
Novità Emprunteur
...

Capital restant dû



Note d'information

Sommaire

Définitions	4
1. Généralités	6
2. Que garantit votre contrat Novità ?	6
3. Les modalités de souscription	6
3.1 Quelles sont les conditions pour souscrire le contrat Novità ?	6
3.2 Cas particuliers des fumeurs	6
3.3 Quelles sont les sanctions en cas de fausse déclaration ?	7
4. Les garanties de votre contrat	7
4.1 Votre garantie obligatoire : Décès	7
4.2 Les garanties complémentaires	7
4.2.1. Garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	7
4.2.2. Garantie en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % (IP66)	7
4.2.3. Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	8
4.2.4. Garantie en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33)	8
4.2.5. Exonération du paiement des cotisations	9
4.2.6. Option « Pathologies dorsales et psychiques »	9
5. Êtes-vous couvert en cas de voyage et de séjours à l'étranger ?	9
6. Ce que votre contrat ne couvre pas - les exclusions	10
7. Les bénéficiaires des garanties	11
7.1 Bénéficiaire de premier rang	11
7.2 Bénéficiaires de second rang	11
8. La vie du contrat	11
8.1 Quand votre contrat prend-il effet ?	11
8.2 Quand votre contrat prend-il fin ?	11
8.3 Comment modifier votre contrat Novità ?	12
9. La cotisation	12
9.1 Comment s'effectue le paiement de la cotisation ?	12
9.2 Que se passe-t-il en cas de non-paiement des cotisations ?	12
10. Quelles sont les formalités à effectuer en cas de sinistre ?	12
10.1 Les pièces à fournir	12
10.2 Le contrôle et l'expertise médicale	13
10.3 Que se passe-t-il en cas de désaccord ?	13
11. Dispositions diverses	13
11.1 Impôts et taxes	13
11.2 Renonciation	13
11.3 Prescription	14
11.4 Que faire en cas de réclamation ?	14
11.5 Autorité de contrôle	15
11.6 Information sur la protection des données personnelles	15

Définitions

Pour faciliter la compréhension des garanties, sont rassemblées ci-dessous les définitions des termes les plus fréquemment utilisés dans la présente note d'information. Vous retrouverez ces termes commençant par une majuscule dans le document.

A

ACCIDENT

C'est l'atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provoquée par un élément extérieur à l'Assuré et résultant d'un événement soudain et imprévu.

Les affections résultant de la contamination ou infection par des agents infectieux biologiques ou non et notamment bactéries, virus, parasites ou prions ne sont pas considérées comme des accidents.

ASSURÉ

La personne sur laquelle repose le risque et dont l'état de santé conditionne le versement de prestations garanties.

C

CONJOINT

Par conjoint, on entend :

- l'époux/l'épouse de l'Assuré, non divorcé et non séparé de droit ;
- le concubin de l'Assuré, pouvant fournir un justificatif officiel de vie commune ;
- le partenaire lié à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité.

CONSOLIDATION

C'est la stabilisation de l'état de santé de l'Assuré.

La date de consolidation est la date à laquelle l'état de santé de l'Assuré est reconnu par le médecin de l'Assureur ou par voie d'expertise médicale comme ne pouvant plus être amélioré par traitement, compte tenu des connaissances scientifiques et médicales.

CONTRACTANT

Personne physique ou morale qui souscrit le contrat et paie les cotisations.

CRÉANCIER

Organisme financier ou personne physique qui a consenti un prêt au Contractant.

D

DATE D'EFFET

La date d'effet du contrat correspond à la date d'entrée en vigueur des garanties, elle est précisée sur les conditions particulières du contrat.

E

ÉCHEANCE ANNIVERSAIRE

Date anniversaire de prise d'effet du contrat

ÉCHEANCE DE COTISATIONS

C'est la date à laquelle le Contractant doit payer sa cotisation.

Il peut y avoir plusieurs échéances dans l'année, en cas de fractionnement semestriel, trimestriel, ou mensuel.

F

FRANCHISE

Nombre de jours décomptés à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail au-delà duquel commence l'indemnisation.

Pendant cette période, aucune prestation n'est due.

Exemple, avec une franchise de 30 jours, en cas d'arrêt de travail survenu le 1^{er} mars, les indemnités journalières seront payées à partir du 31 mars.

I

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Un Assuré est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail lorsqu'il est médicalement reconnu dans l'impossibilité absolue, complète et continue, par suite de Maladie ou d'Accident, d'exercer son activité professionnelle, lui procurant salaire, gain ou profit ou lorsqu'il est devenu inactif en cours de contrat, si il est temporairement contraint, d'observer un repos complet et d'interrompre l'ensemble de ses activités quotidiennes habituelles, c'est-à-dire satisfaire à la conduite des affaires familiales, personnelles et des tâches domestiques.

INVALIDITÉ PERMANENTE D'UN DEGRÉ SUPÉRIEUR OU ÉGAL A 66% (IP66)

Un Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % lorsqu'à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, et après Consolidation de son état, il est atteint d'une invalidité d'un degré égal ou supérieur à 66 %. L'invalidité est constatée par le médecin de l'Assureur.

L'invalidité est appréciée en fonction du taux d'invalidité professionnelle et du taux d'invalidité fonctionnelle.

INVALIDITÉ PERMANENTE D'UN DEGRÉ SUPÉRIEUR OU ÉGAL A 33% MAIS INFÉRIEUR A 66% (IP33)

Un Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66%, lorsqu'à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, et après Consolidation de son état, il est atteint d'une invalidité d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 %. L'invalidité est constatée par le médecin de l'Assureur.

L'invalidité est appréciée en fonction du taux d'invalidité professionnelle et du taux d'invalidité fonctionnelle.

M

MALADIE (ou PATHOLOGIE)

Il s'agit de l'altération pathologique de la santé de l'Assuré n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers. La Maladie est constatée par une autorité médicale compétente.

