

ASSURANCE DES PERSONNES
NOTICE D'INFORMATION DESTINEE À L'ASSURÉ
(Dispositions en vigueur à compter d'avril 2025)

NIP04B 02.04-2025 E

relative au contrat d'assurance collective n° 875.1313/05A, pour les contrats de crédit ou de location avec option d'achat (LOA) affectés à l'achat d'un bateau, d'un mobil home ou d'une habitation légère de loisirs souscrit par CGL, Compagnie Générale de Location d'Equipements, ci-après dénommée « le Prêteur » ou « le Bailleur », auprès de SOGECAP, SA d'assurance sur la vie de capitalisation au capital de 1 263 556 110 euros - 086 380 730 RCS Nanterre - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex - N° IDU FR231725_01YSGB, pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et Interruption Temporaire Totale de Travail, ci-après dénommé "l'Assureur".

SOGECAP est une entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Ce contrat est présenté par CGL à ses clients en sa qualité d'intermédiaire en assurance immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07027148 (www.orias.fr), via ses mandataires. Les adhésions et les sinistres sont gérés par WTW. (Société par Action Simplifiée au capital de 1 432 600 euros – 311 248 637 R.C.S Nanterre – Tour Hekla - 52, avenue du Général de Gaulle - 92800 Puteaux).

ARTICLE 1 : DEFINITIONS

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont jamais considérés comme Accidents au titre de la présente notice d'information, les Accidents cérébraux ou cardio-vasculaires, quelle qu'en soit l'origine.

Actes ordinaires de la vie quotidienne : les six (6) catégories d'actes ordinaires de la vie quotidienne sont :

- la toilette : se laver l'ensemble du corps, satisfaisant ainsi à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles,
- l'habillement : s'habiller ou se dévêtir totalement sans aide,
- l'alimentation : manger des aliments préalablement coupés, préparés et servis, boire et avaler, sans aide,
- la continence : assurer l'hygiène de l'élimination,
- les déplacements à l'intérieur : pouvoir se déplacer / se mouvoir à l'intérieur de son logement (sur une surface plane ou aménagée) sans aide,
- les transferts : passer de chacune des positions, couché / assis / debout : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher ou s'asseoir.

Adhérent

Personne physique ou morale contractant un prêt ou une Location avec Option d'Achat et ayant signé la Demande d'Adhésion à l'assurance. L'Adhérent est en outre le payeur des cotisations.

Assuré

Personne physique désignée sur la Demande d'Adhésion sur laquelle reposent les garanties choisies et acceptées par l'Assureur.

Caution

Personne physique ou morale qui s'engage à payer en lieu et place du Locataire / Co-Locataire ou de l'Emprunteur/ Co-Emprunteur en cas de défaillance.

Décès

Décès de l'Assuré consécutif à un Accident ou à une Maladie.

Emprunteur ou Co-emprunteur

Personne physique désignée sur la Demande d'Adhésion ayant souscrit à un contrat de crédit affecté à l'acquisition d'un bateau, d'un mobil home ou d'une habitation légère de loisirs.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Etat médicalement constaté d'incapacité temporaire totale de l'Assuré à exercer son ou ses activité(s) professionnelle(s) lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.

Locataire ou co-locataire

Personne physique désignée sur la Demande d'Adhésion ayant souscrit à un contrat de Location avec Option d'Achat (LOA) d'un bateau, d'un mobil home ou d'une habitation légère de loisirs.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Tout état physique ou mental, médicalement constaté, de l'Assuré le rendant définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant un gain ou profit résultant d'une Maladie ou d'un Accident et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 6 actes ordinaires de la vie quotidienne définis ci-dessus.

Quotité

Pourcentage appliqué au montant du crédit ou de la Location avec Option d'Achat (LOA) et à ses échéances/loyers pour le calcul de la cotisation et des prestations.

Risques médicaux : les risques médicaux résultent de l'appréciation par l'Assureur de l'état de santé de l'Assuré sur la durée des garanties dans le seul but de déterminer ses conditions d'acceptation à l'assurance.

Risques spéciaux : les risques spéciaux concernent les Assurés qui exercent des professions dangereuses ou qui résident dans un pays à risque ou qui effectuent des déplacements professionnels dans un pays à risque ou qui pratiquent des sports dangereux.

