EN PRATIQUE

Les Conditions Générales des Assurances de Prêt Immobilier avec Prêteur Bénéficiaire

Mon Courtier

Union de Crédit Immobilier

Pensez projets parlons crédit

Union de Crédit Immobilier
Pensez projets parlons crédit

Les Conditions Générales des Assurances de Prêt Immobilier avec Prêteur Bénéficiaire

Préalablement, il est rappelé que les assureurs peuvent appliquer des conditions spécifiques par rapport aux conditions générales selon les options choisies par l'assuré ou exigées par le prêteur.

Les données qui suivent ci-après précisent les points de vigilance sur lesquels chaque futur assuré doit se déterminer avant toute adhésion.

La comparaison des offres ne se limite pas au prix mais exige de la part de l'assuré, une attention particulière sur de nombreux points repris dans la notice d'information, en particulier sur les prestations garanties et les modalités.

Avant la confirmation de mandat, le courtier remettra à son mandant la notice descriptive valant conditions de l'organisme assureur.

Conformément à l'article L520-1 du code des assurances, le courtier doit préciser les exigences et les besoins du souscripteur et vérifier si les informations fournies par le souscripteur sont adaptées à la complexité du contrat, objet de la notice.

Observations sur le changement d'assurance emprunteur en cours d'amortissement de prêt :

a) N'effectuer aucun changement de contrat si les conditions de santé de l'emprunteur ont évolué défavorablement depuis la prise d'effet du contrat en cours.

b) Ne résilier l'ancien contrat qu'après accord formel de la banque sur le nouveau contrat et les garanties équivalentes.

LES MODALITÉS D'ADHÉSION

1/2

ASSURÉS

- Emprunteur, co-emprunteur, caution, associé de personne morale.

ÂGES

- Âge de souscription, âge limite et âge de cessation de garantie.

PRÊTS ÉLIGIBLES

- Certaines garanties ne peuvent être souscrites pour certains prêts.

QUALITÉ CHOISIE

- Exprimée en pourcentage : la quotité détermine la part de capital qui sera prise en charge.
- Le choix de l'option dépend du profil des emprunteurs, des revenus de chacun et de leur capacité à assumer le remboursement du capital.
- Pour les indivisions et SCI, la quotité doit être en relation avec les parts détenues (à défaut de choisir la quotité à 100% pour chaque assuré).
- Les banques préconisent pour un couple une quotité de 2 x 100% soit 200%.

Voir ci-après le mode d'indemnisation forfaitaire selon les quotités et le mode indemnitaire.

CONDITIONS DE SANTÉ

Les formalités d'entrée dans l'assurance sont graduées selon, la nature des garanties, l'âge de l'assuré, l'encours assuré, l'état de santé.

- **Questionnaire de santé**
- **Bilan de santé complet**

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations fournies dans le questionnaire entraînent l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration.

LE DROIT À L'OUBLI

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a fixé à 10 ans maximum après la fin du protocole thérapeutique (5 ans pour les cancers survenus avant 18 ans) le délai au terme duquel aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses ne peut être demandée par les assureurs.

Un document informe les candidats à l'assurance :

- de leur droit de ne pas déclarer d'anciennes pathologies comme le cancer dans le questionnaire de santé.
- et de ne pas subir de majoration de tarif ou d'exclusion de garanties du fait de ces anciennes affections au nom d'un risque de santé aggravé.

(voir ci-après la convention AERAS)

LE CONTENU DES GARANTIES DE BASE ET OPTIONNELLES

SELON LES ORGANISMES ASSUREURS ET LES BANQUES

En fonction des garanties et des quotités, l'assureur versera un capital au banquier prêteur bénéficiaire (décès et PTIA) ou tout ou partie des mensualités, dans les autres cas directement à ce bénéficiaire.

LE DÉCÈS

Paiement du capital restant du ; la garantie cessant au plus tard à une date anniversaire fixée dans le contrat.

LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE : P.T.I.A

(consécutive à maladie ou à accident)

La PTIA est assimilée au décès, et le capital dû est déterminé par référence au jour où la date de consolidation de la PTIA est fixée par expertise médicale (équivalent en principe de la 3ème catégorie de la sécurité sociale).

LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

A • ITT : incapacité temporaire totale

La prise en charge des échéances dépend de la période de franchise souscrite (ex : à compter du 31ème jour, 91ème jour...180ème jour...).
Pour ouvrir droit aux remboursements, l'incapacité doit entrainer une interruption réelle et complète des activités professionnelles ou des activités de la vie quotidienne.

