès.

Le paiement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

En aucun cas, les capitaux Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne peuvent se cumuler.

Article 6 - CAPITAL EN CAS DE REVENTE SUITE AU DECES ACCIDENTEL DE L'ASSURE

En cas de Décès de l'Assuré, **survenu au cours de la première année suivant la date d'effet du contrat et avant son 70^{ème} anniversaire, faisant suite à un Accident**, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) un capital forfaitaire de 10 000 € en cas de revente de la résidence principale au cours de l'année qui suit le décès de l'Assuré.

Article 7 - TARIFS DIFFÉRENCIÉS FUMEURS / NON-FUMEURS

Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs.

Lors de l'établissement de la proposition, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration non-fumeur, ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares, pipes ou vaprette au cours des 24 mois précédant la date de signature de la proposition d'assurance et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Article 8 - EXCLUSIONS - GARANTIES DE BASE

Sauf convention contraire indiquée aux Conditions Particulières, l'Assureur garantit les risques de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des exclusions énumérées ci-après :

■ **LE SUICIDE SURVENANT MOINS D'UN AN APRES LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT. EN CAS D'AUGMENTATION DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT, LE SUICIDE EST EGALEMENT EXCLU, POUR LES MAJORATIONS, AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE QUI SUIV LA PRISE D'EFFET DE CETTE AUGMENTATION.** Toutefois, le risque de suicide

sera couvert dès la souscription dans la limite du montant mentionné au Décret visé par l'article L.132-7 du Code des assurances (120 000 € au 1^{er} janvier 2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré ;

- L'ACCIDENT DE NAVIGATION AERIEENNE SURVENANT ALORS QUE L'ASSURE SE TROUVAIT A BORD D'UN APPAREIL EN UNE QUALITE DISTINCTE DE CELLE DE SIMPLE PASSAGER DE LIGNES REGULIERES OU «CHARTER» DUMENT AGREES POUR LE TRANSPORT PAYANT DES VOYAGEURS, OU ENCORE DONT LE PILOTE NE DISPOSAIT PAS DES QUALIFICATIONS NECESSAIRES, OU ENFIN PARTICIPANT A DES COURSES, ACROBATIES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS ;
- LES SUITES ET CONSEQUENCES DE MALADIES OU D'ACCIDENTS ANTERIEURS A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT ET NON DECLARES LORS DE LA SOUSCRIPTION ;
- LES SUITES ET CONSEQUENCES D'EMEUTES, DE MOUVEMENTS POPULAIRES, D'INSURRECTIONS, DE COMLOTS, DE GREVES, DE RIXES (sauf cas de légitime défense) ET LES SUITES ET CONSEQUENCES D'ATTENTATS EN CAS DE PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE ;
- LE FAIT DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE : EN CAS DE GUERRE, LA GARANTIE N'AURA D'EFFET QUE DANS LES CONDITIONS QUI SERONT DETERMINEES PAR LA LEGISLATION A INTERVENIR SUR LES ASSURANCES SUR LA VIE EN TEMPS DE GUERRE ;
- LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE.

HORMIS ACCEPTATION INDIQUEE AUX CONDITIONS PARTICULIERES, APRES ETUDE DU DOSSIER PAR L'ASSUREUR, SONT EXCLUS LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION COMPORTANT LES ACTIVITES SUIVANTES :

- SECURITE OU PROTECTION IMPLIQUANT L'UTILISATION D'ARMES DE DEFENSE,
- TRAVAIL EN HAUTEUR A PLUS DE QUATRE METRES DU SOL OU SUR PLATE-FORME D'EXPLORATION OU DE FORAGE,
- DESCENTE EN PUIITS, MINES OU CARRIERES, EN GALERIES,
- ENTRAINANT UNE EXPOSITION A DES SUBSTANCES OU PRODUITS DANGEREUX (TOXIQUES, CORROSIFS, EXPLOSIFS, OU INFLAMMABLES).

III - GARANTIES FACULTATIVES

Les garanties suivantes sont facultatives et s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.

Article 9 - INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE (IPT)

En cas d'Invalidité Permanente et Totale de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit, l'Assureur paiera le capital garanti au jour de la Consolidation de l'Invalidité, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Ce capital est plafonné à 5 000 000 € par personne assurée au sein de MetLife.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Permanente et Totale met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions et ne pourra en aucun cas donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie du contrat.

Article 10 - INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires (IP)

En cas d'Invalidité Professionnelle de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur paiera le capital garanti au jour de la Consolidation de l'Invalidité, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Ce capital est plafonné à 5 000 000 € par personne assurée au sein de MetLife.

Pour pouvoir bénéficier de prestations au titre de cette garantie, l'Assuré devra justifier à la date du Sinistre, exercer à temps plein, l'une des professions suivantes :

- médecin enregistré au Conseil National de l'Ordre des médecins ;
- chirurgien-dentiste enregistré à l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes ;
- pharmacien ;
- vétérinaire ;
- l'une des professions paramédicales citées ci-après : aide-soignant, ambulancier, audioprothésiste, auxiliaire de puériculture, épithésiste, ergothérapeute, infirmier, infirmier de bloc opératoire, manipulateur d'électroradiologie, masseur-kinésithérapeute, oculariste, opticien-lunetier, orthoprothésiste, orthoptiste, ostéopathe, pédicure-podologue, podo-orthésiste, prothésiste dentaire, psychomotricien, puéricultrice, sage-femme, technicien en analyses biomédicales.

L'invalidité est constatée par l'Assureur par expertise médicale. Le médecin expert désigné par l'Assureur reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé. L'Invalidité Professionnelle ouvrant droit à prestations tient compte uniquement de l'incapacité professionnelle appréciée et chiffrée en fonction de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'Accident générateur de l'invalidité, en tenant compte :

- Des conditions normales d'exercice de la profession ;
- Des possibilités d'exercice qui subsistent après recours aux aides techniques disponibles.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Professionnelle met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions et ne pourra en aucun cas donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie du contrat.

Article 11 - INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente et Totale ou Invalidité Professionnelle.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Assuré, constatée pendant la période de validité de la garantie et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit, l'Assureur paiera, en fonction du taux global d'invalidité "N" de l'Assuré, une fraction du capital garanti en cas d'Invalidité Permanente et Totale ou d'Invalidité Professionnelle, fraction égale à $(N - 33) / 33$ du capital garanti au titre de la garantie Invalidité Permanente et Totale ou Invalidité Professionnelle.

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle, le taux d'invalidité global "N" doit être supérieur à 33% et inférieur à 66%.

L'invalidité est constatée par l'Assureur par expertise médicale. Le médecin expert désigné par l'Assureur reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé. Il détermine le taux global d'invalidité "N", à partir de la combinaison du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle.

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun publié par le « Concours Médical » en vigueur au

jour de la constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'Assuré. L'invalidité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette activité, des possibilités d'exercice restantes et des possibilités de reclassement correspondant au niveau de formation et d'expérience professionnelle de l'Assuré.