Sports exercés à titre professionnel : sont considérés comme tels :

- les sports dont la pratique fait l'objet d'une licence professionnelle
- ou les sports pratiqués dans le cadre de compétitions exclusivement ouvertes à des professionnels,
- ou les sports pratiqués dans le cadre de compétitions nationales ou internationales.

Surprime

Supplément de cotisation demandé par SOGECAP à l'Adhérent, après examen de la demande d'adhésion et appréciation des risques médicaux ou spéciaux.

WTW

Déléataire de gestion de l'Assureur au sens de l'article L.310-3 13° du Code des assurances.

ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance a pour objet de garantir toute personne physique Emprunteur, Co-emprunteur, Locataire, co-locataire ou Caution de 18 à 69 ans inclus au titre des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) avant le remboursement intégral de leur crédit souscrit auprès du Prêteur ou avant la fin du contrat de location avec option d'achat (LOA) souscrit auprès du Bailleur.

Les candidats à l'assurance peuvent adhérer à :

- la garantie de base (Décès, PTIA),
- la garantie de base (Décès, PTIA) et la garantie optionnelle Incapacité Temporaire Totale de travail

A partir de 65 ans, seule la garantie Décès est couverte.

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail n'est proposée qu'aux personnes âgées de moins de 65 ans.

Les informations fournies à l'Adhérent sont valables pendant la durée de commercialisation du contrat puis pendant toute sa durée effective, sous réserve de toute évolution législative et réglementaire.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination du Conseiller clientèle et de ses prestataires ou des connexions internet seront supportées par l'Adhérent/Assuré, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

ARTICLE 3 : FINANCEMENTS GARANTIS

Les financements garantis sont les contrats de crédit ou de location avec option d'achat (LOA) affectés à l'achat d'un bateau, d'un mobil home, ou d'une habitation légère de loisirs.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADHESION

4.1. Candidat à l'assurance

Toute personne physique, emprunteur, co-emprunteur, locataire, co-locataire ou caution âgée de 18 ans à 69 ans inclus doit compléter, dater et signer une Demande d'Adhésion par laquelle elle donne son consentement à l'assurance.

4.2. Formalités d'adhésion

Le candidat à l'assurance peut bénéficier des garanties sous réserve de respecter les conditions d'âge à l'adhésion, de remplir une Demande d'Adhésion et de se soumettre aux formalités demandées par l'Assureur.

Si le Questionnaire de Santé Simplifié ou le Questionnaire de Santé a dû être rempli alors, il doit être retourné dans un délai de 6 mois à compter de la date de signature de la demande d'Adhésion. Si les formalités médicales ne sont pas accomplies durant cette période, la Demande d'Adhésion sera définitivement classée sans suite au terme de cette période, et l'Assuré ne bénéficiera plus d'aucune garantie.

Après examen des formalités d'adhésion, l'Assureur peut :

- Accepter l'adhésion aux conditions normales,
- Accepter l'adhésion à des conditions particulières : de
 - moyennant une surprime pour risques spéciaux et/ou médicaux
 - en formulant une restriction de garantie
- Ajourner l'adhésion,
- Refuser l'Adhésion

La décision de l'Assureur sera notifiée au candidat à l'assurance par l'intermédiaire de WTW.

Le candidat à l'assurance est réputé avoir tacitement accepté ces conditions sauf avis contraire de sa part, formulé par écrit à WTW, Service emprunteur Bâtiment SPACE X - Les Près Business Pole 40 Rue Denis Papin 59650 Villeneuve d'Ascq, dans les quinze (15) jours qui suivent la notification de l'Assureur.

Chaque candidat à l'assurance, dont la Demande d'Adhésion a été acceptée, acquiert la qualité d'Assuré aux conditions notifiées par l'Assureur en cas de formalités médicales. Si aucune formalité médicale n'est requise, la présente Demande d'Adhésion vaut Certificat d'Adhésion.

Les déclarations faites par l'Adhérent à l'Assureur servent de base à la couverture.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'assuré par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent / l'Assuré tant lors de la souscription qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

4.3. Adhésion

L'adhésion aux garanties Décès, PTIA, et ITT est facultative en garantie d'un Crédit/Location.