LE CONTENU DES GARANTIES DE BASE ET OPTIONNELLES

SELON LES ORGANISMES ASSUREURS ET LES BANQUES

En cas de reprise du travail à mi-temps et sous certaines conditions, et selon les contrats, l'assureur rembourse ou non les échéances à hauteur de 50%*(temps partiel thérapeutique) *ou autre quotité (mode forfaitaire ou indemnitaire)

En cas de rechute, les assureurs peuvent appliquer ou non une nouvelle période de franchise.

Les prestations de l'assureur cesseront d'être versées en cas de reprise d'activité.

Au-delà d'un certain délai, l'assuré peut passer en IPT ou IPP selon les contrats.

UN RAPPEL

- *En matière d'invalidité ou d'incapacité, être attentif à la notion d'incapacité professionnelle : Si l'assuré est incapable pour son activité actuelle mais capable pour autre activité, l'assuré ne sera pas indemnisé.*
- *Le contrat couvre-t-il l'invalidité ou l'incapacité en l'absence d'activité professionnelle au moment du sinistre ? Privilégier les contrats qui prévoient la garantie pour interruption d'activité professionnelle ou interruption des occupations de la vie quotidienne.*
- *Selon les contrats, l'assuré n'est pas couvert en cas d'inactivité.*

B • IPT : invalidité permanente totale

- L'IPT suppose que l'assuré présente une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et une invalidité professionnelle.
- Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé d'après un barème indicatif des incapacités utilisé par le médecin conseil de l'assureur.
- Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié selon les répercussions de l'invalidité sur la profession (ou sur d'autres activités).
- Les barèmes sont transmis en annexe des notices.
- Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 66%.
- Les prestations versées par l'assureur cesseront en principe : si le taux d'invalidité devient < à 66%.
- À la date à laquelle l'assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard a un âge butoir.

.../...

Selon les contrats : soit l'assureur prend en charge les mensualités, soit l'assureur assure le remboursement du capital restant dû.

LE CONTENU DES GARANTIES DE BASE ET OPTIONNELLES

SELON LES ORGANISMES ASSUREURS ET LES BANQUES

LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Le taux d'invalidité doit être compris entre 33% et 65% : c'est le principe (mais certains contrats, très rares, peuvent prendre en compte une IPP < à 33%).

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPP doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard à un âge butoir.

Les prestations versées par l'assureur cesseront en principe :

- si le taux d'invalidité devient < à 33%.
- à la date de retraite ou à l'âge butoir fixé…

En matière de prestations de l'assureur : soit un % de l'échéance, soit un taux de prise en charge proratisé au taux d'incapacité.

Cette invalidité correspond en principe à une invalidité de 1ère catégorie de la sécurité sociale (entre 33% et 65%).

LA PERTE D'EMPLOI

Le principe : cette assurance couvre la perte d'emploi et prend en charge les échéances selon les quotités définie dès survenance de la perte de salaire (voir délais ci après).

Il est conseillé de vérifier les définitions de la perte d'emploi : (chômage, licenciement pour faute, rupture conventionnelle, etc.)

Cette assurance, en principe, est réservée aux salariés du secteur privé, en CDI.

LE CONTENU DES GARANTIES DE BASE ET OPTIONNELLES

SELON LES ORGANISMES ASSUREURS ET LES BANQUES

2 FORMES D'INDEMNISATION EXISTENT
(report d'échéances ou prise en charge des échéances)

- **Les garanties spécifiques des professionnels de santé**
  (modalités spécifiques et tarifs préférentiels)
- **Autres garanties optionnelles adaptées à l'assuré**
  (extension de garantie par rapport aux risques exclus)

Dans toutes ces situations, une attention particulière doit être portée sur la durée des garanties (âge limite et durée de l'indemnisation).

MODALITÉS DE CALCUL DE L'INDEMNISATION

Les prestations versées sont limitées à des plafonds spécifiques selon les risques (décès, ITT/IPT/IPP).