Les infarctus, les hernies, les lumbagos, les sciatiques, les chocs émotionnels, les accidents vasculaires cérébraux et les grossesses à caractère pathologique sont considérés comme des Maladies.

N

NON-FUMEUR

Un Assuré est considéré comme « non-fumeur » à condition qu'il ne fume pas ou qu'il ait arrêté de fumer depuis au moins 24 mois sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical.

Définitions

P

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Un Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, il est dans l'impossibilité présente et future de se livrer à une occupation quelconque lui procurant salaire, gain ou profit et dans l'obligation absolue et présumée définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

R

RECHUTE

Nouvelle manifestation d'une maladie ayant déjà donné lieu à indemnisation.

S

SINISTRE

Réalisation d'un événement assuré (Décès, Invalidité, Incapacité) par le contrat et susceptible d'entraîner l'intervention de la garantie de l'Assureur.

T

TRANSFERT EN GARANTIE DE CRÉANCE

Transfert du bénéfice du contrat à l'organisme prêteur en contrepartie du prêt qu'il accorde au Contractant.

Note d'information

1. Généralités

Le présent contrat est régi selon la branche 20 de l'article R321-1 du Code des assurances et repose sur la bonne foi des déclarations du Contractant et de l'Assuré.

Il est souscrit par le Contractant auprès de Generali Vie - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris, Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, Entreprise régie par le Code des assurances, ci-après dénommée l'Assureur.

Il est constitué par :

- la présente note d'information du contrat **Novità Emprunteur Capital restant dû** (référéncée EMRA0119) contenant notamment un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation ;
- la demande de souscription ;
- le questionnaire de santé et tout autre formulaire requis par l'Assureur dans le cadre de l'acceptation du risque ;
- les conditions particulières.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le présent contrat est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente devra être portée en premier ressort devant les tribunaux français.

Convention AERAS : s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

Signée en 2006 entre les associations, les professionnels de la banque et de l'assurance et les pouvoirs publics, cette convention a pour objectif de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé ; c'est-à-dire ne pouvant obtenir une couverture d'assurance aux conditions standard du contrat (sans majoration de tarif ni exclusion de risques).

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS. Toutes les informations concernant cette convention sont disponibles sur le site internet : www.aeras-infos.fr

2. Que garantit votre contrat Novità ?

Novità Emprunteur Capital restant dû a pour objet de garantir le versement de prestations en cas de survenance d'un risque assuré avant le terme du contrat (article 4 - Les garanties de votre contrat).

Il comporte une garantie obligatoire (Décès) et des garanties complémentaires :

- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % (IP66),
- Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT),
- Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33),
- Exonération du paiement des cotisations,
- une option « Pathologies dorsales et psychiques ».

Le présent contrat peut être affecté à la garantie de différents types d'engagements tels que les opérations de prêts à taux fixe, taux variable, échéances modulables, prêts à paliers, différé d'amortissement, prêts in fine.

3. Les modalités de souscription

3.1 Quelles sont les conditions pour souscrire le contrat Novità ?

Sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur au vu des formalités de souscription, l'admission à la présente assurance en qualité d'Assuré, est réservée aux personnes physiques résidentes en France, âgées de plus de 18 ans à la date de signature de la demande de souscription et de :

- moins de 85 ans au 31 décembre de l'année de prise d'effet du contrat pour la garantie décès,
- moins de 67 ans au 31 décembre de l'année de prise d'effet du contrat pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % (IP66), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33), Exonération du paiement des cotisations et l'option « Pathologies dorsales et psychiques ».

Sous peine de nullité, l'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute évolution de son état de santé constatée avant la prise d'effet des garanties, et modifiant les réponses apportées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande de souscription.

L'Assureur pourra alors demander que soient effectués des examens médicaux complémentaires et pourra le cas échéant modifier ou revoir les conditions d'acceptation du risque qui auraient été déjà communiquées à l'Assuré.

Les garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité ne peuvent être souscrites que par des personnes exerçant une activité professionnelle rémunérée, ou leur procurant salaire, gain ou profit, sans aménagement de poste et/ou du temps de travail lié à l'état de santé.

Toutefois, les personnes bénéficiant d'une suspension d'activité pour congé maternité, congé parental, ou indemnisées par Pôle Emploi ainsi que le Conjoint collaborateur pourront également souscrire ces garanties.

L'Assuré relève de ce contrat s'il répond à la définition du Non-fumeur.

Les garanties ne peuvent être appliquées que si l'Assuré est strictement Non-fumeur et ce pendant toute la durée du contrat, ceci conditionnant le principe même de l'assurance.

Les personnes ne répondant pas à cette définition ne pourront, à l'occasion d'un Sinistre, se voir appliquer les garanties.

L'Assureur, avec l'accord de l'Assuré, se réserve le droit de vérifier par expertise médicale, à l'occasion de tout Sinistre, que cette condition est effectivement remplie.

Lorsque l'Assuré devient fumeur en cours de contrat, il doit en faire la déclaration expresse auprès de l'Assureur dans les conditions décrites à l'article 3.2 Cas particuliers des fumeurs, l'omission de déclaration pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L113-8 du Code des assurances).

3.2 Cas particuliers des fumeurs

Moyennant un tarif spécifique, l'assurance pourra être étendue aux fumeurs à la condition qu'ils en formulent la demande expresse à l'Assureur :

- Soit à la souscription ;

Dans cette hypothèse, si l'Assureur accepte le risque, des conditions particulières spécifiques seront émises.

- Soit postérieurement ;

Dans cette hypothèse, l'Assureur proposera une assurance spécifique moyennant des conditions tarifaires et/ou des garanties particulières.

Note d'information

Dans ce cas, l'Assureur accepte de maintenir l'assurance initiale pendant un délai de trois mois à compter de tout événement susceptible d'exclure, en application de l'article précédent, l'Assuré du champ de cette assurance initiale.

3.3 Quelles sont les sanctions en cas de fausse déclaration ?

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque lors de la souscription peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le Sinistre, par la nullité du contrat ou la réduction des prestations (articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances).