Le taux global d'invalidité N est déterminé en fonction de l'invalidité professionnelle et de l'invalidité fonctionnelle selon le tableau suivant :

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	10,0 %	15,9 %	20,8 %	25,2 %	29,2 %	33,0 %	36,6 %	40,0 %	43,3 %	46,4 %
20 %	12,6 %	20,0 %	26,2 %	31,7 %	36,8 %	41,6 %	46,1 %	50,4 %	54,5 %	58,5 %
30 %	14,4 %	22,9 %	30,0 %	36,3 %	42,2 %	47,6 %	52,8 %	57,7 %	62,4 %	66,9 %
40 %	15,9 %	25,2 %	33,0 %	40,0 %	46,4 %	52,4 %	58,1 %	63,5 %	68,7 %	73,7 %
50 %	17,1 %	27,1 %	35,6 %	43,1 %	50,0 %	56,5 %	62,6 %	68,4 %	74,0 %	79,4 %
60 %	18,2 %	28,8 %	37,8 %	45,8 %	53,1 %	60,0 %	66,5 %	72,7 %	78,6 %	84,3 %
70 %	19,1 %	30,4 %	39,8 %	48,2 %	55,9 %	63,2 %	70,0 %	76,5 %	82,8 %	88,8 %
80 %	20,0 %	31,7 %	41,6 %	50,4 %	58,5 %	66,0 %	73,2 %	80,0 %	86,5 %	92,8 %
90 %	20,8 %	33,0 %	43,3 %	52,4 %	60,8 %	68,7 %	76,1 %	83,2 %	90,0 %	96,5 %
100 %	21,5 %	34,2 %	44,8 %	54,3 %	63,0 %	71,1 %	78,8 %	86,2 %	93,2 %	100,0 %

Le versement du capital Invalidité Permanente Partielle ne met pas fin au contrat. Cependant, en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente et Totale ou d'Invalidité Professionnelle de l'Assuré, pendant la période de validité des garanties, l'Assureur versera au(x) Bénéficiaire(s) le capital garanti prévu aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier, déduction faite du capital déjà versé au titre de l'Invalidité Permanente Partielle.

Article 12 - INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail inclut :

- le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale (art. 12.1) ;
- le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (art. 12.2) ;
- l'Exonération de paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale (art. 13).

12.1 - Versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit ou qu'il perçoive, au moment du Sinistre, l'Allocation de Retour à l'Emploi (si l'Assuré est demandeur d'emploi), l'Assureur verse les indemnités journalières figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Totale de travail médicalement justifiée et **au maximum pendant 1095 jours**, pour un même Sinistre.

Chaque Sinistre bénéficiera de la même période de Franchise et de la même durée maximum d'indemnisation.

En aucun cas les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte d'emploi (si cette garantie a été souscrite) ne peuvent se cumuler.

12.2 - Versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle

Lorsque l'Assuré en Incapacité Temporaire Totale de travail reprend une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, lui rapportant gain ou profit, pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur n'applique pas de nouvelle période de Franchise et verse des **indemnités journalières d'un montant égal à 50% du montant des indemnités journalières** figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Le versement des Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Partielle médicalement justifiée et **au maximum pendant 180 jours**.

12.3 - Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les 60 jours suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

12.4 - Cessation de versement des Indemnités Journalières

Le versement des Indemnités Journalières est interrompu :

- dès que l'Assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle à plein temps ;
- après 1 095 jours en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- après 180 jours en cas d'Incapacité Temporaire Partielle ;
- pendant la période de congé légal de maternité ;
- à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite ;
- à la date du terme du contrat ;
- au plus tard à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Article 13 - EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (EXO)

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail inclut l'Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail après une période de Franchise identique à celle choisie pour le versement des indemnités journalières, indiquée aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

La garantie Exonération du paiement des primes peut également être souscrite indépendamment de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail : la Franchise sera alors de 90 jours.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, pendant la période de validité de la garantie, et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit (à l'exclusion de toute activité exercée en temps partiel thérapeutique) ou qu'il perçoive, au moment du Sinistre, l'Allocation de Retour à l'Emploi (si l'Assuré est demandeur d'emploi), l'Assureur remboursera les primes d'assurance réglées au titre du présent contrat au prorata temporis de la période d'Incapacité Temporaire Totale de travail, à compter de la fin de la période de Franchise, au plus pendant 1 095 jours, pour un même Sinistre.

Chaque Sinistre bénéficiera de la même période de Franchise et de la même durée maximum d'exonération.

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les deux mois suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et remboursera les primes d'assurance réglées dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

L'Exonération du paiement des primes cesse :

- dès que l'Assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle y compris à temps partiel ;
- après 1 095 jours ;
- pendant la période de congé légal de maternité ;
- à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite ;
- au plus tard à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

LA GARANTIE EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES NE COUVRE PAS L'INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE.

Article 14 - EXCLUSIONS - GARANTIES FACULTATIVES

L'Assureur garantit l'Invalidité Permanente et Totale, l'Invalidité Permanente Partielle, l'Invalidité Professionnelle, l'Incapacité Temporaire Totale de travail et l'Exonération du paiement des primes si ces garanties ont été souscrites et figurent aux Conditions Particulières, sous réserve des exclusions énumérées à l'article 8 et des exclusions énumérées ci-après :

14.1 - SONT TOUJOURS EXCLUS LES CAS SUIVANTS, LEURS SUITES ET CONSEQUENCES :

- LES MALADIES OU ACCIDENTS RESULTANT D'UNE AFFECTION PSYCHIQUE, NEVROSE, PSYCHOSE, TROUBLE DE LA PERSONNALITE, TROUBLE PSYCHOSOMATIQUE OU ETAT DEPRESSIF, sauf si elles nécessitent une hospitalisation de plus de 10 jours continus en milieu psychiatrique ;
- LES ATTEINTES DISCALES ET/OU VERTEBRALES sauf si elles nécessitent au moins 5 jours d'hospitalisation continus ou s'il s'agit d'une fracture ou s'il y a eu une intervention chirurgicale ;
- LES ARRETS DE TRAVAIL CORRESPONDANT A LA PERIODE DE CONGE DE MATERNITE DE LA SECURITE SOCIALE, QUE L'ASSUREE Y SOIT OU NON ASSUJETTI ;
- LES ACCIDENTS RESULTANT DU NON-RESPECT PAR L'ASSURE DES PRESCRIPTIONS REGLEMENTAIRES APPLICABLES A L'EXERCICE DES SPORTS ET ACTIVITES QU'IL PRATIQUE ;
- LES SINISTRES SURVENANT ALORS QUE L'ASSURÉ SE TROUVE SOUS L'EMPRISE D'UN ÉTAT ALCOOLIQUE CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE, SOIT DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR, ÉGAL OU SUPÉRIEUR AU SEUIL FIXÉ PAR LES DISPOSITIONS DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR, SOIT DANS L'AIR EXPIRÉ D'UN TAUX D'ALCOOL PUR, ÉGAL OU SUPÉRIEUR AU SEUIL FIXÉ PAR LES DISPOSITIONS DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR ;
- L'USAGE PAR L'ASSURE DE STUPEFIANTS OU SUBSTANCES ANALOGUES, MEDICAMENTS OU TRAITEMENTS A DOSES NON PRESCRITES MEDICALEMENT.

14.2 - EN OUTRE, SONT EGALEMENT EXCLUES LES SUITES ET CONSEQUENCES D'ACCIDENTS RESULTANT DE LA PRATIQUE PAR L'ASSURE DES SPORTS OU ACTIVITES INDIQUEES CI-APRES :

Toutefois, à la demande du Souscripteur, les sports ou activités mentionnés ci-après peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation par l'Assureur indiquée aux Conditions Particulières et moyennant une tarification spéciale .

