

Conditions Générales (valant note d'information) SUPER NOVATERM CREDIT

I - TERMES DU CONTRAT

Article 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances. L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est la Commission de Contrôle des Assurances sise à Paris 9ème, 54 rue de Châteaudun. 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 Super Novaterm Crédit est un contrat d'assurance vie individuel qui a pour objet le versement par l'Assureur du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré (garantie de base) survenu pendant la période de validité des garanties. Les garanties facultatives (indemnités journalières, Invalidité Permanente et Totale et Exonération du paiement des primes) s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.

Article 3 - DÉFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré ou du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Assuré : personne physique nommée désignée aux Conditions Particulières du contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties.

Assureur : la Compagnie d'assurance AIG VIE France (ALICO S.A.).

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

Incapacité Temporaire Totale : incapacité médicalement reconnue mettant l'Assuré dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'accident, de se livrer à toute activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

Invalidité Absolue et Définitive : invalidité physique ou mentale constatée avant l'âge de 65 ans mettant l'Assuré dans l'incapacité 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 (assimilable à la 3ème catégorie de la Sécurité Sociale).

Invalidité Permanente et Totale : invalidité physique ou mentale constatée avant l'âge de 65 ans mettant l'Assuré dans l'incapacité d'exercer toute occupation lui rapportant gain ou profit (assimilable à la 2ème catégorie de la Sécurité Sociale).

Souscripteur : personne physique ou morale qui paie les primes.

Article 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'étendent au monde entier sauf restriction(s) précisée(s) aux Conditions Particulières du contrat. Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de la souscription du contrat en fonction des déclarations de l'Assuré. 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.

Article 5 - DATE D'EFFET

L'assurance n'a d'existence et d'effet qu'après la signature des Conditions Particulières par chacune des parties et l'encaissement de la première prime par l'Assureur. 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.

Article 6 - DURÉE DU CONTRAT

Le contrat Super Novaterm Crédit est souscrit pour une période, limitée à la durée du crédit, dont les dates de début et de fin sont indiquées aux Conditions Particulières. Sauf mention contraire aux Conditions Particulières, il expire de plein droit à la date de fin du crédit et au plus tard à l'échéance annuelle suivant le 90ème anniversaire de l'Assuré.

Article 7 - PAIEMENT DES PRIMES - RÉSIILIATION

Les primes sont payables d'avance au siège de l'Assureur, elles sont quérables au lieu désigné par le Souscripteur, dans les cas et conditions prévus par le Code des Assurances. Toutes taxes présentes ou futures établies sur le contrat d'assurance et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du Souscripteur et payables en même temps que la prime.

Conformément au 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 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 des primes venues à l'échéance au cours de ce délai entraîne la résiliation de plein droit du contrat.

Tout Souscripteur est tenu d'aviser l'Assureur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu porteront tous leurs effets.

Le paiement des primes peut être soit annuel, soit fractionné par semestre, trimestre ou mois. En cas de fractionnement, l'Assureur applique une majoration pour tenir compte des coûts de gestion supplémentaires. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels et trimestriels.

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat, avec l'accord de l'organisme prêteur, à chaque échéance de paiement de prime, par lettre recommandée adressée à AIG VIE France (Alico S.A.) - Tour AIG - 92079 Paris La Défense Cedex.

Article 8 - PAIEMENT DES PRESTATIONS ET JUSTIFICATIONS MÉDICALES

L'Assuré ou les Bénéficiaires doivent, dès qu'ils ont connaissance d'une maladie ou d'un accident susceptible d'entraîner l'application des garanties Indemnités Journalières et Exonération du paiement des primes, et au plus tard **dans les 30 jours**, sauf cas fortuit ou de force majeure, en informer l'Assureur, et fournir à leurs frais, les pièces médicales ou tout autre document dont l'Assureur ou son Médecin Conseil demandera la production.

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 elle. **Tout refus opposé à ces contrôles entraîne la déchéance des garanties en cause.** Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans les quinze jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées aux Articles 16, 19, 22 et 25 ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

Article 9 - 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. 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 les 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.

Article 10 - MÉDIATION

En cas de réponse non satisfaisante de AIG Vie France à une réclamation de l'une des parties prenantes au contrat, celle-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Ses coordonnées sont communiquées par AIG Vie France sur simple demande.

Article 11 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances.