De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du Sinistre expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation du contrat.

4. Les garanties de votre contrat

4.1 Votre garantie obligatoire : Décès

En cas de décès de l'Assuré avant le terme du contrat, l'Assureur règle le montant du capital garanti au jour du décès.

Le montant du capital garanti est indiqué aux conditions particulières ou par avenant au contrat.

Le décès met fin au contrat, à toutes les garanties et à toutes autres prestations éventuellement en cours de service.

4.2 Les garanties complémentaires

Ces garanties sont optionnelles, leur souscription est mentionnée aux conditions particulières ou par avenant.

Il est rappelé que les garanties sont accordées comme suit :

Le montant de la prestation Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est limité à 5 000 000 d'euros par Assuré.

Le montant total des prestations d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % et d'Incapacité Temporaire Totale de travail est limité à 250 000 euros par an et par Assuré.

Le montant total des prestations d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % est limité à 125 000 euros par an et par Assuré.

Il appartient au Contractant d'informer chacun des établissements bénéficiaires d'un Transfert en garantie de créance de l'existence d'autres garanties souscrites susceptibles de réduire la prise en charge de l'Assureur.

Si l'Assuré relève simultanément de plusieurs des garanties il ne pourra y avoir aucun cumul des prestations à l'exclusion de la garantie Exonération du paiement des cotisations.

4.2.1. Garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré avant le terme du contrat et au plus tard avant les jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année de son 67^{ème} anniversaire, l'Assureur règle par anticipation le capital qu'il aurait payé si l'Assuré était décédé à la date de la Consolidation de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. L'invalidité est constatée par le médecin expert de l'Assureur.

Si la date de Consolidation telle que précisée ci-avant intervient après le terme du contrat ou après les jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré, aucune prestation ne sera due.

Le règlement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat, à toutes ses garanties et à toutes autres prestations éventuellement en cours de service.

4.2.2. Garantie en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % (IP66)

> Mode de détermination du taux d'Invalidité permanente

Le taux d'invalidité contractuel est déterminé par le médecin expert de l'Assureur ou par voie d'expertise médicale sur la base du tableau reproduit ci-après par croisement du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

- L'incapacité fonctionnelle physique ou mentale est évaluée de 0 à 100 %, en dehors de toute considération de ressources, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise) par le médecin expert de l'Assureur.
- L'incapacité professionnelle est appréciée par le médecin expert de l'Assureur par rapport à la profession exercée par l'Assuré en tenant compte de ses conditions d'exercice antérieures à la Maladie ou à l'Accident et des possibilités d'exercice restantes.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Note d'information

Prestations servies :

En cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % avant le terme du contrat et au plus tard avant les jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur règle à terme échu les échéances pour leur montant et périodicité prévus aux conditions particulières ou par avenant à raison de 1/365^{ème} de leur montant annualisé par jour d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 %.

La prise en charge des échéances prévues aux conditions particulières par l'Assureur intervient dès la date de Consolidation mais après expiration d'un délai de Franchise de 90 jours. Ce délai ne s'applique pas si l'invalidité est consécutive à une incapacité ou une invalidité ayant donné lieu à indemnisation au titre du présent contrat.

Le versement des prestations met fin à celles versées au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de travail et de l'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33).

Cette prestation prend fin lors de la cessation de l'état d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % et notamment :

- en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % ;
- en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- au terme du contrat ou au plus tard aux jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

4.2.3. Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie IP66.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré avant le terme du contrat et au plus tard avant les jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur règle à terme échu les échéances pour le montant et la périodicité prévus aux conditions particulières ou par avenant, à raison de 1/365^{ème} de leur montant annualisé par jour d'incapacité totale continue.

La prise en charge intervient après un délai de Franchise fixé aux conditions particulières de 30 jours, 60 jours, 90 jours ou 180 jours d'incapacité totale et ininterrompue.

Dans le cas où il est assujéti au régime général, s'il perçoit de la Sécurité sociale française, pour la période correspondante, les indemnités journalières au titre de l'assurance maladie (article L312-2 du Code de la Sécurité sociale) ou de l'incapacité temporaire totale en cas d'accident du travail et maladie professionnelle (article L433-1 du Code de la Sécurité sociale) ou la retraite versée par anticipation pour inaptitude (article L323-2 du Code de la Sécurité sociale), ceci constituant une condition supplémentaire nécessaire d'indemnisation :

Dans cette première hypothèse, la durée de prise en charge est limitée par celle de la Sécurité sociale et la poursuite des prestations suppose la mise en œuvre d'une autre des garanties.

Dans le cas contraire, aucune condition d'indemnisation par un régime social n'est requise.

L'indemnisation de l'Assuré par son régime social qui constitue une condition de prise en charge ne saurait toutefois ouvrir à elle seule ce droit à prise en charge.

L'application des garanties relève des relations contractuelles et l'Assureur n'est pas lié par les décisions des tiers organismes.

La preuve de l'incapacité incombe à l'Assuré. Elle doit être établie médicalement en fonction des définitions contractuelles.

L'Assureur se réserve le droit de contester le bien-fondé de la demande de prestation et de contrôler par tous moyens que l'état de l'Assuré répond à la définition contractuelle de la garantie. Il peut notamment exiger à tout moment une expertise médicale, dont l'opportunité ou l'utilité relève de sa seule appréciation.

Si, à l'issue d'une Incapacité Temporaire Totale de travail ayant donné lieu à indemnisation, l'Assuré reprend une activité professionnelle dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, l'Assureur poursuit sans application d'une nouvelle Franchise, la prise en charge des échéances du prêt à hauteur de 50 % de leur montant.

Cette prestation est limitée à 180 jours pendant toute la durée du contrat.

Cas de Rechute

Si dans les 60 jours qui suivent la cessation de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré se trouve à nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, pour les mêmes raisons médicales que celles de sa précédente incapacité sous réserve que celle-ci ait donné lieu à indemnisation, la Franchise fixée aux conditions particulières ne s'applique pas et la prise en charge des échéances est faite dans les mêmes limites que celles prévues au paragraphe précédent.

