

**NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EMPRUNTEURS N° 6070 / 200143
AGRILEND**

REMARQUE : La présente notice d'information a pour objet de donner aux assurés une information générale sur les garanties du contrat. Elle ne préjuge pas des dispositions particulières notifiées à un assuré en fonction de sa situation personnelle.

Le contrat est souscrit par **AgriLend** - Société par actions simplifiée à associé unique au capital de 50 000 euros - RCS Paris 824 161 160 - Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 17 001 539 (en qualité d'IFP) - Siège social : 65 rue d'Hauteville - 75010 Paris ci-après dénommée « **le contractant** » pour le compte des assurés auprès de **Groupama Gan Vie** ci-après dénommée « **l'assureur** », et ce, par l'intermédiaire de **Gras Savoye** - Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros - RCS Nanterre 311 248 637 – Code APE 6622Z - Et Société de courtage en assurances immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 001 707 (www.oriass.fr) - Siège social : Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion Bouton - CS 70001 – 92814 Puteaux Cedex. La gestion du contrat est assurée par **Gras Savoye**.

Le contrat est régi par le Code des assurances. Les déclarations du contractant et des assurés servent de base au contrat.

PRESCRIPTION : En application de l'article L.114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

En application de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- Une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- Un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- La désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- 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 cotisation et par l'assuré ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

TITRE I – GENERALITES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir, dans les conditions énoncées ci-après, le paiement des prestations en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie des assurés garantis au titre des prêts tels que définis au paragraphe PRETS ASSURES de l'article 2 ci-après.

ARTICLE 2 – DEFINITIONS

Pour l'application du contrat, il faut entendre par :

- **ADHERENT :** Toute personne morale emprunteur d'un prêt consenti par l'intermédiaire du contractant.
- **ASSURE :** Toute personne physique assurée au titre du contrat représentant légal d'une personne morale emprunteur d'un prêt consenti par l'intermédiaire du contractant et signataire du contrat de prêt.
- **BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE :** Le contractant est désigné comme bénéficiaire. Le contractant se charge ensuite de rembourser les prêteurs en fonction du montant prêté individuellement par chaque prêteur.

Ce versement entre les mains du contractant est libératoire pour l'assureur.

- **MALADIE :** Toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale.
- **PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) :** La perte totale et irréversible d'autonomie donnant lieu au versement anticipé du capital prévu en cas de décès est celle qui place l'assuré âgé de **moins de 67 ans** dans l'impossibilité définitive et absolue d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, qui l'oblige à avoir recours de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante, et ce, toute sa vie. *Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.*

- **PRETS ASSURES :** Ils correspondent à des prêts accordés aux TPE et PME par l'intermédiaire de particuliers. Ces crédits sont ouverts à des plateformes de prêt participatif sous le régime d'Intermédiaire en Financement Participatif à l'instar du contractant.

Ils présentent les caractéristiques suivantes :

- Prêts amortissables à échéances constantes ;
- Durée maximum : 60 mois ;
- Montant maximum : 200 000 euros.

- **REGIME SOCIAL DE BASE :** Sécurité sociale, Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime de protection sociale de base à adhésion légalement obligatoire. **L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base et de l'assureur.**

ARTICLE 3 – ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties en cas de décès et de PTIA s'exercent dans le monde entier.

Les frais de retour en France ou de rapatriement restent en tout état de cause à la charge de l'assuré.

ARTICLE 4 – RECLAMATION – MEDIATION – INFORMATIQUE ET LIBERTES

A) RECLAMATION – MEDIATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat d'assurance, l'assuré peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service en charge des relations avec la clientèle à l'adresse suivante :

- Gras Savoye - AgriLend

*par courrier postal : 2 rue de Gourville - 45911 Orléans Cedex 9

*par courriel : crowlending@grassavoye.com

*par téléphone : 02 46 90 00 09 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 (hors jours légalement fériés et/ou chômés)

Si cette première réponse ne le satisfait pas, sa réclamation peut être transmise au Service Réclamations de l'assureur à l'adresse suivante :