- TOUT SPORT A TITRE PROFESSIONNEL ;
- TOUTE PARTICIPATION A DES PARIS, TENTATIVES DE RECORDS ;
- SPORTS EXTREMES : RAID AVENTURE ; SAUT A L'ELASTIQUE ; BASE JUMP ; CANYONING ; RAFTING ; ZORBING ; EXERCICES ACROBATIQUES ;
- MOTO EN COMPETITION ; TOUT SPORT AUTOMOBILE ;
- TOUT SPORT DE NEIGE OU DE GLACE (sauf patinage, curling, pratique sur piste balisée de ski alpin, ski de fond, monski et surf) ;
- TOUT SPORT DE COMBAT ; ARTS MARTIAUX ;
- MOTONAUTISME ; PLANCHE A VOILE A PLUS DE 1 MILE DES COTES ; YACHTING ; PLONGEE SOUS-MARINE ;
- ALPINISME ; ESCALADES EN MONTAGNE ET PASSAGE DE GLACIERS ; SPELEOLOGIE ; RANDONNEE EN MONTAGNE EN SOLITAIRE OU AU-DELA DE 3000 METRES ;
- EQUITATION EN COMPETITION ; COURSES DE CHEVAUX ; EQUITATION AVEC SAUTS D'OBSTACLE ; CHASSE A COURRE ; POLO ;
- TOUT SPORT AERIEN Y COMPRIS LE PARACHUTISME, L'ULM, LE VOL A VOILE, LA VOLTIGE AERIENNE, LE DELTAPLANE ET LE PARAPENTE ; L'UTILISATION AVEC OU SANS CONDUITE D'UN AVION DE TOURISME ;
- TAUROMACHIE ; CYCLISME EN COMPETITION.

Les garanties facultatives sont acquises lorsque les sports mentionnés à l'art. 14.2 sont pratiqués, de manière exceptionnelle, dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires.

Article 15 - OPTIONS EXTENSIONS DE GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE ET TOTALE OU INVALIDITE PROFESSIONNELLE POUR LES PROFESSIONS MÉDICALES, PARAMÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES ET / OU INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Sous réserve d'acceptation par l'Assureur et moyennant une tarification spéciale, le Souscripteur a la possibilité, si les garanties IPT ou IP ou/et ITT ont été souscrites, de racheter les exclusions liées aux Atteintes Discales et / ou Vertébrales et / ou les exclusions liées aux Affections Psychiques (1^{er} et 2^{ème} tiret de l'article 14.1).
Le montant assuré pour ces options est plafonné à 500.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

15.1 - Option "Atteintes Discales et / ou Vertébrales"

Si la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT résultant de toutes Atteintes Discales et /ou Vertébrales, après une **FRANCHISE DE 90 JOURS**, quelle que soit la Franchise souscrite au titre de l'ITT.

Si la garantie Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'IPT ou IP résultant de toutes Atteintes Discales et /ou Vertébrales.

15.2 - Option "Affections Psychiques"

Si la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT faisant suite à une maladie ou un Accident résultant de toute affection psychique, névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique ou état dépressif, après une **FRANCHISE DE 90 JOURS**, quelle que soit la Franchise souscrite au titre de l'ITT.

Si la garantie Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'IPT ou IP faisant suite à une maladie ou un Accident résultant de toute affection psychique, névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique ou état dépressif.

IV. LA VIE DU CONTRAT

Article 16 - GARANTIE PROVISOIRE DECES ACCIDENTEL

Sous réserve que l'Assuré ait accepté l'offre préalable de crédit faisant l'objet de cette demande d'assurance, l'Assureur couvre provisoirement le risque de décès de l'Assuré consécutif à un Accident, à hauteur du capital à assurer figurant sur la proposition d'assurance, dans la limite d'un montant maximum de 500.000 euros.

CETTE GARANTIE PROVISOIRE DECES ACCIDENTEL NE COUVRE QUE LES ASSURES AGES DE MOINS DE 70 ANS AU JOUR DE LA RECEPTION PAR L'ASSUREUR DE LA PROPOSITION D'ASSURANCE DUMENT COMPLETEE ET SIGNEE.

Pour un même Assuré, la garantie provisoire décès accidentel ne pourra pas excéder 500.000 euros quel que soit le nombre de propositions d'assurance soumises.

La garantie provisoire décès accidentel prend effet à la date de réception par l'Assureur de la proposition d'assurance dûment complétée et signée.

Cette garantie cesse, sans autre avis :

- 15 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, d'un courrier de demande d'informations complémentaires resté sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, de la notification de refus ou d'ajournement ou de la lettre d'acceptation indiquant les éventuelles surprimes ou exclusions, restée sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur au Souscripteur ou à son mandataire, des Conditions Particulières.

La durée maximale de la garantie est de 60 jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit. La prise d'effet du contrat Super Novaterm Crédit entraîne l'annulation de la garantie provisoire décès accidentel, dans toutes ses clauses et conditions, les deux garanties décès ne pouvant se cumuler.

CETTE GARANTIE EST ACCORDÉE SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNONCÉES À L'ARTICLE 8 DES PRÉSENTES CONDITIONS GÉNÉRALES ET N'EST VALABLE QUE POUR LES DECES SUITE A DES ACCIDENTS SURVENUS EN EUROPE (UE, AELE), EN AMERIQUE DU NORD, AU JAPON, EN AUSTRALIE, EN NOUVELLE-ZELANDE, A HONG-KONG ET A SINGAPOUR.

Article 17 - DATE D'EFFET

Sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 16, le contrat prend effet à l'encaissement de la première prime par l'Assureur. La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières.

Article 18 - DURÉE DU CONTRAT

Le contrat SUPER NOVATERM CREDIT est souscrit pour une période limitée dont les dates de début et de fin sont indiquées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Toutes les garanties cessent leurs effets au plus tard à la date de fin du contrat indiquée aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Article 19 - MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

Toute modification du crédit, susceptible d'entraîner un changement au contrat, est également soumise à accord de l'Assureur et doit nous être déclarée dans un délai maximum de 3 mois.

En cas d'acceptation par l'Assureur, le contrat fera l'objet d'un avenant, signé par le Souscripteur, le Bénéficiaire acceptant et l'Assureur, indiquant les nouvelles garanties et la nouvelle prime correspondante.

Article 20 - PAIEMENT DES PRIMES - RÉSILIATION

Le montant des primes figure aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier. L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

Le Souscripteur a le choix entre un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les fractionnements mensuels ou trimestriels.

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat, avec l'accord de l'Organisme prêteur, si celui-ci a accepté le bénéfice du contrat, à chaque échéance de paiement de prime par lettre recommandée adressée à l'Assureur à l'adresse suivante :

Le contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

Conformément aux dispositions de l'Article L.132-20 du Code des assurances, lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours suivant son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement de la prime ou fraction de prime échue ainsi que les primes venues à échéance au cours de ce délai entraîne la résiliation de plein droit du contrat.

Une copie de cette lettre sera envoyée à chaque Organisme prêteur.

Article 21 - REMBOURSEMENT ANTICIPE DU OU DES PRETS COUVERTS PAR LE PRESENT CONTRAT

Le Souscripteur est tenu de déclarer à l'Assureur dans un délai de 3 mois tout remboursement partiel ou total du ou des prêts couverts par le présent contrat et de fournir un justificatif de l'organisme prêteur précisant la date du remboursement.

En cas de remboursement total du prêt

L'Assureur procédera à la résiliation du contrat et remboursera une fraction des primes payées couvrant la période postérieure à la date du remboursement anticipé.

En cas de remboursement partiel du prêt

L'Assureur procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du prêt et pourra être amené à rembourser une fraction des primes payées.

Dans tous les cas, la rétroactivité sera limitée à 3 mois en cas de déclaration hors délai.

Article 22 - REFUS DU OU DES PRET(S) PAR L'ORGANISME PRETEUR

En cas de refus du ou des prêt(s) par l'Organisme prêteur, le Souscripteur doit déclarer à l'Assureur ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 3 mois, accompagné des pièces justificatives. Les primes afférentes à ce(s) prêt(s), perçues par l'Assureur lors de la souscription, seront alors intégralement remboursées et le contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

En cas de déclaration dans un délai supérieur à 3 mois à compter de la date de refus du ou des prêt(s) par l'Organisme prêteur : l'Assureur procédera à la résiliation du contrat dans les mêmes conditions qu'une résiliation faisant suite à un remboursement anticipé total du prêt (voir article 21).

V. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 23 - DECLARATION DU SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) doivent, dès qu'ils ont connaissance d'un Sinistre susceptible d'entraîner l'application des garanties, en informer l'Assureur, à l'adresse suivante :

MetLife
Service Indemnisations
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Pour les garanties Indemnités Journalières et Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, la déclaration doit être faite dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la période de Franchise de la garantie concernée.

L'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) (son représentant légal ou ses ayants droit) doivent fournir à leurs frais, par lettre recommandée, les pièces médicales ou tout autre document dont l'Assureur ou son Médecin Conseil demandera la production (toute pièce médicale est à envoyer sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

L'Assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment à des enquêtes et demander que l'Assuré se fasse examiner par un médecin désigné par l'Assureur.

Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus opposé à ces contrôles.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-après ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

Article 24 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- l'original de l'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause,
- une lettre de créance lorsque le Bénéficiaire est l'Organisme prêteur et / ou un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois lorsque le Bénéficiaire est une personne physique,
- un certificat Post Mortem et une déclaration de décès (documents fournis par l'Assureur),
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

Pour bénéficier des prestations garanties au titre de la garantie provisoire décès accidentel, les Bénéficiaires du contrat devront également transmettre à l'assureur une copie de l'offre préalable de crédit.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 25 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INVALIDITE PERMANENTE ET TOTALE, D'INVALIDITE PROFESSIONNELLE OU D'INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE :

La preuve de l'Invalidité incombe à l'Assuré, lequel est tenu de déclarer la survenance d'un cas d'Invalidité et de faire parvenir à l'Assureur un certificat détaillé du médecin traitant.

Lorsque l'Assuré est assuré social, il doit avoir obtenu le bénéfice :

- de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré par la Sécurité Sociale pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- d'un taux d'invalidité reconnu par la Sécurité Sociale supérieur ou égal à 66 % ou être classé parmi les invalides de 2^{ème} catégorie par cet organisme, pour la garantie Invalidité Permanente et Totale.
- d'un taux d'invalidité professionnelle supérieur ou égal à 66%, pour la garantie Invalidité Professionnelle.
- d'un taux d'invalidité reconnu par la Sécurité Sociale supérieur à 33% et inférieur à 66% pour la garantie Invalidité Permanente Partielle.

Toutefois, la reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité Sociale n'entraîne pas à elle seule le déclenchement de la prestation par l'Assureur qui reste libre de sa décision.

L'éligibilité au bénéfice de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente et Totale, Invalidité Professionnelle ou Invalidité Permanente Partielle doit être constatée et appréciée par le Médecin Conseil ou Expert de l'Assureur qui pourra contrôler à tout moment auprès de l'Assuré la persistance de l'Invalidité.

Les pièces justificatives à fournir sont :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- un certificat médical détaillé, établissant la nature et la cause de l'invalidité, un descriptif de l'état de santé ainsi que sa date de Consolidation,
- une lettre de créance lorsque le Bénéficiaire est l'Organisme prêteur,
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- la notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur),
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 26 - PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET / OU D'EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, la demande d'indemnités journalières et / ou de remboursement des primes doit être faite dans les délais et conditions mentionnés à l'Article 23.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, l'indemnisation ne pourra débuter qu'à partir du jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

Toute demande dont la déclaration sera reçue dans un délai supérieur à 3 mois après la fin de la période de Franchise ne sera pas prise en charge ni indemnisée par l'Assureur.

La demande doit être accompagnée :

- de l'arrêt de travail initial,
- d'un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant (document fourni par l'Assureur),
- des avis de prolongation d'arrêt de travail,
- des décomptes de la Sécurité Sociale correspondant à l'arrêt de travail, lorsque l'Assuré est assuré social,
- d'un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

VI. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 - CHANGEMENT DE DOMICILE

Le Souscripteur est tenu d'aviser l'Assureur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées qui seront adressées à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

Article 28 - DROIT DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions de l'Article L. 132-5-1 du Code des assurances, le Souscripteur a la faculté de renoncer à son contrat, **dans les 30 jours** qui suivent le moment où il est informé que le contrat est conclu.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

**MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex**

Modèle de lettre de renonciation

« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer au contrat d'assurance SUPER NOVATERM CREDIT N° [] souscrit le [] / [] / [] et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la prime versée, soit [] €. Fait à [] le [] / [] / [] Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du présent contrat et la restitution de l'intégralité des sommes versées par le Souscripteur dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Article 29 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, l'Assureur peut être amené à interroger les parties au contrat (Souscripteurs, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il est ainsi notamment demandé au Souscripteur d'expliquer la raison de sa renonciation, si la prime à rembourser dépasse 1000 euros ou d'expliquer la raison d'une résiliation dans les deux premières années de l'assurance.

Article 30 - MÉDIATION

Toute partie au contrat peut formuler des réclamations à l'Assureur à l'adresse suivante :

MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

En cas de réponse non satisfaisante de l'Assureur à une réclamation, il est possible de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), dont les coordonnées sont communiquées par l'Assureur sur simple demande.

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits du Souscripteur d'intenter une action en justice.

Article 31 - ARBITRAGE ET LITIGE

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un Sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant la juridiction française compétente et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Article 32 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les Données Personnelles recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement du dossier. Le Souscripteur certifie l'exactitude des données qu'il fournit à l'Assureur, responsable du traitement. Ce dernier pourra les transmettre, le cas échéant, à ses sous-traitants, mandataires et réassureurs qui peuvent se trouver hors de l'Union Européenne. L'Assureur veille alors à mettre en place des mesures de sécurisation des données équivalentes à celles applicables en France. Les informations recueillies pour la mise en place du prélèvement SEPA sont destinées à MetLife ainsi qu'à l'établissement bancaire prélevant les cotisations. Elles peuvent faire l'objet d'un transfert temporaire vers les Etats-Unis, dans le respect d'un niveau de protection des données personnelles équivalent à celui garanti par la législation française. Les Données Personnelles pourront être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment des capitaux ou le financement du terrorisme. Le Souscripteur pourra accéder, conformément à la loi Informatique et Libertés à ses données, les faire rectifier, ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant une demande écrite à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

**MetLife
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex**

Le Souscripteur peut également s'opposer à l'utilisation des données à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse ci-dessus. Les dispositions ci-dessus s'appliquent également à l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur.

Article 33 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 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 lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par 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, ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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 34 - ORGANISME DE CONTROLE

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise)
P.O. Box 11517 Spencer Dock, Dublin 1, IRLANDE

Article 35 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

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

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la *Central Bank of Ireland*.

Notice d'Information
Super Novaterm Crédit
Perte d'Emploi

SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI

Notice d'Information du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative
n° MFL2011003 souscrit par MetLife auprès de MetLife Europe Insurance Limited

CG SNC PE Janvier 2014

I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par MetLife ci-après dénommée le Souscripteur auprès de MetLife Europe Insurance Limited, ci-après dénommée l'Assureur.

Ce contrat relève de la branche 16 (pertes pécuniaires diverses).

Le contrat est, par délégation de l'Assureur, géré par MetLife, ci-après dénommé le Gestionnaire.

SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI a pour objet le versement par l'Assureur d'une indemnité journalière indiquée au certificat d'adhésion en cas de perte d'emploi de l'Assuré survenue pendant la période de validité des garanties.