Cette prestation prend fin :

- lors de la cessation de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail et notamment lors de la reprise même partielle du travail (sauf cadre du mi-temps thérapeutique),
- en cas de cessation de prise en charge par le régime social de l'Assuré telle que mentionné ci-avant,
- pendant la période de congé légal de maternité,
- après 1095 jours suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail, 180 jours de mi-temps thérapeutique,
- en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 %, d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 %,
- au terme du contrat ou au plus tard aux jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

4.2.4. Garantie en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie IP66.

> Mode de détermination du taux d'Invalidité permanente

Le taux d'invalidité est déterminé par le médecin expert de l'Assureur ou par voie d'expertise médicale sur la base du tableau reproduit ci-dessous par croisement du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

- L'incapacité fonctionnelle physique ou mentale est évaluée de 0 à 100 %, en dehors de toute considération de ressources, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise), par le médecin expert de l'Assureur ;
- L'incapacité professionnelle est appréciée par rapport à la profession exercée par l'Assuré en tenant compte de ses conditions d'exercice antérieures à la Maladie ou à l'Accident et des possibilités d'exercice restantes.

Note d'information

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Prestations servies :

En cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % de l'Assuré, avant le terme du contrat et au plus tard avant les jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur règle à terme échu les échéances pour 50 % de leur montant et suivant leur périodicité prévus aux conditions particulières ou par avenant à raison de 1/365^{ème} de la moitié de leur montant annuelisé par jour d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 %.

La prise en charge des échéances prévues aux conditions particulières par l'Assureur intervient dès la date de Consolidation, mais après expiration d'un délai de Franchise de 90 jours. Ce délai ne s'applique pas si l'invalidité est consécutive à une incapacité ou une invalidité ayant donné lieu à indemnisation au titre du présent contrat.

Le versement des prestations met fin à celles versées au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de travail.

Cette prestation prend fin lors de la cessation de l'état d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % et notamment :

- en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ou d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 %,
- au terme du contrat ou au plus tard aux jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

4.2.5. Exonération du paiement des cotisations

a) Exonération du paiement des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % (IP66).

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assureur rembourse à terme échu au Contractant le montant des cotisations d'assurance réglées pendant la période correspondant à celle d'une prise en charge au titre de cette garantie, après expiration du délai de Franchise rappelé à l'article 4.2.3 Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

Cette prestation prend fin dans les mêmes conditions que la garantie ITT (cf 4.2.3 Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail).

En cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % de l'Assuré, l'Assureur se substitue au Contractant pour le paiement des cotisations d'assurance pendant la période correspondant à celle d'une prise en charge au titre de cette garantie après expiration du délai de Franchise rappelé à l'article 4.2.2. Garantie en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 %.

Cette prestation prend fin dans les mêmes conditions que la garantie IP66 (cf article 4.2.2. Garantie en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 %).

b) Exonération du paiement des cotisations en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33).

Si la garantie Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 % est souscrite :

En cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 %, l'Assureur se substitue au Contractant pour le paiement des cotisations d'assurance pendant la période correspondant à celle d'une prise en charge au titre de cette garantie, après expiration du délai de Franchise rappelé à l'article 4.2.4 Garantie en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 %.

Cette prestation prend fin dans les mêmes conditions que la garantie IP33 (cf article 4.2.4 Garantie en cas d'Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 %).

4.2.6. Option « Pathologies dorsales et psychiques ».

Cette option doit être souscrite conjointement à la souscription des garanties IP66 ou/et IP33 ou/et ITT ou/et Exonération du paiement des cotisations, selon leurs règles spécifiques de souscription (cf article 4.2 - Les garanties complémentaires) et sous réserve que la Franchise associée à ces garanties soit au minimum de 90 jours.

Elle a pour objet, moyennant une tarification spécifique et sous réserve d'acceptation par l'Assureur au vu des formalités médicales de souscription, de racheter les exclusions liées aux affections psychiques et disco-vertébrales et/ou para-vertébrales telles que définies à l'article 6.2 relatif aux « Exclusions concernant toutes les garanties autres que le décès » :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente partielle ou totale, l'Assureur prend en charge après expiration du délai de Franchise ces affections, **sans condition d'hospitalisation.**

En cas de résiliation de l'option, celle-ci ne pourra plus être souscrite par la suite. De même, en cas de résiliation des garanties complémentaires, l'option sera résiliée automatiquement.

5. Êtes-vous couvert en cas de voyage et de séjours à l'étranger ?

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

En cas d'Accident ou de Maladie survenant hors de France métropolitaine, principautés d'Andorre et Monaco, DOM (Départements d'Outre-mer), POM (Pays d'Outre-Mer), COM (Collectivités d'Outre-Mer) et CSG (Collectivités Sui Generis, ex Nouvelle Calédonie) :

- les pièces justificatives énoncées à l'article 10.1 - Les pièces à fournir - devront être établies soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie, par l'autorité médicale locale et visées par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) locale.
- l'Assureur devra en outre pouvoir vérifier le bien-fondé de la mise en jeu des garanties dans les conditions de l'article 10.2 - Le contrôle et l'expertise médicale.

Les indemnités sont toujours payées en France et en euros.

Note d'information

6. Ce que votre contrat ne couvre pas - les exclusions

> A - Risques exclus

1 - Exclusions communes à toutes les garanties :

Les suites et conséquences des faits suivants sont exclues de toutes les garanties :

- 1.1 le suicide, pendant la première année suivant la prise d'effet des garanties ;
- 1.2 le risque de guerre sauf législation spéciale à intervenir, ainsi que les suites et conséquences d'une participation active de l'Assuré aux rixes, émeutes, mouvements populaires, insurrections, conflits armés, complots, grèves, actes de terrorisme et de sabotage, crimes, délits, attentats ;
On entend par guerre, les hostilités entre États, suite ou non à déclaration.
- 1.3 les conséquences de tout phénomène de radioactivité ;
- 1.4 les risques résultant d'un accident de navigation aérienne, sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité et pour lequel le pilote possède un certificat valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, le pilote pouvant être l'Assuré lui-même, ainsi que les accidents aériens résultant de vols d'essais ;
- 1.5 les acrobaties aériennes, exhibitions, tentatives de record, paris, participation à des défis, essais préparatoires qui les précèdent.