*par courrier postal : Groupama Gan Vie

Service Réclamations

TSA 91414

35090 Rennes Cedex 9

*par courriel à l'adresse suivante : service.reclamations@ggvie.fr

L'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. La réponse définitive à la réclamation sera apportée dans un délai de traitement de deux (2) mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, il peut recourir à la Médiation de l'Assurance sur le site www.mediation-assurance.org ou par courrier (Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09). Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

B) TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Informations essentielles concernant les données personnelles :

Les relations commerciales ou contractuelles avec l'assureur nécessitent le recueil et le traitement de données à caractère personnel, données indispensables pour apporter des services de qualité et gérer les contrats d'assurance.

Les données personnelles concernant l'assuré, ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat, sont traitées dans le respect des règles de protection des données, notamment du Règlement Général de Protection des Données (RGPD), de la loi « Informatique et Libertés » et des référentiels de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'assureur a obtenu un label « Gouvernance RGPD » délivré par la CNIL, ce qui démontre la mise en œuvre de mesures appropriées de respect des données.

Les données personnelles traitées par l'assureur peuvent être nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, à la gestion des relations commerciales et à l'amélioration de la qualité de services, à la gestion du risque de fraude ou encore à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.

Les droits de l'assuré sur les données personnelles :

L'assuré dispose de droits sur les données le concernant qu'il peut exercer facilement :

- droit de prendre connaissance des informations dont l'assureur dispose et le cas échéant de demander à les compléter ou corriger notamment en cas de changement de situation (droits d'accès et de rectification).
- droit de demander l'effacement des données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation).
- droit de s'opposer à l'utilisation des données (droit d'opposition).
- droit de récupérer dans un format structuré les données qu'il a personnellement fournies dans le cadre de son contrat ou lorsqu'il a consenti à leur utilisation (droit à la portabilité des données).
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication des données après son décès.

Pour le recueil de certaines données (ex : données de santé), l'accord de l'assuré est nécessaire. Cet accord peut être recueilli par exemple à l'aide de cases à cocher sur les formulaires. Dans ce cas, l'assuré a la possibilité de retirer son accord à tout moment.

L'assuré peut exercer ces droits par courrier postal à l'assureur.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent auprès du médecin-conseil de l'assureur.

Toute demande concernant les données de l'assuré peut aussi être adressée au Délégué à la Protection des Données :

- DPO France Groupama : contactDPO@groupama.com

- DRPO GGVIÉ : correspondant.cnil@ggvie.fr

L'assuré peut également faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter l'assuré pour vérifier ou compléter ces informations.

La communication des données identifiées par un astérisque (*) dans les différents formulaires que l'assureur met à la disposition de l'assuré est obligatoire pour une bonne gestion de ses demandes. A défaut, ces demandes ne pourront être traitées ou leur temps de traitement pourra être retardé.

Informations détaillées concernant les données personnelles :

➤ A quelles fins sont collectées les données ?

Les données recueillies par l'assureur sont nécessaires aux objectifs ci-après :

Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance

Les données traitées sont nécessaires à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de l'assuré ou à l'exécution d'un contrat auquel l'assuré est partie. Le droit à la portabilité concerne les données que l'assuré communique à l'assureur dans ce cadre.

Les données recueillies par l'assureur concernant l'assuré ou concernant les personnes parties, intéressées ou intervenant au contrat sont nécessaires à :

- L'étude des besoins spécifiques de chaque demandeur afin de proposer des contrats adaptés.
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque.
- La gestion des contrats de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat.
- La gestion des clients.
- L'exécution des garanties des contrats.
- L'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux.
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles et la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat, en vue notamment de faire évoluer les offres de produits et services de l'assureur, de personnalisation des relations, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.
- La mise en place d'actions de prévention.
- Le respect d'une obligation légale ou réglementaire.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution de ce contrat. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées pour une durée maximum de 5 ans à des fins probatoires; les autres données peuvent être conservées pendant un délai de trois ans à compter de leur collecte ou à compter du dernier contact émanant du demandeur.