Le choix d'adhérer ou non doit être formulé au plus tard à la date d'émission de l'offre de Crédit/Location par le Prêteur/Bailleur. L'adhésion est conclue pour la durée du contrat de financement, sous réserve du paiement de la cotisation

pendant toute la durée du financement et des cas de renonciation, cessation et résiliation prévus aux articles ci-après.

Le refus d'adhérer est définitif pour toute la durée du Crédit/Location.

ARTICLE 5 : DATE D'EFFET DES GARANTIES

Sous réserve de l'acceptation par l'Assureur de la Demande d'Adhésion, les garanties prennent effet à la date la plus tardive des deux dates suivantes :

- la date de notification écrite de l'acceptation de l'Assureur par WTW à l'Assuré,
- ou
- la date de signature de la demande d'adhésion.

Cas particulier : Garantie Temporaire

Entre la date de la demande d'adhésion et la date de notification écrite de la décision de l'Assureur par WTW, le candidat à l'assurance est couvert en cas de Décès/PTIA consécutif à un accident et l'Assureur verse une prestation égale au capital initial emprunté (en crédit) ou au prix du bien T.T.C. duquel sont déduits le 1er loyer majoré et le dépôt de garantie (en location).

ARTICLE 6 : BENEFICIAIRES

Pour les garanties Décès/PTIA et ITT, le Prêteur/Bailleur est bénéficiaire acceptant, sauf désistement de celui-ci à votre profit.

En cas de survenance d'un sinistre Décès ou PTIA entre la date d'effet de l'adhésion et le déblocage des fonds (pour un crédit) ou de livraison du bien (pour une location), le capital dû sera versé :

- en cas de PTIA, à l'Assuré,
- en cas de Décès, à l'époux (épouse) de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement ou par convention de divorce enregistrée par notaire, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à chacun de ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses héritiers, sauf désignation particulière faite par l'Assuré.

ARTICLE 7 : FACULTE DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

7.1 Faculté de renonciation

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, l'Adhérent / Assuré ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
- b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à la conclusion du contrat.

7.2 Modalités de renonciation

Pour exercer son droit de renonciation, l'Adhérent / Assuré doit adresser une lettre recommandée à CGL, Service Client Bateau, 69 avenue de Flandre, 59700 Marcq-en-Barœul Cedex ou un envoi recommandé électronique à yacht.cs@cgifinance.fr rédigé(e) selon le modèle suivant ;

« Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) M. / Mme. (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Contrat d'assurance n° effectuée en date du Je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de mon versement de et ce, dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de la présente.

Date et Signature »

7.3 Effets de renonciation

La date d'envoi de la lettre recommandée ou de l'envoi du recommandé électronique met fin à l'adhésion au Contrat.

La renonciation met fin aux garanties d'assurance et entraîne la restitution de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception par l'Assureur de la demande de renonciation.

ARTICLE 8 : RISQUES GARANTIS ET PRESTATIONS

Le terme « échéance » mentionné ci-après vise indifféremment les loyers ou les mensualités.

Les prestations versées par l'Assureur sont affectées de la quotité garantie et ne comprennent ni les échéances impayées ni les intérêts de retard.

En cas de co-adhérents ayant des sinistres coexistants, les prestations versées par l'Assureur ne pourront pas excéder :

- en cas de Décès ou de PTIA le capital restant dû (en crédit) ou le montant de l'indemnité de résiliation déduction faite du dépôt de garantie éventuel (en location),
- en cas d'ITT le montant des échéances dues.

Les prestations de la garantie ITT sont fonction du loyer toutes taxes comprises ou de l'échéance ramené(e) systématiquement sur une base mensuelle quelle que soit la périodicité.

En cas de Décès ou de PTIA, le montant du capital maximum assuré est de 600 000 euros, quel que soit le nombre de financements accordés à l'Assuré par CGL et qui a donné lieu à son adhésion dans le cadre des contrats d'assurance souscrits par CGL auprès de l'Assureur.

8.1. Garantie Décès

L'Assureur verse en cas de décès consécutif à une Maladie ou un Accident :

- soit une prestation égale au capital restant dû au jour du décès dans le cadre d'un crédit,
- soit une indemnité de résiliation déduction faite du dépôt de garantie éventuel au jour du décès en location avec option d'achat, affecté de la Quotité.