UN POINT IMPORTANT : LE CALCUL DE L'INDEMNISATION

- **A • Forfaitaire :** échéances prises en charge selon les quotités et selon les contrats, proportionnellement au taux d'invalidité(pour l'IPT et l'IPP)

- **B • Indemnitaire :** échéances prises en charge selon l'éventuelle perte de revenus (ex : si l'assuré bénéficie du maintien partiel de son salaire, la prise en charge sera limitée au manque à gagner)

- *Article L 113-2 du code des assurances.*
- *Reprendre les articles 113-1 - 113-2.*

Toute demande d'indemnisation doit être accompagnée de renseignements et de documents demandés dans la notice, à défaut l'instruction de la demande ne pourra être réalisée.

Une fois prise la décision de l'assureur et en cas de désaccord avec les conclusions de l'expert, il est possible de demander une expertise contradictoire en présence d'un médecin au choix de l'assuré.

Toute fausse déclaration en cas de sinistre expose le bénéficiaire du contrat et l'assuré à une déchéance de garanties.

Le recours au médiateur de l'assurance est toujours possible.

DATES ET DÉLAIS, NOTIONS ESSENTIELLES POUR LA RECEVABILITÉ DES GARANTIES

QUELQUES EXEMPLES :

- **Date de prise d'effet du contrat :** acceptation de l'offre, mandatement des fonds à la date de réception de la demande d'adhésion, plusieurs dates possibles. La date de prise d'effet est mentionnée sur le certificat d'adhésion.
- **Délai de carence :** délai se situant entre la date de prise d'effet du contrat d'assurance et date à laquelle les garanties prendront effet (période de latence ou d'attente (ex : suicide, délai de carence de 1 ou 2 ans). En matière d'invalidité assortie d'un délai de carence, il peut être stipulé, par exemple, que l'invalidité qui se révélerait dans les 6 mois de la prise d'effet du contrat ne sera jamais garantie même si cet état va au-delà des 6 mois.

- **Délai de franchise :** période de non indemnisation exprimée en jours (ex ITT franchise 90 jours, l'assureur prendra en charge les prestations à partir du 91éme jour d'ITT) 3 mensualités resteront à la charge de l'assuré.

- **Durée d'indemnisation :** âge de fin des prestations ou période au-delà de laquelle l'indemnisation cessera.

  Le contrat peut prévoir une durée d'indemnisation au-delà de laquelle le risque n'est plus assuré (risque décès à une date anniversaire, durée d'indemnisation d'une perte d'emploi, etc.)

LES RISQUES EXCLUS

Les clauses d'exclusion doivent être formelles et limitées, claires et précises de façon à permettre à l'assuré de connaître exactement l'étendue des garanties (en se référant à des faits et des circonstances ou obligations bien déterminées).

(Article L113-1 précité et L 112-4 du code des assurances)

- **L'assuré est-il garanti** pour les sports amateurs ?
- **L'assuré est-il couvert** en cas de survenance d'un sinistre à l'étranger ?
- Vigilance sur les contrats qui excluent toutes les antériorités de santé y compris celles déclarées sur le questionnaire médical.
- **L'assureur doit informer** explicitement l'assuré sur les modalités de prise en charge.
- **Un point de vigilance** sur les maladies **non objectivables** :
  Il s'agit de souffrances subjectives que le médecin ne peut mesurer objectivement ou de maladies se manifestant physiquement avec une cause subjective. Ex : fatigue chronique, dépression, affection psychosomatique, pathologie du dos, burn-out.
- **Vérifier les conditions de garantie,** dans certains cas ces maladies ne peuvent être prises en charge qu'à condition d'une hospitalisation sur une certaine durée ou d'une intervention chirurgicale.
- **Dans les cas d'exclusion,** l'assureur peut prévoir des exceptions moyennant une surprime, à intégrer dans les éléments de comparaison des offres.
- **Les risques professionnels** ou sportifs peuvent être rachetables selon les contrats.

LE PRIX ET LE PAIEMENT DES COTISATIONS

La base de calcul : capital initial ou capital restant dû (en règle générale, le calcul s'effectue sur le capital initial en matière d'assurance groupe et sur le capital restant dû, c'est à dire de façon dégressive, pour l'assurance individuelle).

- **Le prix dépend** de l'étendue des garanties et du profil de risque de l'assuré.
- **Le prix peut être garanti** (même en cas de survenance de problème de santé en cours de prêt) ou non garanti et susceptible d'évoluer selon les âges et risques.
- **Le coût de l'assurance** s'exprime en TAEA, ce qui permet la comparaison avec le TAEG et en montant en € (voir la FSI remise par le prêteur).
- **Les primes d'assurances** sont dues et prélevées pendant les périodes de différé d'amortissement ou de différé d'intérêt.
- **Non paiement des cotisations :** *Article L113-3 du code des assurances : à reprendre.*
- **À défaut de paiement,** une mise en demeure sera adressée à l'assuré par l'assureur avec information au prêteur (et risque de déchéance du terme). Une période de suspension de garantie est prévue.
- **Après mise en demeure** et délai prévu pour la résiliation, la remise en vigueur des garanties n'est plus possible.