L'adhésion au contrat est composée de la présente Notice d'Information, du Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au contrat, du Certificat d'Adhésion ainsi que de tout avenant portant modification à l'adhésion au contrat.

Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de l'adhésion au contrat en fonction des déclarations de l'Assuré.

Article 2 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Adhérent : La Personne physique ou morale désignée au Certificat d'adhésion. Il est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat, notamment le paiement des primes.

L'Adhérent est obligatoirement souscripteur du contrat d'assurance individuel SUPER NOVATERM CREDIT.

Assuré : Personne physique, nommément désignée au Certificat d'adhésion sur la tête de laquelle repose la garantie. **L'Assuré est obligatoirement assuré au titre du contrat d'assurance individuel SUPER NOVATERM CREDIT.**

Assureur : MetLife Europe Insurance Limited, société d'assurance irlandaise exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.

Bénéficiaire : Personne qui perçoit les prestations versées par l'Assureur. L'Assuré est le Bénéficiaire de la garantie Perte d'Emploi.

Date du Sinistre : C'est la date du premier jour indemnisé au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E) par Pôle Emploi.

Délai de carence : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le Certificat d'adhésion. Tout Sinistre survenant pendant le délai de carence, ainsi que ses suites et conséquences, n'est jamais garanti, et ce pendant toute la durée de l'adhésion.

Franchise : Période qui débute à la Date du Sinistre et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. La prise en charge par l'Assureur intervient à l'expiration de cette période de franchise.

Gestionnaire : Le contrat est, par délégation de l'Assureur, géré par MetLife, ci-après dénommé le Gestionnaire.

Reprise d'activité professionnelle : Après une période de Perte d'emploi, l'Assuré retrouve une activité professionnelle à temps complet ou à temps partiel, salariée ou non, occasionnelle ou non, temporaire ou non, quelle que soit la nature de cette activité.

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. L'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même Sinistre.

Souscripteur : MetLife Europe Limited, agissant sous le nom commercial MetLife. Société d'assurance irlandaise ayant son siège social au 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande, immatriculée sous le numéro 415123 et réglementée par la Central Bank of Ireland. Société exerçant son activité en France par le biais d'une succursale, ayant son siège au 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie et immatriculée sous le numéro 799 036 710 RCS Nanterre.

UNEDIC : Régime de l'assurance chômage

Article 3 - CONDITIONS D'ADHESION

Pour pouvoir adhérer au contrat SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI, l'Adhérent doit obligatoirement avoir souscrit auprès du Souscripteur un contrat SUPER NOVATERM CREDIT incluant la garantie incapacité temporaire totale de travail au profit de l'assuré.

Une personne physique peut être assurée plusieurs fois au titre du contrat SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI. Le montant maximum d'indemnisation dû au titre de ces adhésions ne peut excéder 100 € d'indemnité journalière.

Par ailleurs, l'Assuré doit obligatoirement, au jour de l'Adhésion :

- être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 64 ans,
- résider en France métropolitaine (hors Corse),
- être salarié du secteur privé et titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI),
- exercer une activité professionnelle en France métropolitaine (hors Corse) à plein temps ou à temps partiel d'au moins 80% d'un temps plein,

- ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de préretraite ou retraite, ni en période d'essai ou de chômage partiel,
- être affilié au régime de l'UNEDIC.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent et l'Assuré, s'il est différent, s'expose à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.

Article 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

La garantie s'étend aux seuls salariés du secteur privé exécutant leur contrat de travail en France métropolitaine (hors Corse). **Les détachés ou expatriés peuvent également bénéficier de la garantie à la condition qu'ils puissent bénéficier selon le régime de l'UNEDIC de l'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E).**

Article 5 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de perte d'emploi consécutive à un licenciement intervenu dans le cadre d'un emploi occupé en CDI, survenue pendant la période de validité de l'adhésion, l'Assureur verse à l'Assuré, à l'issue du Délai de carence et après la période de Franchise, une indemnité journalière dont le montant est indiqué au Certificat d'adhésion et est fonction de l'option choisie à l'adhésion. **Quelle que soit l'option choisie, le montant de l'indemnité journalière ne peut excéder 100 euros par jour et par assuré.**

Pour l'application de la garantie, le Délai de carence est de **180 jours** continus décomptés à partir de la date d'effet de l'adhésion. **Toute perte d'emploi survenue au cours de cette période ne donne pas droit à indemnisation.**

La période de Franchise est de **90 jours** continus à compter du premier jour d'indemnisation de l'Assuré au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E) par le Pôle Emploi.

Article 5.1 - CONDITIONS D'INDEMNISATION

Pour bénéficier de droits à indemnisation l'Assuré doit à la **Date du Sinistre** :

- être licencié,
- justifier d'une durée d'activité en CDI, à temps plein ou à temps partiel d'au moins 80% d'un temps plein, **d'au moins 365 jours** continus au sein de la même entreprise,
- bénéficier de l'A.R.E.

En cas de Reprise d'activité professionnelle suivie d'une nouvelle perte d'emploi, l'Assuré doit, pour être indemnisé, pouvoir justifier d'une durée d'activité en CDI de **365 jours** continus.

Article 5.2 - DUREE DE L'INDEMNISATION

L'indemnité journalière est versée **au maximum pendant 365 jours** pour un même Sinistre et **au maximum pendant 730 jours** sur toute la durée de l'Adhésion.

Le versement des prestations cesse à la 1^{ère} des dates ci-dessous, soit :

- à la date de Reprise d'activité professionnelle,
- à la date de résiliation de l'adhésion en cas de non-paiement des primes (selon les modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances),
- A l'issue de 365 jours d'indemnisation pour un même Sinistre,
- A l'issue de 730 jours d'indemnisation tous Sinistres cumulés,
- A la date de cessation du versement de l'A.R.E par Pôle Emploi,
- A la date de départ en retraite ou préretraite de l'Assuré,
- A l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

En tout état de cause l'indemnisation cesse à la date de résiliation du contrat SUPER NOVATERM CREDIT dont l'Adhérent est souscripteur.

Article 6 - EXCLUSIONS

LA PERTE D'EMPLOI N'EST PAS GARANTIE SI ELLE EST DUE A :

- **UNE RUPTURE NEGOCIEE OU A LA DEMISSION DE L'ASSURE SUITE A UNE SUPPRESSION DE POSTE ET A SON REFUS D'ACCEPTER UN AUTRE** (même indemnisée par pôle emploi au titre de l'ARE) ;
- **UNE RUPTURE D'UN CONTRAT DE TRAVAIL QUI N'EST PAS UN CDI DONT LA DUREE EST SUPERIEURE A UN AN AU MOMENT DU SINISTRE ;**
- **UN LICENCIEMENT POUR FAUTE GRAVE OU LOURDE OU POUR FIN DE CHANTIER ;**
- **UN LICENCIEMENT ENTRE CONJOINTS, CONCUBINS, PARTENAIRES LIES PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE, ASCENDANTS, DESCENDANTS OU COLLATERAUX.**

DANS TOUS LES CAS, LA PERTE D'EMPLOI N'EST PAS GARANTIE SI L'ASSURE VIENT A PERCEVOIR TOUTE AUTRE PRESTATION QUE L'ALLOCATION D'AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI (ARE).

II - LA VIE DE L'ADHESION

Article 7 - DATE D'EFFET ET DUREE

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première prime par l'Assureur, pour une durée d'un an puis est ensuite renouvelable annuellement par tacite reconduction. L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'envoi du Certificat d'adhésion.

Elle prend fin à l'extinction de la garantie.