Lutte contre la fraude à l'assurance

La lutte contre la fraude à l'assurance est effectuée dans le cadre de l'intérêt légitime de l'assureur qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés et donc de prévenir, détecter et gérer les cas de fraude à l'assurance. Le droit à la portabilité ne peut être exercé sur les données traitées dans ce cadre.

Des données personnelles pourront être traitées quel que soit l'auteur des actes présentant un risque de fraude (personnes parties, intéressées ou intervenant au contrat, ou salariés, prestataires, mandataires ou agents généraux d'assurance,). Les dispositifs mis en œuvre peuvent faire intervenir des outils de profilage dont les résultats font l'objet systématiquement d'une étude par les personnes en charge de cette activité.

Ces dispositifs de lutte contre la fraude peuvent, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données traitées à des fins de lutte contre la fraude sont conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude.

En cas de procédure judiciaire, les données sont conservées jusqu'au terme de la procédure judiciaire, puis archivées selon les durées de prescription applicables. Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter les obligations légales et réglementaires l'assureur met un œuvre un traitement surveillance aux fins de lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières. Ce traitement peut faire appel à un outil de profilage. Les données traitées dans ce cadre ne sont pas portables.

Les données relatives aux personnes concernées sont conservées 5 ans à compter de clôture du compte ou de la fin de la relation avec l'assureur. Celles relatives aux opérations réalisées par ces personnes sont conservées 5 ans à compter de leur exécution y compris en cas de clôture du compte ou de fin de la relation avec l'assureur.

Recueil et traitement de données de santé

Des données relatives à la santé de l'assuré sont susceptibles d'être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, ou de la lutte contre la fraude à l'assurance.

Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord explicite des personnes concernées.

Ces informations sont conservées selon les mêmes durées que celles relatives à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance.

Le droit à la portabilité dans le respect de la confidentialité médicale concerne les données que l'assuré communique à l'assureur dans ce cadre.

Amélioration de la qualité de services (écoutes/enregistrements téléphoniques)

Dans le cadre de ses relations avec l'assureur, l'assuré peut être amené à téléphoner à l'assureur. Ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés, dans l'intérêt légitime de

l'assureur, afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations de l'assureur à l'égard de l'assuré et plus généralement à faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de l'appel de l'assuré. Si l'assuré a été enregistré et qu'il souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande selon modalités décrites ci-dessus (voir § « Les droits de l'assuré sur les données personnelles »). Cet enregistrement n'est pas concerné par le droit à portabilité.

Les enregistrements sont conservés sur une durée maximale de 6 mois.

Transferts d'informations hors de l'Union Européenne :

Des données à caractère personnel concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent faire l'objet de transferts vers des pays situés hors Union Européenne assurant un niveau de protection adéquate ou moyennant des garanties appropriées, dans le respect des conditions imposées par la législation européenne et nationale.

Ces transferts sont réalisés dans le cadre de l'exécution des contrats ou des relations commerciales, du respect d'obligations légales ou réglementaires, de la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées.

➤ A qui sont destinées ces informations ?

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, de la gestion et de l'exécution des contrats, de chacune des garanties, à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins-conseils et personnel habilité, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations ou lorsque l'assureur offre des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.

Des informations concernant l'assuré peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants; aux bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat; et s'il y a lieu aux responsables, aux victimes et leurs mandataires, aux témoins et tiers intéressés à l'exécution du contrat), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de tiers autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Les informations relatives à la santé de l'assuré sont exclusivement destinées aux médecins-conseils de l'assureur ou d'autres entités du Groupe en charge de la gestion des contrats, à son service médical ou à des personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégataires ou experts médicaux).

Les informations traitées dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance sont destinées à toutes personnes habilitées de l'assureur ou du Groupe auquel il appartient intervenant dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires; organismes sociaux ou professionnels; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels; organisme tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (Alfa) peut également être destinataire de données dans la mesure où elle met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance automobile et des sinistres déclarés auprès des assureurs. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA - 1 rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.