Un décès est réputé accidentel s'il survient dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident qui en est à l'origine

Le montant du capital restant dû, tel que défini ci-dessus, est déterminé d'après les caractéristiques contractuelles du Crédit (montant, Quotité s'il y a lieu, durée et modalités de remboursement), et après imputation, s'il y a lieu, des remboursements anticipés partiels intervenus avant la date du décès. Il ne comprend pas les échéances échues et non payées au Prêteur/Bailleur à leur échéance, pour quelque motif que ce soit.

8.2. Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de PTIA survenant avant le 60ème anniversaire de l'Assuré, l'Assureur verse au jour où l'Assuré est réputé par l'Assureur comme étant en état de PTIA :

- soit une prestation égale au capital restant dû affecté de la quotité dans le cas d'un crédit,
- soit ou à l'indemnité de résiliation déduction faite du dépôt de garantie éventuel en location avec option d'achat, affecté de la quotité, au jour où l'Assuré est réputé par l'Assureur comme étant en état de PTIA.

8.3. Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)

Cette garantie optionnelle concerne les Assurés de moins de 65 ans à la date de Demande d'Adhésion ayant choisi cette garantie et exerçant effectivement une activité professionnelle leur procurant gain ou profit à la date d'arrêt de travail à la suite d'un Accident ou d'une Maladie.

Les personnes sans activité professionnelle à la date d'adhésion bénéficieront des prestations ITT, si au jour de la survenance du sinistre :

- elles ont repris une activité professionnelle ou si elles sont prises en charge par France Travail jusqu'au premier jour d'Incapacité/Invalidité,
- et si elles perçoivent dans les deux cas des indemnités journalières ou une rente d'Invalidité du Régime de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé.

Montant des Prestations :

L'Assureur verse une prestation égale à 1/Xème de l'échéance affecté de la quotité pour chaque jour d'interruption de travail pour Accident ou Maladie venant à échéance après le 90ème jour continu d'arrêt de travail, X étant le nombre exact de jours de l'échéance.

Le montant maximum indemnité est de 3 050 euros pour une quotité de 100% par échéance mensuelle, quel que soit le nombre de financements qui ont été accordés à l'Assuré par CGL et qui ont donné lieu à l'adhésion dans le cadre des contrats d'assurance souscrits par CGL auprès de l'Assureur.

Délai de franchise

La date de prise en charge est fixée au premier jour de cessation d'activité après un délai de franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail.

Modalités de prise en charge :

- si l'incapacité est totale et entraîne un arrêt de travail supérieur à 90 jours continus, l'Assureur prend en charge le paiement des échéances venant à échéance à compter du 91e jour qui suit la date d'interruption du travail,
- la prise en charge maximale ne pourra pas excéder 360 prestations journalières pour une même période d'interruption de travail pour Accident ou Maladie (rechute comprise) et 1 095 prestations journalières pour plusieurs périodes distinctes d'interruption de travail pour Accident ou Maladie durant l'adhésion,
- en cas de passage en invalidité ou au bout des 1 095 jours d'arrêt de travail, la garantie ITT cesse. L'Assuré reste couvert en cas de Décès et PTIA, les points de départ des prestations Décès et PTIA étant respectivement le jour du décès et le jour de notification de la PTIA.

Rechute : la survenance d'une incapacité survenant moins de soixante (60) jours continus après la fin d'une première période de prise en charge par l'Assureur et ayant pour origine la même Maladie ou le même Accident, ne donne pas lieu à une nouvelle application de la franchise.

La survenance d'une incapacité survenant plus de soixante (60) jours continus après la fin d'une première période de prise en charge par l'Assureur est considérée comme une nouvelle incapacité entraînant l'application de la franchise et ce, quel que soit l'origine de la Maladie ou de l'Accident.

ARTICLE 9 : TERRITORIALITE

Les garanties s'appliquent dans le monde entier. Toutefois, une Incapacité Temporaire Totale de travail ou une PTIA survenue hors d'un pays membre de l'UE (Union Européenne) ou hors de Monaco est réputée survenir au jour de sa constatation par un médecin exerçant son activité dans l'UE ou à Monaco et n'est indemnisée que sur justificatifs émanant de l'UE ou Monaco.