LA PRESCRIPTION

• *Articles L114-1, L114-2 et L114-3 du code des assurances.*

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Toutes actions dérivant du contrat se prescrivent par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

CE DÉLAI NE COURT

- **En cas d'omission, fausse déclaration** que du jour ou l'assureur en a eu connaissance.
- **En cas de sinistre**, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorés jusque là.

CONVENTION AERAS

(S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ)

Site : **www.aeras-infos.fr**

- **Si l'état de santé de l'emprunteur** ne permet pas d'obtenir une assurance aux conditions habituelles, le prêteur proposera la convention AERAS.
- **Pour en bénéficier** il faudra avoir moins de 70 ans à la fin du remboursement du prêt et réaliser un emprunt d'un montant maximum de 320 000 €.
- **Le dossier sera examiné** par un service médical spécialisé voire par un groupe de réassureur.
- **En cas d'accord,** l'assureur peut proposer une surprime qui ne peut dépasser 1,4 points de plus que le TAEG.
- **En cas de refus,** la commission de médiation de l'AERAS sera saisie. Il est prévu un délai maximal de traitement de **5 semaines** dont :
  - 3 pour la réponse de l'assureur
  - 2 pour la réponse de la banque
- **À défaut d'accord de l'assureur,** l'emprunteur peut proposer au prêteur des garanties alternatives.
- **À défaut d'accord de l'assureur et du prêteur** la commission de médiation peut être saisie.

LES CONDITIONS GÉNÉRALES DES ASSURANCES PRÉVOYANCE DÉCÈS ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

1 • DÉFINITION

Contrat d'assurance qui permet le versement d'un capital ou d'une rente à un bénéficiaire désigné en cas de décès.

Moyen de se prémunir en cas de sinistre et de protéger ses proches.

Ces contrats peuvent être souscrits individuellement ou collectivement à l'occasion d'un prêt, ou en dehors de toute opération de prêt bancaire.

Ce contrat peut être assorti de garanties complémentaires (incapacité, invalidité, dépendance, majoration en cas de décès accidentel, etc).

Il est possible de prévoir une rente (rente éducation, rente à un enfant handicapé).

Les primes versées ne sont pas récupérables par l'assuré et sont définitivement acquises à l'assureur (par opposition à l'assurance vie).

L'assurance prévoyance n'est pas un produit d'épargne.

2 • LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

Sont ceux qui régissent les contrats d'assurance emprunteur ; la différence concerne la clause bénéficiaire qui est libre (contrairement à l'assurance emprunteur ou le bénéficiaire du contrat est le prêteur).

Dans le système français, il existe 3 niveaux de protection

- La sécurité sociale
- Les régimes complémentaires employeur
- Les prévoyances collectives ou individuelles (ces derniers sont souscrits sur option par les assurés et sont nommés sous le terme générique de contrats prévoyance)

Pour tout renseignement,

CONTACTEZ NOUS !

www.uci-france.fr

Un crédit vous engage et doit être remboursé.
Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.
Loi MURCEF : Article L 321-2 de la loi n°2014001494-1168 du 11 Décembre 2014001494 :
Aucun versement, de quelque nature que ce soit, ne peut être exigé d'un particulier, avant l'obtention d'un ou plusieurs prêts d'argent.
L'emprunteur dispose d'un délai de réflexion de 10 jours, la vente est subordonnée à l'obtention d'un prêt et si celui-ci n'est pas obtenu, le vendeur devra rembourser les sommes versées.

Mon Courtier
Union de Crédit Immobilier
Pensez projets parlons crédit

Union de Courtage en Crédit Immobilier - SAS au capital de 297 866 € - Siège social 12 rue Ponthieu, 75008 Paris
RCS Paris B 802 782 722 - SIRET 80278272200028 - ORIAS n° 14004330 www.orias.fr
Code APE 6619B - N°RC professionnelle n°086850518-331 HYALIN 35 rue de le Boétie 75008 PARIS.
Courtier en opérations de banque et en service de paiement, et courtier en assurances.