En ce qui concerne la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, les informations sont destinées aux personnels habilités de l'assureur ou du Groupe auquel il appartient intervenant dans ce cadre, aux autorités compétentes (Tracfin, Direction générale du Trésor,...) et autres organismes financiers dans le respect du Code monétaire et financier.

ARTICLE 5 – ADHESION

A) CONDITIONS D'ADMISSIBILITE

Sont admissibles les personnes physiques âgées de plus de 18 ans et de **moins de 70 ans** au jour de leur adhésion, résidant en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer, agissant en qualité de représentant légal d'une personne morale (TPE et PME) ayant obtenu un prêt par l'intermédiaire du contractant, dont les caractéristiques sont définies au paragraphe PRETS ASSURES de l'article 2 et signataire du contrat de prêt. [A.1 Limites et répartition des garanties](#)

Les garanties sont accordées à hauteur de 100 % du capital emprunté sur une seule tête, personne physique représentant légal d'une personne morale emprunteur d'un prêt consenti par l'intermédiaire du contractant et signataire du contrat de prêt.

[A.2 Engagement maximum de l'assureur](#)

L'engagement maximum de l'assureur est limité sur la tête d'un même assuré, au titre du contrat n° 6070 / 200143 à 200.000 euros.

B) CONDITIONS D'ADHESION

Lors de la demande d'adhésion, toute personne physique assurable doit remplir et signer le bulletin d'adhésion inséré dans le contrat de prêt.

En outre, elle doit satisfaire le cas échéant aux formalités d'adhésion complémentaires suivantes :

* S'agissant de la couverture d'un prêt d'un montant inférieur ou égal à 50 000 euros : aucune formalité médicale n'est exigée. Toute personne physique assurée qui a signé le bulletin d'adhésion est dénommée ci-après l'assuré ;

* S'agissant de la couverture d'un prêt d'un montant supérieur à 50.000 euros et inférieur ou égal à 200.000 euros : toute personne physique assurée doit compléter un questionnaire de santé simplifié. L'acceptation des risques est immédiate pour la personne physique qui a répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé simplifié. Dans les autres cas, l'acceptation des risques est subordonnée aux conclusions favorables du médecin-conseil de l'assureur. L'assureur peut prendre l'une des décisions suivantes :

- Acceptation aux conditions normales,
- Acceptation à des conditions particulières (surprime et/ou exclusions),
- Refus.

Il est précisé que toute condition particulière d'acceptation ou tout refus sera signifié par lettre recommandée par l'assureur à la personne physique assurée.

Toute personne physique assurée acceptée est dénommée, ci-après, l'assuré.

ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties prennent effet, pour chaque personne assurée - personne physique représentant légal d'une personne morale emprunteur d'un prêt consenti par l'intermédiaire du contractant et signataire du contrat de prêt - à compter de la date d'existence d'un engagement de l'emprunteur matérialisé par la signature du contrat de

prêt et au plus tôt à compter de la mise à disposition des fonds, sous réserve de la signature du bulletin d'adhésion, de l'acceptation des risques par l'assureur et du paiement de la cotisation sous forme de prime unique.

ARTICLE 7 – CESSATION DE L'ADHESION, DES GARANTIES ET DU SERVICE DES PRESTATIONS

L'adhésion, les garanties et le service des prestations cessent à la première des dates ci-dessous, soit :

- la date de la dernière échéance de remboursement du prêt,
- la date de remboursement par anticipation du prêt garanti pour quelque cause que ce soit,
- la date de perte du mandat social (révocation, non renouvellement) ou du statut de dirigeant,
- et au plus tard :
 - pour la garantie Décès :
 - le jour du 70^{ème} anniversaire de l'assuré,
 - pour la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie :
 - le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré et, en tout état de cause à la date de sa mise à la retraite ou en préretraite, y compris pour inaptitude au travail.

L'attention de l'assuré est attirée sur le fait que dans le cas où l'engagement envers le contractant se prolonge au-delà des dates limites prévues ci-dessus, il ne bénéficie plus des garanties de l'adhésion.