En aucun cas l'adhésion au contrat ne peut être renouvelée au-delà de l'échéance annuelle suivant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

L'adhésion prend fin automatiquement en cas de résiliation du contrat SUPER NOVATERM CREDIT dont l'Adhérent est souscripteur.

Article 8 - MODIFICATION DE L'ADHESION

Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur. Toute modification des conditions de l'adhésion fera l'objet d'un avenant signé par l'Adhérent et l'Assureur. L'Adhérent sera informé par le Souscripteur avant toutes modifications apportées à ses droits ou obligations dans le respect de l'article L.141-4 du Code des assurances.

Article 9 - PAIEMENT DES PRIMES - REVISION - RESILIATION

Le montant des primes figure au Certificat d'adhésion ou au dernier avenant venu le modifier. L'engagement de l'Adhérent porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la prime.

L'adhérent a le choix entre un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier chaque année le tarif applicable aux Assurés, si les résultats techniques du contrat sont défavorables. Le nouveau tarif s'appliquera à partir de l'échéance annuelle de chaque adhésion.

L'Adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion à condition d'en informer l'Assureur par lettre recommandée quinze jours avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion. Toute résiliation de cette nature sera définitive.

Conformément aux dispositions de l'Article L.141-3 du Code des assurances, lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours suivant son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement de la prime ou fraction de prime échue ainsi que les primes venues à échéance au cours de ce délai entraîne la résiliation de plein droit de l'adhésion.

Article 10 - FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

Article 10.1 - Fin de l'Adhésion

La fin de l'adhésion met fin aux garanties.

L'Adhérent peut résilier son adhésion chaque année :

- à l'échéance annuelle de l'adhésion moyennant préavis de deux mois.

- En cas de cessation ou de changement d'activité professionnelle lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature et la portée de la garantie. La résiliation doit intervenir dans les trois mois suivant la connaissance de l'évènement et prend effet un mois après sa notification.

- En cas de révision des primes d'assurance selon les dispositions de l'Article 9.

L'Assureur peut résilier l'adhésion pendant les deux premières années de garantie :

- à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant un préavis de deux mois,

- Après deux ans, le droit au maintien des garanties est acquis jusqu'au terme de l'adhésion indiqué au certificat d'adhésion sauf pour les motifs suivants :

- Non paiement des primes,

- Réticence ou fausse déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat,

- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

L'Adhésion prend fin de plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur,

- A l'issue de **730 jours** d'indemnisation tous Sinistres cumulés,

- A l'échéance annuelle qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,

- En cas de retraite ou préretraite de l'Assuré,

- En cas de décès de l'Adhérent ou de l'Assuré,

- A la date de résiliation du contrat SUPER NOVATERM CREDIT de l'Adhérent.

En tout état de cause l'adhésion prend fin à la date de fin indiquée au Certificat d'adhésion ou au dernier avenant venu le modifier.

Article 10.2 - Forme de la résiliation

La résiliation de l'adhésion par l'Adhérent doit être notifiée par lettre recommandée au Souscripteur à l'adresse ci-dessous :

MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

L'adhésion prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

La résiliation de l'Adhésion par l'Assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Article 10.3 - Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent, de plein droit ou par l'Assureur pour non paiement des primes, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude, la garantie et le versement des prestations éventuellement en cours cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation par l'Assureur à l'échéance annuelle ou par l'Adhérent suite à une révision des primes ou au refus de l'Assureur de réduire la prime suite à une diminution du risque, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais le versement des prestations au titre d'une Perte d'Emploi survenue pendant la période de garantie est maintenu dans la limite et la durée contractuelle des obligations de l'Assureur.

III - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 11 - DECLARATION DU SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré doit, dès qu'il a connaissance d'un Sinistre susceptible d'entraîner l'application de la garantie, en informer le Souscripteur, à l'adresse suivante :

MetLife
Service Indemnisations
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

La déclaration doit être faite dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la période de Franchise de la garantie. A défaut de déclaration dans le délai imparti, l'indemnisation ne pourra débiter qu'à partir du jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

Tout Sinistre qui sera déclaré plus d'un an après sa survenance ne sera pas pris en considération.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-après ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

Article 12 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

- la copie du contrat de travail en vigueur au moment de l'adhésion,
- le certificat de travail du dernier employeur ;
- la copie de la lettre de convocation à l'entretien préalable notifiant le licenciement adressée par l'employeur ; copie de la lettre de licenciement ;
- la copie de l'attestation destinée au Pôle emploi à remplir par l'employeur ;
- la copie de l'avis d'admission à l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) versée par Pôle emploi ou par un organisme prévu à l'article L.351-12 du Code du Travail ;
- les justificatifs de paiement de ladite allocation à compter du 1^{er} jour d'indemnisation par Pôle emploi (les justificatifs de prolongation doivent être fournis au fur et à mesure).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 13 - CHANGEMENT DE DOMICILE

L'Adhérent est tenu d'aviser le Souscripteur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées qui seront adressées à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

Article 14 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, l'Assureur peut être amené à interroger les parties au contrat (Adhérents, Assurés, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il est ainsi notamment demandé à l'Adhérent d'expliquer la raison d'une résiliation dans les deux premières années de l'assurance.

Article 15 - MEDIATION

Toute partie au contrat peut formuler des réclamations au Gestionnaire à l'adresse suivante :

MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

En cas de réponse non satisfaisante de l'Assureur à une réclamation, il est possible de faire appel au médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), dont les coordonnées sont communiquées par l'Assureur sur simple demande. Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits de l'Adhérent d'intenter une action en justice.

Article 16 - ARBITRAGE ET LITIGE

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un Sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant la juridiction française compétente et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Article 17 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les Données Personnelles recueillies lors de l'adhésion sont nécessaires au traitement du dossier. L'Adhérent certifie l'exactitude des données qu'il fournit au Gestionnaire, pour le compte de l'Assureur, responsable du traitement. Ce dernier pourra les transmettre, le cas échéant, à ses sous-traitants, mandataires et réassureurs qui peuvent se trouver hors de l'Union Européenne. L'Assureur veille alors à mettre en place des mesures de sécurisation des données équivalentes à celles applicables en France. Les informations recueillies pour la mise en place du prélèvement SEPA sont destinées à MetLife ainsi qu'à l'établissement bancaire prélevant les cotisations. Elles peuvent faire l'objet d'un transfert temporaire vers les Etats-Unis, dans le respect d'un niveau de protection des données personnelles équivalent à celui garanti par la législation française. Les Données Personnelles pourront être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment des capitaux

ou le financement du terrorisme. L'Adhérent pourra accéder, conformément à la loi Informatique et Libertés à ses données, les faire rectifier, ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant une demande écrite à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

MetLife
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

L'Adhérent peut également s'opposer à l'utilisation des données à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse ci-dessus. Les dispositions ci-dessus s'appliquent également à l'Assuré, s'il est différent de l'Adhérent.

Article 18 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par 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, ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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 19 - ORGANISME DE CONTROLE

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise), P.O. Box 11517 Spencer Dock, Dublin 1, IRLANDE

Article 20 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

La présente adhésion ainsi que les relations pré-contractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de la présente adhésion sera de la compétence des juridictions françaises.

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la *Central Bank of Ireland*.

Conditions Générales Protection Immédiate Accident

PROTECTION IMMÉDIATE ACCIDENT

Conditions Générales Référence : CGKAMT04

Janvier 2014

ARTICLE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le contrat est composé des présentes Conditions Générales, de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au contrat, des Conditions Particulières ainsi que de tout avenant portant modification au contrat.

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise), P.O. Box 11517 Spencer Dock, Dublin 1, IRLANDE.