2 - Exclusions concernant toutes les garanties autres que le décès :

En outre, sont exclus des garanties PTIA, ITT, IP66, IP33 et Exonération du paiement des cotisations les cas ci-après, leurs suites et conséquences :

- 2.1 la pratique à titre amateur des sports ou activités listés ci-dessous (qu'elle ait été déclarée ou non à la souscription) :
 - 2.1.1 Alpinisme sans guide breveté - Base jump - Free fight - Full contact - Saut à l'élastique - Skysurf - Speed flyng - Speed riding - Wingsuit ;
 - 2.1.2 Aile volante - Bobsleigh - Boxe (toutes formes) - Catch - Deltaplane - Escalade - Kitesurf - Pancrace - Parachutisme - Parapente - Planeur - Plongée - Ski hors du domaine skiable - Spéléologie - Sports ou activités nécessitant l'usage d'engins à moteur : automobile, motocyclisme, motonautisme, activités aériennes de loisirs - ULM.

Toutefois, à la demande de l'Assuré, la pratique à titre amateur, des sports listés au point 2.1.2, ci-dessus peut faire l'objet du paiement d'une cotisation supplémentaire (rachat d'exclusion) ou d'un aménagement des garanties précisé aux conditions particulières.

Par ailleurs, l'Assureur se réserve le droit d'étudier l'assurabilité de tout sport ou activité non listé précédemment, déclaré par l'Assuré à la souscription. Les baptêmes et initiations sont couverts, dès lors qu'ils sont pratiqués avec l'encadrement d'un personnel qualifié et selon les normes de sécurité réglementaires, à l'exclusion des baptêmes et initiations des sports ou activités suivants : Base jump, Skysurf, Speed flying, Speed riding, Wingsuit.

En tout état de cause, la pratique d'un sport ou d'une activité, même à titre occasionnel, ne pourra être couverte que si elle respecte les consignes officielles de sécurité, énoncées par les autorités compétentes.

- 2.2 la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- 2.3 les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de drogues, stupéfiants, produits toxiques ou médicaments non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites ;
- 2.4 les conséquences d'un acte intentionnel de l'Assuré (notamment : tentative de suicide, mutilation volontaire) et de toute chirurgie esthétique non réparatrice et traitement de rajeunissement ;
- 2.5 les arrêts de travail en cas de grossesse pendant la période de congé maternité du régime social dont relève l'Assurée (y compris en cas de grossesse pathologique) ;
- 2.6 les conséquences d'une conduite en état d'ivresse si l'Assuré est reconnu responsable et est porteur d'un taux d'alcoolémie sanctionnable au titre du Code de la route, ou conduisait sous l'emprise de drogues, stupéfiants, produits toxiques ou médicaments non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites ;
- 2.7 les conséquences des affections psychiques, y compris les dépressions nerveuses, les syndromes anxio-dépressifs, les troubles de l'humeur et du comportement, les troubles du comportement alimentaire, la schizophrénie, la bipolarité et les troubles de la personnalité, les syndromes d'épuisement professionnel, le burnout, les fibromyalgies, maladie ou syndrome d'Elhers-Danlos, syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID) et syndrome de fatigue chronique, ainsi que toute maladie « non objectivable ».

Toutefois, sont prises en charge ces affections si celles-ci ont nécessité une hospitalisation continue de plus de cinq (5) jours en unité de soins spécialisée dans les six (6) mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Si l'hospitalisation a lieu pendant le délai de Franchise, la prise en charge débutera à l'expiration de celui-ci.

Si l'hospitalisation a lieu après expiration du délai de Franchise, la prise en charge commencera rétroactivement au 1^{er} jour d'hospitalisation.

Dans le cadre de la souscription de l'option « Pathologies dorsales et psychiques », ces affections sont prises en charge sans condition d'hospitalisation.

- 2.8 les affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (y compris hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie). Toutefois sont prises en charge les affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales si celles-ci ont nécessité une hospitalisation continue de plus de cinq (5) jours dans les six (6) mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Si l'hospitalisation a lieu pendant le délai de Franchise, la prise en charge débutera à l'expiration de celui-ci.

Si l'hospitalisation a lieu après expiration du délai de Franchise, la prise en charge commencera rétroactivement au 1^{er} jour d'hospitalisation.

Dans le cadre de la souscription de l'option « Pathologies dorsales et psychiques », ces affections sont prises en charge sans condition d'hospitalisation.

> B - Limitations particulières

- Précisions concernant l'application des garanties aux états antérieurs
Les garanties s'exercent sur les conséquences des affections ou infirmités existantes au moment de la souscription du contrat, sous réserve qu'elles aient été déclarées à la souscription et qu'elles n'aient fait l'objet d'aucune exclusion mentionnée aux conditions particulières.

Note d'information

- **Couverture de la garantie décès en cas de pratique d'une activité sportive**

La garantie Décès est acquise pour la pratique des sports listés au point 2.1.1 du présent article, moyennant paiement d'une cotisation supplémentaire, après étude préalable de l'Assureur.

- **Risques professionnels**

L'exercice de certaines professions à risques spécifiques peut faire l'objet d'une surprime ou d'un aménagement des garanties.

7. Les bénéficiaires des garanties

7.1 Bénéficiaire de premier rang

Le Transfert en garantie de créance mentionné aux conditions particulières emporte au profit du Créancier désigné comme Bénéficiaire de premier rang, l'attribution de ces prestations aux fins de couverture de l'engagement auquel il est affecté.