TITRE II – GARANTIES DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

ARTICLE 8 – MONTANT DES GARANTIES

En cas de décès ou de PTIA d'un assuré telle que définie à l'article 2, sous réserve des dispositions de l'article 8, l'assureur verse à Agrilend le capital restant dû (principal et intérêts ou agios courus au prorata temporis depuis la dernière échéance) au jour du sinistre (date du décès ou de la reconnaissance de la PTIA par l'assureur), tel qu'il ressort du tableau d'amortissement arrêté à la date du sinistre, sous réserve que ce tableau d'amortissement ait été porté à la connaissance de l'assureur.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des échéances (échéances impayées, intérêts de retard...) ne sont pas prises en charge.

ARTICLE 9 – EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES DECES - PTIA

Le risque de décès est garanti, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des dispositions suivantes :

- le suicide survenant moins d'un an après la date de prise d'effet de l'adhésion au titre de chaque prêt garanti n'est pas couvert ;
- le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu.

La garantie PTIA ne s'applique pas dans les cas suivants :

- suites, séquelles, conséquences ou complications d'une affection médicalement constatée antérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion ou d'un accident survenu antérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion,
- accident ou maladie résultant du fait volontaire de l'assuré, de tentative de suicide survenant moins d'un an après la date de prise d'effet de l'adhésion, de mutilation volontaire,
- accident ou maladie résultant de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,
- accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une émeute, une rixe, un acte de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger sont garantis,
- accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.

ARTICLE 10 – PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

A) DECES

Le décès d'un assuré doit être notifié à l'assureur, dans le plus bref délai possible. Le paiement du capital est effectué après réception des pièces justificatives nécessaires au règlement, lesquelles comprennent notamment :

- l'original de l'acte de décès de l'assuré précisant sa date de naissance,
- un certificat médical original indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu,

- la copie du contrat de prêt et du tableau d'amortissement en cours au jour du sinistre,
- une attestation de Agrilend justifiant le montant du capital restant dû par l'emprunteur au jour du décès.

Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur – Gras Savoye – Agrilend – 2 rue de Gourville – 45911 Orléans Cedex 9.

L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

B) PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

La preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration à l'assureur en y joignant notamment :

- un certificat médical détaillé et complété par le médecin traitant de l'assuré ;
- le cas échéant la notification d'attribution d'une pension d'invalidité accordée par l'organisme de sécurité sociale dont dépend l'assuré, mentionnant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
- tout document prouvant son identité,
- la copie du contrat de prêt et du tableau d'amortissement en cours au jour de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie,
- une attestation de Agrilend justifiant le montant du capital restant dû par l'emprunteur au jour de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur - Gras Savoye – Agrilend – 2 rue de Gourville – 45911 Orléans Cedex 9.

L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

Pour être recevable, cette déclaration doit parvenir à l'assureur au plus tard deux mois après le 67^{ème} anniversaire de l'assuré.

L'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale qu'il juge utile pour apprécier son état de perte totale et irréversible d'autonomie indépendamment des décisions du régime social de base. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur portant sur la perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré et l'assureur choisiront ensemble un 3^{ème} médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés par moitié entre l'assureur et l'assuré.

Le capital assuré est arrêté à la date de la reconnaissance de la PTIA par l'assureur et exigible dès cette date. Dès cette date, la garantie en cas de décès prend fin pour l'assuré concerné.

TITRE III – COTISATIONS

L'adhésion est intégrée de façon systématique dans le contrat de prêt consenti par l'intermédiaire de Agrilend sous réserve que les conditions d'adhésion définies ci-avant soient réunies. La cotisation est payable sous forme de prime unique. Il est

précisé qu'aucune portion de cotisation correspondant à une période pendant laquelle les risques n'auront pas couru ne sera remboursée.

Groupama Gan Vie (pour les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie)
Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 Euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z
Sièges sociaux : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09
Réf. Notice d'information – Agrilend – 112018