Les déclarations du Souscripteur et de l'Assuré servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des articles L.113-8 et L.132-26 du code précité.

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat dénommé PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT est un contrat d'assurance individuelle accident relevant de la branche 1 (Accidents), qui a pour objet le versement par l'Assureur du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de **Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (également appelée Invalidité Absolue et Définitive) de l'Assuré consécutifs à un Accident et survenu pendant la période de validité des garanties.**

ARTICLE 3 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident :	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de celle de ses bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
Assuré :	Personne physique, nommément désignée aux Conditions Particulières du contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties. Le contrat PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT est réservé aux personnes résidant en France métropolitaine âgées de 18 à 64 ans inclus au moment de la souscription.
Assureur :	MetLife Europe Limited, agissant sous le nom commercial MetLife (ci-après « MetLife », « nous » ou l'« Assureur »), société d'assurance irlandaise, exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.
Bénéficiaire :	Personne physique ou morale désignée aux Conditions Particulières du contrat qui perçoit le capital versé par l'Assureur. Conformément à l'article L.132-9 du Code des Assurances, en présence d'un Bénéficiaire acceptant, l'accord de ce dernier sera nécessaire pour toute modification du contrat.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) également appelée Invalidité Absolue et Définitive :	Invalidité physique ou mentale consécutive à un Accident, constatée avant l'âge de 65 ans, mettant l'Assuré dans l'incapacité absolue et définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (assimilable à la 3 ^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale).
Souscripteur :	Personne physique ou morale.

ARTICLE 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'étendent au monde entier sauf restriction(s) précisée(s) à l'article 6 « Exclusions » des présentes Conditions Générales. A l'étranger, les garanties sont acquises pour des séjours d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs.

Tout état d'invalidité de l'Assuré à la suite d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France métropolitaine pour ouvrir droit au paiement du capital.

ARTICLE 5 - LES GARANTIES

En cas de Décès de l'Assuré des suites directes d'un Accident, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le montant du capital garanti au jour du décès, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Pour donner lieu à indemnisation, le décès doit intervenir dans les 2 ans qui suivent la date de survenance de l'Accident.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré consécutive à un Accident et constatée dans un délai de 2 ans suivant la survenance de l'Accident, l'Assureur verse par anticipation, à la date de reconnaissance de l'invalidité, le capital prévu en cas de décès. Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice du capital reviendra à l'Assuré lui-même.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie cesse automatiquement au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Le paiement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

Aucun Accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS

SAUF CONVENTION CONTRAIRE INDIQUÉE AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES, L'ASSUREUR GARANTIT LES RISQUES DE DÉCÈS ET DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELS SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNUMÉRÉES CI-APRÈS :

- LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS ANTÉRIEURS À LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES,
- LES CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS RELEVANT DU FAIT INTENTIONNEL DE L'ASSURÉ OU DU BÉNÉFICIAIRE DE LA GARANTIE,
- TOUTES LES CONSÉQUENCES D'ACTIVITÉS TOMBANT SOUS LE COUP DES SANCTIONS PRÉVUES PAR LE CODE PÉNAL,
- LE FAIT DE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE,
- LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ÉMEUTES, DE MOUVEMENTS POPULAIRES, D'INSURRECTIONS, DE COMLOTS, DE GRÈVES, DE RIXES (sauf cas de légitime défense),
- LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ATTENTATS EN CAS DE PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ,
- LES CONSÉQUENCES DU SUICIDE OU DE SA TENTATIVE, D'UNE CRISE D'ÉPILEPSIE, DE DELIRIUM TREMENS, D'UNE RUPTURE D'ANÉVRISME, DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE, DE L'EMBOLIE CÉRÉBRALE OU DE L'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE,
- LES ACCIDENTS, LORS DE LA CONDUITE DE TOUT VÉHICULE, PROVOQUÉS PAR L'ÉTAT ALCOOLIQUE DE L'ASSURÉ CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI FIXÉ PAR LA LOI RÉGISSANT LA CIRCULATION AUTOMOBILE FRANÇAISE AU MOMENT DU SINISTRE, L'USAGE DE STUPÉFIANTS OU SUBSTANCES ANALOGUES, MÉDICAMENTS OU TRAITEMENTS NON PRESCRITS PAR UNE AUTORITÉ MÉDICALE HABILITÉE.
L'ASSUREUR N'AURA PAS À APPORTER LA PREUVE DE L'EXISTENCE D'UN LIEN DE CAUSALITÉ ENTRE L'ÉTAT DE L'ASSURÉ ET L'ACCIDENT.
- L'ACCIDENT DE NAVIGATION AÉRIENNE SURVENANT ALORS QUE L'ASSURÉ SE TROUVAIT À BORD D'UN APPAREIL EN UNE QUALITÉ DISTINCTE DE CELLE DE SIMPLE PASSAGER DE LIGNES RÉGULIÈRES OU « CHARTER » DUMENT AGRÉÉS POUR LE TRANSPORT PAYANT DES VOYAGEURS, OU ENCORE DONT LE PILOTE NE DISPOSAIT PAS DES QUALIFICATIONS NÉCESSAIRES, OU ENFIN PARTICIPANT À DES COURSES, ACROBATIES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS ;
- LA PRATIQUE PAR L'ASSURÉ DES SPORTS OU ACTIVITÉS SUIVANTS : SPÉLÉOLOGIE ; PLONGÉE SOUS-MARINE ; MOTONAUTISME ; SPORTS AÉRIENS Y COMPRIS LE PARACHUTISME, L'ULM, LE DELTAPLANE ET LE PARAPENTE ; SAUT À L'ÉLASTIQUE ; ESCALADES EN MONTAGNE ET PASSAGE DE GLACIERS ; SKELETON ; EXERCICES ACROBATIQUES,
- TOUTE PRATIQUE D'UN SPORT À TITRE PROFESSIONNEL, TOUTE PARTICIPATION À DES COMPÉTITIONS, MATCHES, CONCOURS, PARIS ET RECORDS ; TOUTE PARTICIPATION À UNE COURSE AMATEUR NÉCESSITANT L'UTILISATION D'UN ENGIN À MOTEUR TERRESTRE OU AQUATIQUE, AINSI QUE L'UTILISATION, AVEC OU SANS CONDUITE, D'UN AVION DE TOURISME ;
- LES ACCIDENTS RÉSULTANT DE L'UTILISATION PAR L'ASSURÉ, AVEC OU SANS CONDUITE, D'UN VÉLOMOTEUR OU D'UNE MOTOCYLETTE, À 2 OU PLUS DE 2 ROUES, D'UNE CYLINDRÉE SUPÉRIEURE À 80CM³.

SONT ÉGALEMENT EXCLUS :

- LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE ;
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORSQUE L'ASSURÉ EFFECTUE DES PÉRIODES MILITAIRES OU DES EXERCICES DE PRÉPARATION MILITAIRE OU EN RÉSULTANT ;
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE SÉJOURS POUR DES RAISONS PROFESSIONNELLES, HORS D'EUROPE (UNION EUROPÉENNE, ASSOCIATION EUROPÉENNE DE LIBRE ECHANGE), AMÉRIQUE DU NORD, JAPON, AUSTRALIE, NOUVELLE-ZÉLANDE, HONG-KONG, SINGAPOUR ;
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION COMPORTANT LES ACTIVITÉS SUIVANTES :
 - SÉCURITÉ OU PROTECTION IMPLIQUANT L'UTILISATION D'ARMES DE DÉFENSE,
 - ENTRAÎNANT LA PARTICIPATION À DES CHANTIERS DE CONSTRUCTION, DESTRUCTION, PLATE-FORME D'EXPLORATION OU DE FORAGE,
 - ENTRAÎNANT UNE EXPOSITION À DES SUBSTANCES OU PRODUITS DANGEREUX (TOXIQUES, CORROSIFS, EXPLOSIFS, OU INFLAMMABLES).