Le Créancier est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en garantie, ce à quoi le Contractant et l'Assuré, s'il(s) est(sont) différent(s), consent(ent) et ce, dans la limite de l'engagement consenti.

En cas d'exigibilité des prestations, le Créancier devra justifier du montant de sa créance sans que l'Assureur ne puisse être tenu de procéder à une quelconque vérification du bien-fondé de cette demande. L'Assureur n'est pas engagé au-delà des montants garantis, spécifiés aux conditions particulières.

Les droits du Contractant ne pourront plus être exercés sans le consentement écrit du Créancier.

L'Assureur s'engage à aviser le Créancier de l'exercice par le Contractant de son droit de renonciation à l'Assurance, du non-paiement par le Contractant d'une cotisation et de toute résiliation du présent contrat donné en garantie.

L'Assureur pourra opposer au Créancier les exceptions tirées de ses rapports avec le Contractant.

À défaut d'utilisation de la présente procédure, la remise en garantie du contrat pourra avec l'accord des parties concernées, s'effectuer sous toute autre forme juridiquement admissible.

7.2 Bénéficiaires de second rang

Le(s) Bénéficiaire(s) est (sont) désigné(s) à la souscription ou ultérieurement notamment lorsque cette désignation n'est plus appropriée.

Elle peut figurer dans les conditions particulières, par avenant au contrat ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou authentique portée à la connaissance de l'Assureur.

Les coordonnées du (ou des) Bénéficiaire(s) nommément désigné(s) peuvent être portées au contrat ; elles seront utilisées par l'Assureur au décès de l'Assuré.

À défaut d'une telle désignation :

Le Bénéficiaire en cas de décès est le Conjoint de l'Assuré, à défaut ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut ses héritiers. Le bénéficiaire des autres prestations est le Contractant.

Si le Contractant est différent de l'Assuré, le Bénéficiaire des garanties est le Contractant lui-même.

L'attention du Contractant est attirée sur le fait que la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un Bénéficiaire déterminé peut devenir irrévocable par l'acceptation de ce Bénéficiaire sauf dans le cas où le droit en dispose autrement.

La liberté du Contractant de modifier la désignation bénéficiaire peut dès lors être limitée par l'acceptation du Bénéficiaire.

Aucune des dispositions du présent contrat n'a pour effet de conférer un droit particulier à un Bénéficiaire acceptant.

Article 8 - La vie du contrat

8.1 Quand votre contrat prend-il effet ?

Le Contractant et l'Assuré doivent signer la demande de souscription, le questionnaire de santé et les conditions particulières, aux fins de parfaire l'engagement contractuel.

La Date d'effet du contrat correspond à la date de la prise d'effet des garanties.

Elle est indiquée aux conditions particulières. Elle est non modifiable une fois le contrat émis.

La date de prise d'effet de l'engagement objet de la garantie peut intervenir dans les trois mois de la prise d'effet initialement stipulée aux conditions particulières.

Sous cette condition et sans autre modification de l'engagement, les garanties subissent un report dans le temps de même durée.

Jusqu'à cette date de prise d'effet de l'engagement ou en l'absence d'engagement, ce sont les garanties stipulées aux conditions particulières dans leurs dates et montants qui prévalent.

Le contrat pouvant prendre effet indépendamment de la prise d'effet de tout engagement qu'il aurait vocation à garantir, dans l'hypothèse où cet engagement n'a pas pris effet, les garanties sont réputées souscrites au profit des bénéficiaires stipulés à l'article 7.2 et les cotisations payées par le Contractant, qui ont pour objet et contrepartie ces garanties, restent dues à l'Assureur.

Cas particulier des prêts déjà en cours :

L'assurance peut être mise en place dans le cadre de prêts déjà en cours au moment de la souscription du contrat ; sous réserve que les caractéristiques de ce prêt correspondent aux dispositions du présent contrat et que la personne à assurer remplit l'ensemble des conditions de souscription. Dans ce cas, les garanties prennent effet à la date mentionnée par la personne à assurer sur la demande de souscription, sous réserve de l'acceptation de l'Assureur, de l'accord écrit de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières et de l'encaissement de la cotisation.

8.2 Quand votre contrat prend-il fin ?

Le contrat cesse au terme fixé aux conditions particulières ou par avenant.

Par ailleurs il cesse :

- au plus tard au jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions indiquées à l'article 9.2.
- ou en cas de demande de résiliation du contrat suite au remboursement anticipé du prêt objet du contrat ; dans ce cas, le Contractant devra adresser au siège social de l'Assureur, une demande écrite ainsi qu'une main levée du(des) Créancier(s). Cette résiliation interviendra à la prochaine date d'échéance mensuelle de cotisations qui suit la date de réception par l'Assureur de ces justificatifs. Pour les périodicités de versement de cotisation autres que mensuelle (trimestrielle, semestrielle ou annuelle), l'Assureur remboursera, le cas échéant, la fraction de cotisation acquittée correspondant à la période non garantie entre la date de résiliation et la date de fin de période de cette cotisation.
- d'autre part, conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des assurances, le Contractant est en droit de résilier sa souscription au présent contrat dans un délai de

Note d'information

12 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt. Il devra adresser à :

Generali Vie
TSA 60006
75447 Paris Cedex 09,

sa demande de résiliation, par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet du nouveau contrat. La résiliation de la souscription au présent contrat prendra effet 10 jours après la réception par l'Assureur de la décision d'acceptation de substitution du prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté si cette date est postérieure.

- en cas de demande de résiliation, à l'Échéance anniversaire, par lettre recommandée adressée au moins 2 mois à l'avance, accompagnée de l'accord du Créancier ;
- pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 %, Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 %, Exonération du paiement des cotisations ainsi que l'option « Pathologies dorsales et psychiques », aux jour et mois anniversaire de la Date d'effet du contrat au cours de l'année du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Il est ici précisé que l'Assureur ne saurait résilier le présent contrat en cas d'aggravation du risque pendant la durée de celui-ci (sauf application de l'article L113-8 du Code des assurances en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré).