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assuré en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont 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 10 ans, dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

La prescription peut être interrompue par les causes ordinaires d'interruption de la prescription dont la plus fréquente est l'action en justice; elle peut l'être également par la désignation d'experts après sinistre et par lettre recommandée avec Accusé de Réception dans les deux cas : action de l'Assureur en paiement de la prime, demande de règlement de l'indemnité de l'Assuré (article L.114-2 du Code des Assurances).

Article 12 - RENONCIATION

A compter de la date du premier versement, le Souscripteur dispose d'un délai de 30 jours pour renoncer à son contrat (Article L. 132-5-1 du Code des Assurances) en adressant à l'Assureur la lettre recommandée avec accusé de réception suivante :

" Je soussigné(e) (Nom, prénom), déclare renoncer au contrat d'Assurance sur la Vie Super Novaterm Crédit N° souscrit le et vous prie de bien vouloir m'adresser l'intégralité de la somme versée, soit, dans le délai prévu par la Loi (Date et Signature)."

La somme versée sera remboursée dans un délai de dix jours après réception de la lettre recommandée.

II - GARANTIE DE BASE : DÉCÈS ET INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Article 13 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur verse au Bénéficiaire le montant du capital garanti, au jour du décès, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré constatée pendant la période de validité des garanties et avant l'âge de 65 ans, 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 des prestations garanties reviendra à l'organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues jusqu'à un maximum égal au capital assuré et pour le surplus éventuel aux héritiers de l'Assuré. Le paiement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

Article 14 - 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 désirent bénéficier du tarif non-fumeur signe une déclaration spéciale non-fumeur. Peuvent bénéficier du tarif non-fumeur les personnes pouvant certifier qu'elles n'ont pas fumé au cours des 24 mois précédant la date de signature de cette déclaration et pour autant qu'elles n'aient pas cessé de fumer à la demande expresse du corps médical.

Article 15 - RISQUES NON GARANTIS

L'Assureur garantit les risques de décès et d'Invalidité Absolue et Définitive, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des exclusions énumérées ci-après :

- **Le suicide conscient ou inconscient ou tentative de suicide survenant moins de deux ans après la prise d'effet du contrat ;**

- Le fait de guerre défini par l'article L.121-8 du Code des Assurances ;
- 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 ne satisfaisant pas à la réglementation applicable en la matière, ou encore dont le pilote ne disposait pas des qualifications nécessaires, ou enfin participant à des courses, acrobaties, tentatives de records ou vol d'essais ;
- Les conséquences de maladies, d'accidents ou de mutilations, relevant du fait intentionnel de l'Assuré ou du Bénéficiaire de la garantie ;
- Toutes les conséquences d'activités professionnelles répréhensibles par la loi ;
- Les suites et conséquences d'émeutes, de mouvements populaires, de guerres civiles ou étrangères, d'insurrections, de complots, de grèves, de rixes (sauf cas de légitime défense), ou d'attentat en cas de participation active de l'Assuré ;
- Les suites et conséquences de maladies liées à l'usage de boissons alcoolisées, de stupéfiants ou de substances analogues non prescrites médicalement ;
- Les suites et conséquences de maladies ou d'accidents antérieurs à la souscription du contrat et non déclarés lors de la souscription.

Article 16 - PIÈCES A FOURNIR :

A - Pièces justificatives à fournir en cas de décès :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- un extrait d'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- un extrait d'acte de naissance du ou des bénéficiaires de la garantie,
- un certificat Post Mortem rempli par le médecin traitant et déclaration de décès (documents fournis par l'Assureur),
- une copie du procès verbal de gendarmerie ou du constat de police en cas d'accident.

B - Pièces justificatives à fournir en cas d'invalidité absolue et définitive :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- un certificat médical détaillé établissant la nature de l'invalidité,
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- la notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- une copie du procès verbal de gendarmerie ou du constat de police en cas d'accident,
- le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur).

III - GARANTIES FACULTATIVES

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

III.1 INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Article 17 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré avant l'âge de 65 ans 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), et tant que le contrat est en vigueur, l'Assureur lui verse dès le 31^{ème} jour, 61^{ème} jour ou 91^{ème} jour d'arrêt de travail (suivant la franchise choisie), les indemnités journalières figurant aux Conditions Particulières. Le versement des indemnités journalières s'effectue jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Totale médicalement justifiée mais au plus pendant 36 mois et jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré. Le versement des indemnités journalières est interrompu dès la reprise par l'Assuré de son travail ou de toute autre activité, même à temps partiel.