ARTICLE 10 : EXCLUSIONS EN CAS DE DECES, PTIA ET ITT

Les conditions de prise en charge s'appliquent à toute Maladie ou Accident survenus après la date de prise d'effet des garanties.

10.1. Exclusions au titre des garanties Décès, PTIA et ITT

Ne sont pas pris en charge les événements suivants ainsi que leurs suites, conséquences, récidives et rechutes :

- les Maladies ou Accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature de la demande d'Adhésion ;
- le suicide survenant au cours de la première année suivant la prise d'effet de l'adhésion;
- la tentative de suicide ;
- le fait de guerre civile ou étrangère
- le fait intentionnel de l'Assuré ;
- L'Accident de navigation aérienne si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité ou s'il n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet et une licence pour l'appareil utilisé, tous deux en cours de validité;
- les émeutes, mouvements populaires, insurrections, attentats, sabotages, grèves, actes de terrorisme, rixes, insurrections, troubles civils, complots, si l'Assuré y prend une part active ou qu'il y participe en tant que co-auteur ou complice. Toutefois, les garanties restent acquises dans les cas suivants : accomplissement du devoir professionnel, légitime défense et assistance à personne en danger ;
- les accidents de la circulation consécutifs à un état d'ivresse attesté par une alcoolémie égale ou supérieure au taux fixé par le Code de la route en vigueur au jour du sinistre;
- l'usage de drogues, de stupéfiants, de produits médicamenteux ou de substances analogues à doses non prescrites médicalement ;
- la participation à des courses, des raids, des rallyes, des épreuves d'endurance ou de vitesse, des compétitions, des démonstrations ou essais préparatoires, nécessitant l'utilisation d'engins à moteur, terrestres, aériens ou maritimes;
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur

et d'irradiations, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes. Toutefois, ces effets sont pris en charge s'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis ou s'ils se produisent à l'occasion de l'activité professionnelle de l'Assuré en tant que militaire si ce dernier est affecté à une unité ou un service dont le but est la mise en œuvre des armements nucléaires ou l'utilisation de sources d'énergie nucléaire (sous réserve que l'Assureur ait été préalablement informé du risque).

10.2. Autres exclusions spécifiques à la garantie ITT

Sont également exclus des garanties ITT, les événements suivants ainsi que leurs suites, conséquences, récidives et rechutes résultant :

- de troubles anxieux, de dépression endogène ou réactionnelle, de dépression du post-partum, de stress (aigu, chronique ou post-traumatique), de burn out, de schizophrénie, de bipolarité
- de troubles de l'humeur, de troubles de l'alimentation, de troubles addictifs, de complications psychiatriques de maladies somatiques, de troubles de la personnalité ou du comportement, de maladies psychiatriques ou neuropsychiatriques, de maladie psychiques ou neuropsychiques, ainsi que de leur traitement et complications éventuelles.
- de la spasmophilie, de l'asthénie, de la fibromyalgie, du syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID), du syndrome de fatigue chronique, de l'épuisement.

Le congé légal de maternité, de paternité et d'accueil en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après sa naissance, tels que prévus par le Code du travail ne sont pas considérés comme des périodes d'incapacité et ne peuvent donc pas être pris en charge au titre de la garantie ITT. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes non salariées, exerçant une profession libérale.

En revanche, l'Assureur couvre l'Incapacité Temporaire Totale de travail liée à une grossesse pathologique à l'expiration du congé légal de maternité (selon les normes en vigueur du régime général de Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé).

ARTICLE 11: CESSATIONS DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

11.1. Cessations des garanties

Les garanties cessent dans tous les cas :

- à l'expiration du délai fixé par lettre recommandée en cas de non-paiement de la cotisation par l'Assuré,
 - en cas de non - paiement de la location au Bailleur,
 - en cas de remboursement total par anticipation du Crédit,
 - en cas d'expiration du Crédit/Location,
 - à la date de résiliation du contrat de Crédit/Location par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du Crédit,
 - à la date d'exigibilité anticipée du Crédit,
 - en cas de règlement du capital restant dû en crédit ou de l'indemnité de résiliation déduction faite du dépôt de garantie éventuel en cas de Décès ou de PTIA,
 - en cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré,
 - en cas de cession du bateau, du mobil home ou de l'habitation légère de loisirs,
 - en cas de perte totale du bateau du mobil home ou de l'habitation légère de loisirs.
- Pour la garantie Décès : au plus tard au 80ème anniversaire de l'Assuré.
Pour la garantie PTIA : au plus tard au 60ème anniversaire de l'Assuré.
Pour la garantie ITT :
- en cas de reprise d'activité professionnelle (même à temps partiel) à la date de la pré-retraite ou retraite de l'Assuré quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail, ainsi que lors d'une mise en place d'un dispositif de cumul emploi-retraite.
 - au plus tard au 65ème anniversaire de l'Assuré,