Dans le cas d'un changement de comportement volontaire de l'Assuré, quant à la pratique d'une nouvelle activité sportive, figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargée de l'économie, qui présente un risque particulier pour la santé ou la sécurité de l'Assuré, l'Assureur pourra être amené à résilier le contrat dès lors que les conditions de l'article R113-13 du Code des assurances seront réunies.

8.3 Comment modifier votre contrat Novità ?

Suite à une modification du contrat de prêt

Toute modification des paramètres du prêt nécessitant une modification de sa couverture doit être transmise à l'Assureur et fera l'objet d'un avenant ou de nouvelles conditions particulières. Toute modification des garanties réalisée à ce titre sera faite à l'Échéance de cotisation.

Aucune modification du prêt ne sera prise en compte pendant un arrêt de travail ou une invalidité.

Si vous souhaitez ajouter des garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité

En cas d'activité professionnelle rémunérée dont l'exercice aura commencé en cours de contrat, l'Assuré pourra demander la couverture des risques Invalidité et Incapacité.

Toute demande de modification sera soumise à accord préalable de l'Assureur.

9. La cotisation

9.1 Comment s'effectue le paiement de la cotisation ?

Les cotisations indiquées aux conditions particulières sont payables à leurs échéances. Elles cessent d'être dues dès la première échéance suivant le décès de l'Assuré.

Le montant de la cotisation globale inclut, pour les garanties qui y sont assujetties, les éventuelles taxes fiscales en vigueur au jour de la conclusion du contrat. Toute variation du taux de taxe en cours de contrat verra la cotisation globale due par le Contractant être ajustée par l'Assureur.

Toute nouvelle taxe qui serait applicable aux garanties du contrat pourra venir majorer le montant de la cotisation à la charge du Contractant selon les conditions fixées par la réglementation.

Le paiement de la cotisation est effectué d'avance au Siège Social de l'Assureur ou auprès de l'intermédiaire mentionné sur l'avis d'échéance.

Il peut être fractionné selon le choix du Contractant : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

9.2 Que se passe-t-il en cas de non-paiement des cotisations ?

À défaut de paiement d'une cotisation fractionnée ou non dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice une lettre recommandée valant mise en demeure sera transmise par l'Assureur au dernier domicile connu du Contractant.

Faute de règlement, les garanties du contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension de garanties entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité.

Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à l'Assureur à titre de dommages et intérêts et nous pourrions en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à votre charge.

> Prélèvement

Si le Contractant a opté pour le règlement de ses cotisations par prélèvement mensuel, celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par son établissement bancaire. L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible.

Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures.

En cas de non-paiement du solde de la cotisation, l'Assureur pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant.

L'encaissement de cotisations au-delà de la durée des garanties prévue ne saurait valoir prolongation de quelque garantie au-delà de leur terme.

10. Quelles sont les formalités à effectuer en cas de Sinistre ?

10.1 Les pièces à fournir

Lorsque l'Assuré relève d'une situation lui ouvrant droit à garantie, lui-même, le Contractant ou tout bénéficiaire doit, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les trente jours, sauf cas fortuit ou de force majeure, en informer l'Assureur.

Passé ce délai, tout Sinistre est réputé survenu le jour de la déclaration à l'Assureur.

À défaut de déclaration dans le délai imparti, la Franchise fixée aux conditions particulières commencera à courir à compter du jour de la réception des pièces justificatives au Siège Social de l'Assureur.

L'Assuré ou les Bénéficiaires fournissent, à leurs frais, les pièces nécessaires pour le règlement des prestations.

Note d'information

• Décès

- l'original du contrat ou une déclaration de perte ;
- le document « déclaration de sinistre » complété et signé par le(s) Bénéficiaire(s) autre(s) que le Créancier bénéficiaire du transfert de créance ;
- l'acte de décès de l'Assuré ;
- un certificat médical indiquant la cause du décès ou la nature de l'affection ayant entraîné le décès, ou le document « déclaration de sinistre » dûment complété et signé par le Médecin traitant ;
- les coordonnées de l'organisme prêteur et/ou la photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires, ou tout document en cours de validité attestant de leur identité ;
- le tableau d'amortissement du Créancier à la date effective du déblocage des fonds ou à la date du dernier avenant au contrat.

En cas de décès, l'Assureur se réserve le droit de contrôler par tous moyens que rien ne s'oppose légalement ou contractuellement au règlement du Sinistre.

Sous peine de déchéance, toute personne se prévalant de la mise en jeu de la garantie décès doit remettre l'ensemble des pièces contractuellement exigées. De convention expresse, l'Assuré reconnaît à l'Assureur, le droit de subordonner, à l'égard de toute personne s'en prévalant, la mise en jeu de cette garantie au respect de cette condition.

De convention expresse, et sous peine de déchéance, l'Assuré reconnaît à l'Assureur le droit de contrôler par tous moyens que rien ne s'oppose au règlement du Sinistre.

L'Assuré fait obligation à ses ayants droit ainsi qu'à tout sachant de ne pas s'y opposer.

En cas de refus de l'une des personnes ci-dessus mentionnées, l'Assureur aura le droit de s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

• Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- l'original du contrat ou une déclaration de perte ;
- certificat médical circonstancié, indiquant la nature de la Maladie ou de l'Accident ayant entraîné la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et précisant la date des premiers symptômes de la Maladie ou de la survenance de l'Accident ;
- le tableau d'amortissement du Créancier à la date effective du déblocage des fonds ou à la date du dernier avenant au contrat ;
- en cas d'Accident, tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse et le cas échéant Procès-Verbal de gendarmerie).