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, 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 franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

Article 18 - RISQUES NON GARANTIS

L'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré avant l'âge de 65 ans sous réserve des exclusions énumérées à l'article 15 et, sauf convention contraire aux Conditions Particulières, des exclusions énumérées ci-après :

- 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 ;
- tout sport à titre professionnel ; toute participation à des compétitions, matches, concours, paris et records ; l'usage par l'Assuré d'un vélomoteur ou moto dont la cylindrée dépasse 80 cm³ ; l'emploi d'un avion de tourisme ;
- les conséquences de maladies ou d'accidents résultant d'une affection psychique, névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique ou état dépressif ;
- les repos pré et post-natals, les grossesses et accouchements normaux et leurs suites. (Les repos pré et post-natals étant définis selon la législation de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la survenance de l'événement) ;
- les affections discales et / ou vertébrales ;
- les accidents survenant lorsque l'Assuré effectue des périodes militaires ou des exercices de préparation militaire ou en résultant ;

- les accidents provoqués par l'ivresse de l'Assuré lors de la conduite de tout véhicule (taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux fixé par la législation en vigueur au jour du sinistre) ;
- les effets directs ou indirects de la modification de la structure du noyau atomique.

Article 19 - PIÈCES A FOURNIR :

La demande d'indemnités journalières doit être faite dans les délais et conditions prévus à l'article 8. A défaut de déclaration dans le délai imparti, la période de franchise commencera à courir le jour de la réception de la déclaration par l'Assureur. **Toute demande d'indemnités dont la déclaration sera reçue dans un délai supérieur à 4 mois suivant la date d'arrêt de travail de l'Assuré 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'une copie du procès verbal de gendarmerie ou du constat de police en cas d'accident.

Toutefois, 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 elle. **Tout refus opposé à ces contrôles entraîne la déchéance des garanties en cause.**

III.2 INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE

Article 20 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'Accident ou de maladie entraînant pour l'Assuré une Invalidité Permanente et Totale, l'Assureur paiera le capital indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier, dès la consolidation de l'Invalidité. Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice des prestations garanties par le contrat reviendra à l'organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues jusqu'à un maximum égal au capital assuré et pour le surplus éventuel aux héritiers de l'Assuré. 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.

A tout moment le Médecin Conseil ou Expert de l'Assureur pourra contrôler auprès de l'Assuré la persistance de l'Invalidité. Le versement du capital en cas d'Invalidité Permanente et Totale met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

Article 21 - RISQUES NON GARANTIS

L'Assureur garantit l'Invalidité Permanente et Totale de l'Assuré avant l'âge de 65 ans sous réserve des exclusions énumérées aux articles 15 et 18.

Article 22 - PIÈCES A FOURNIR :

Il convient de fournir les pièces justificatives énumérées à l'article 16-B.

III.3 EXONÉRATION DU PAIEMENT DES PRIMES

Article 23 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré avant l'âge de 65 ans 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), l'Assureur, à compter du 61^{ème} jour consécutif d'arrêt de travail, remboursera les primes d'assurance réglées au prorata temporis de la période d'incapacité de travail. Cette exonération du paiement des primes dure tant que l'Assuré est en état d'incapacité complète d'exercer toute activité professionnelle lui rapportant gain ou profit, au plus pendant 36 mois, et au plus tard jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, 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 franchise et exonère l'Assuré du paiement de ses primes dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

Article 24 - RISQUES NON GARANTIS

L'Assureur garantit l'exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré avant l'âge de 65 ans, sous réserve des exclusions énumérées aux articles 15 et 18.

Article 25 - PIÈCES A FOURNIR :

La demande d'exonération du paiement des primes doit être faite dans les délais et conditions prévus à l'article 8. A défaut de déclaration dans le délai imparti, la période de franchise commencera à courir le jour de la réception de la déclaration par l'Assureur. **Toute demande d'exonération du paiement des primes dont la déclaration sera reçue dans un délai supérieur à 4 mois suivant la date d'arrêt de travail de l'Assuré 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'une copie du procès verbal de gendarmerie ou du constat de police en cas d'accident.