ARTICLE 7 - LA VIE DU CONTRAT

1. Effet et durée des garanties

Le contrat prend effet dès l'enregistrement par l'Assureur de la demande de souscription, dûment complétée et signée. La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières. Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

Sauf dispositions contraires stipulées aux Conditions Particulières, le contrat est établi **pour une durée d'un an** à compter de la date d'effet et se renouvelle ensuite tacitement à chaque échéance annuelle.

2. Résiliation du contrat

Par le Souscripteur :

Le Souscripteur peut, s'il le souhaite, mettre fin au contrat à tout moment, en avisant l'Assureur par lettre recommandée, la résiliation prenant effet au terme de la période de garantie précédemment payée.

Il peut également mettre fin au contrat en cas de majoration tarifaire (cf. article 7.4 Primes), à l'échéance annuelle, dans les 30 jours qui suivent sa notification par l'Assureur.

Par l'Assureur :

L'Assureur peut résilier le contrat :

- à échéance annuelle moyennant une lettre recommandée adressée dans un délai d'au moins 60 jours avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi,
- en cas de non-paiement des primes aux échéances prévues (cf. article 7.4 Primes).

De plein droit :

- en cas de retrait d'agrément de l'Assureur.

3. Cessation du contrat

Outre les possibilités de résiliation prévues par ailleurs au contrat par l'une ou l'autre des parties, **le contrat cesse automatiquement et sans autre avis à l'échéance annuelle qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'Assuré** ainsi qu'en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

4. Primes

L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement des primes aux échéances prévues.

Les primes d'assurance sont payables d'avance en fonction de la périodicité choisie par le Souscripteur. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

La prime et sa périodicité de règlement sont fixées contractuellement et reportées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Nous nous engageons à ne pas augmenter les primes à titre individuel. Si nous étions amenés à augmenter le tarif de base pour ce contrat, le Souscripteur serait avisé de cette révision au moins 2 mois avant l'échéance annuelle et elle porterait sur l'ensemble des Assurés ayant souscrit un contrat PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT au tarif faisant l'objet de la révision.

Défaut de paiement des primes

A défaut de règlement dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par lettre recommandée de mise en demeure, adressée au Souscripteur à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre (Art. L 113-3 du Code des Assurances).

La suspension de garantie pour non-paiement de la prime ou d'une fraction de prime, signifie que l'Assureur est dégagé de tout engagement à l'égard de l'Assuré au cas où un sinistre surviendrait durant cette période de suspension.

La suspension produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période d'assurance considérée relative à la prime impayée. La suspension de garantie ne dispense pas le Souscripteur de l'obligation de payer la prime annuelle de son contrat.

Dans le cas où la prime est fractionnée, le non-paiement d'une fraction de prime à l'échéance peut entraîner l'annulation du fractionnement et l'exigibilité, par lettre recommandée adressée au Souscripteur, de la totalité des fractions dues au titre de l'année en cours.

L'Assureur peut résilier le contrat dix jours après la suspension si aucun règlement n'est intervenu en le notifiant au Souscripteur dans la mise en demeure ou par une nouvelle lettre recommandée.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure (Art. L.113-3 du Code des Assurances) et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement auront été payés à l'Assureur.

5. Changement de domicile

Le Souscripteur est tenu d'aviser l'Assureur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées adressées par l'Assureur à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

ARTICLE 8 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

1. Déclaration du sinistre

Tout sinistre de nature à entraîner la mise en jeu des garanties du contrat doit être déclaré obligatoirement dans les 30 jours suivant sa survenance, sauf cas fortuit ou de force majeure, à :

**MetLife
Service Indemnisations
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex**

L'Assuré ou les Bénéficiaires doivent également fournir à leurs frais, les pièces médicales ou tout autre document dont l'Assureur ou son Médecin Conseil demandera la production.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans les quinze jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-dessous ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

En cas d'emploi intentionnel de documents inexacts ou de moyens frauduleux, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire seront entièrement déchu de tous droits à indemnités. Il en sera de même en cas de réticence dans la déclaration du sinistre, tendant à exagérer ou à dénaturer les suites de l'Accident, à en déguiser les causes ou à en prolonger les conséquences.

2. Pièces à fournir

Dans tous les cas, l'Assureur aura besoin des pièces suivantes pour établir le dossier :

- Un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales établissant les circonstances de l'Accident
- Les originaux des Conditions Générales, des Conditions Particulières et des avenants éventuels.

En cas de décès :

- Un extrait d'acte de décès ou bulletin de décès de l'Assuré,
- Un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause,
- Un extrait d'acte de naissance de chaque Bénéficiaire, datant de moins de 3 mois,
- Un certificat Post Mortem rempli par le médecin traitant et une déclaration de décès (documents fournis par l'Assureur).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- Un certificat médical détaillé établissant la nature et la cause de l'invalidité,

- Les rapports d'expertise médicale ou judiciaire,
- La notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- Le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Par ailleurs, l'Assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment à des enquêtes et demander que l'Assuré se fasse examiner par un médecin qu'il aura désigné. Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus opposé à ces contrôles.

L'ensemble des réclamations se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même sinistre. Le paiement du capital est définitif et décharge l'Assureur de tout recours ultérieur se rapportant au sinistre ou à ses suites. De plus, le paiement du capital auquel le Bénéficiaire a droit, met automatiquement fin au contrat.

ARTICLE 9 - DISPOSITIONS DIVERSES

1. Souscriptions multiples

En aucun cas, il ne peut être souscrit plusieurs fois au contrat PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT pour le même Assuré. Si cela était, l'engagement de l'Assureur serait en tout état de cause limité à la première souscription.

2. Arbitrage et litige

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant le Tribunal de Grande Instance de la République française territorialement compétent et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

3. Médiation

Toute partie au contrat peut formuler des réclamations à l'Assureur à l'adresse suivante : **MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Coeur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle 92931 LA DEFENSE Cedex.**

En cas de réponse non satisfaisante de l'Assureur à une réclamation, il est possible de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), dont les coordonnées sont communiquées par l'Assureur sur simple demande. Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits du Souscripteur d'intenter une action en justice.

4. Loi applicable et juridiction

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

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

5. Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 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 lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par 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, ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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.

6. Informatique et libertés

Les Données Personnelles recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement du dossier. Le Souscripteur certifie l'exactitude des données qu'il fournit à l'Assureur, responsable du traitement. Ce dernier pourra les transmettre, le cas échéant, à ses sous-traitants, mandataires et réassureurs qui peuvent se trouver hors de l'Union Européenne. L'Assureur veille alors à mettre en place des mesures de sécurisation des données équivalentes à celles applicables en France. Les informations recueillies pour la mise en place du prélèvement SEPA sont destinées à MetLife ainsi qu'à l'établissement bancaire prélevant les cotisations. Elles peuvent faire l'objet d'un transfert temporaire vers les Etats-Unis, dans le respect d'un niveau de protection des données personnelles équivalent à celui garanti par la législation française. Les Données Personnelles pourront être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment des capitaux ou le financement du terrorisme. Le Souscripteur pourra accéder, conformément à la loi Informatique et Libertés à ses données, les faire rectifier, ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant une demande écrite à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à : MetLife Coeur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex

Le Souscripteur peut également s'opposer à l'utilisation des données à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse ci-dessus. Les dispositions ci-dessus s'appliquent également à l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur.

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la *Central Bank of Ireland*.