• Incapacité Temporaire Totale de travail

La demande doit être accompagnée :

- du document « déclaration de sinistre » dûment complété et signé par le Médecin traitant, qui mentionnera la nature exacte des lésions ou de l'affection, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie ;
- du document « déclaration de sinistre » complété et signé par l'Assuré ;
- des avis de prolongation d'arrêt de travail ;
- des décomptes de la Sécurité sociale correspondant à l'arrêt de travail, lorsque l'Assuré est assujéti au régime général de la Sécurité sociale correspondant aux indemnités visées aux définitions contractuelles ;
- le tableau d'amortissement du Créancier à la date effective du déblocage des fonds ou à la date du dernier avenant au contrat.

• Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 %

- **Invalidité Permanente d'un degré supérieur ou égal à 33 % mais inférieur à 66 %**
- le document « déclaration de sinistre » dûment complété et signé par le Médecin traitant, établissant la nature et le degré de l'invalidité fonctionnelle ;
- le document « déclaration de sinistre » complété et signé par l'Assuré ;
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires, ou autres documents pouvant être demandés par l'Assureur ;

- en cas d'Accident, tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse et le cas échéant Procès-Verbal de gendarmerie) ;
- le tableau d'amortissement du Créancier à la date effective du déblocage des fonds ou à la date du dernier avenant au contrat.

Cette liste est non exhaustive et d'autres documents peuvent être demandés en fonction de l'évolution de la réglementation.

10.2 Le contrôle et l'expertise médicale

Sous peine de déchéance, l'Assuré doit se soumettre à tous examens que l'Assureur jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du Sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.

L'Assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment, à des enquêtes ou demander à l'Assuré de se faire examiner par un médecin qu'il désignera à cet effet.

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France métropolitaine, ces contrôles devront s'effectuer dans l'un des territoires suivants : France métropolitaine, principautés d'Andorre et Monaco, DOM (Départements d'Outre-mer), POM (Pays d'Outre-mer), COM (Collectivités d'Outre-Mer) et CSG (Collectivités Sui Generis, ex Nouvelle Calédonie).

Tout refus opposé à ces contrôles entraîne la déchéance des garanties du contrat en cause.

Les médecins et délégués missionnés par l'Assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'Assuré pour procéder à tout contrôle et à toute expertise, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours.

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un Sinistre.

10.3 Que se passe-t-il en cas de désaccord ?

Toute contestation d'ordre médical s'élevant à l'occasion d'un Sinistre est soumise à une expertise amiable avant toute action judiciaire.

L'expert amiable est choisi conjointement par les parties ou les médecins conseils.

Faute par les deux parties de s'entendre sur le choix de l'expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, les honoraires du tiers expert et les frais de sa nomination sont supportés par moitié par chacune des parties.

11. Dispositions diverses

11.1 Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, établis sur le contrat et dont la récupération n'est pas interdite, restent à la charge du Contractant.

11.2 Renonciation

Vous pouvez renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous serez informé que le contrat est conclu :

Note d'information

Le contrat est réputé conclu à la date d'émission des conditions particulières.

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

Generali Vie
Renonciation
TSA 60006
75447 Paris Cedex 09.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-après.

Conformément à l'article L132-5-1 du Code des assurances, le Contractant, personne physique, a la faculté de renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'Assureur de l'intégralité des sommes que le Contractant a versées, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Le défaut de remise des documents et informations prévus à l'article L132-5-2 du Code des assurances entraîne, pour les souscripteurs de bonne foi, la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L132-5-1 du Code des assurances suivant le trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date où le Contractant est informé que le contrat est conclu.

Modèle de lettre type

Nom et prénoms _____
Adresse _____
N° du contrat _____
Montant du versement _____
Date du versement _____
Mode de paiement _____

Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément à la souscription du contrat d'assurance sur la vie ayant fait l'objet du versement en référence et demande le remboursement de ce versement dans les conditions définies dans la note d'information.

Je vous prie d'agréer, Messieurs, mes salutations distinguées.

Fait à _____
le _____

Signature

11.3 Prescription

Conformément aux dispositions des Articles L114-1, L114-2 et L114-3 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 dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle 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.

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

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

11.4 Que faire en cas de réclamation ?

Pour toute réclamation relative à la gestion de votre contrat, vos cotisations ou encore vos sinistres, adressez-vous prioritairement à votre interlocuteur habituel qui est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser votre réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali
Réclamations
TSA 70100
75309 Paris Cedex 09
servicereclamations@generali.fr.

Nous accuserons réception de votre demande et y répondrons dans les meilleurs délais.

Note d'information

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

> Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations, vous pouvez saisir le Médiateur de la FFA, soit par courrier, soit via leur site internet :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
<http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de votre demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

11.5 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de Generali Vie est :

l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09

11.6 Information sur la protection des données personnelles

> Identification du responsable de traitement

Cette notice d'information a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par Generali Vie en tant que responsable de traitement.

> Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
<p>Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles</p> <p>Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat Recouvrement Exercice des recours et application des conventions entre assureurs Gestion des réclamations et contentieux Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque Études statistiques et actuarielles
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre la fraude <p>Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat</p> <ul style="list-style-type: none"> Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale <p>Afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.</p>
Traitement des données de santé à des fins de protection sociale	<p>Versement des prestations pour les contrats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Remboursement de frais de soins Prévoyance complémentaire Retraite supplémentaire

> Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

- **Catégories de données susceptibles de nous être transmises :**
 - État civil, identité, données d'identification
 - Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
 - Numéro d'identification national unique
- **La source d'où proviennent les données à caractère personnel :**
 - Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

> Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que Generali Vie met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par Generali Vie. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de Generali Vie. 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 ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

> Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat peuvent être transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'Assureur.

> Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe Generali, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires Generali Vie pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

> Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe Generali a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

> Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais de prescriptions légales, et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

> L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- Du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles.
- D'un droit à la portabilité des données : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
- Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.
- Droit de retrait : Vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **Droit d'opposition : Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale à l'adresse ci-après.**

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante :

Generali - Conformité
TSA 70100
75309 Paris Cedex 09

> Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07

> Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

> Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

> Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr.



Generali Vie

Société anonyme au capital de 336 872 976 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris

Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris

Société appartenant au Groupe Generali immatriculé

sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