La cessation des garanties entraîne automatiquement la cessation des éventuelles prestations en cours.

11.2. Cessations des prestations

En complément des cessations de garanties, les prestations cessent :

Pour la garantie ITT :

- en cas de refus de se soumettre à une expertise médicale.
- dès que l'Assuré retrouve une activité rémunérée à temps complet ou partiel.
- en cas de non renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail,
- en cas d'interruption du versement des prestations en espèces par la Sécurité sociale ou un organisme assimilé sauf pour raison administrative justifiée,
- lorsque l'Assuré a épuisé ses droits à indemnisation.

11.3. Cessations des prestations

En complément des cessations de garanties, les prestations cessent :

Pour la garantie ITT :

- en cas de refus de se soumettre à une expertise médicale.
- dès que l'Assuré retrouve une activité rémunérée à temps complet ou partiel.
- en cas de non renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail,
- en cas d'interruption du versement des prestations en espèces par la Sécurité sociale ou un organisme assimilé sauf pour raison administrative justifiée,
- lorsque l'Assuré a épuisé ses droits à indemnisation

ARTICLE 12 : DELAIS DE DECLARATION DES SINISTRES ET FORMALITES A ACCOMPLIR

12.1. Délai de déclaration du sinistre

Les sinistres doivent être déclarés par écrit à WTW - Service emprunteur Bâtiment SPACE X – Les Près Business Pole 40 Rue Denis Papin 59650 Villeneuve d'Ascq.

Les délais de déclaration sont :

En cas de Décès ou de PTIA : dans un délai maximum de 180 jours suivant la date de survenance du décès ou de la PTIA.

En cas d'ITT : dans un délai maximum de 180 jours suivant la date de survenance de l'arrêt de travail.

12.2. Déclaration tardive

Passés les délais de déclaration du sinistre définis ci-dessus, l'Assureur réglera les sommes dues à compter de la date de déclaration, sans application du délai de franchise pour la garantie ITT, sous réserve des délais de prescription légaux (art. L 114-1 et suivants du Code des assurances). Ils ne donneront lieu à aucun paiement si la déclaration est effectuée après la date de reprise de travail même partielle, ou postérieurement à la fin du Crédit/Location.

12.3. Pièces à fournir en cas de sinistre

Toutes les pièces justificatives demandées par l'Assureur à l'Assuré ou à l'ayant droit sont à adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de SOGECAP à WTW, Service emprunteur Bâtiment SPACE X – Les Près Business Pole 40 Rue Denis Papin 59650 Villeneuve d'Ascq.

Tout dossier incomplet ne pourra être examiné par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré ou à l'ayant droit tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de la demande.

Sous réserve de l'acceptation du sinistre, l'Assureur s'engage à régler les prestations dans un délai d'un (1) mois à compter de la réception

12.3.1. En cas Décès

- un extrait de l'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical sur modèle de l'Assureur dûment complété par le médecin traitant de l'Assuré indiquant la cause exacte de celui-ci ; ou un certificat établi par le médecin ayant établi le décès dès lors qu'il contient toutes les informations nécessaires à l'étude et au traitement du dossier,
- en cas d' Accident, de suicide ou d' homicide, tout document précisant les circonstances de celui-ci (procès-verbal de gendarmerie, rapport de police, coupure de presse),
- les imprimés de l'Assureur qui seront adressés après déclaration du sinistre.
- toutes autres pièces justificatives nécessaires à l'Assureur pour l'instruction du dossier.
- En cas de PTIA
- un certificat médical détaillé décrivant la nature de l'invalidité, sur modèle de l'Assureur, transmis sur simple demande, ou un certificat établi par le

médecin ayant établi la PTIA dès lors qu'il contient toutes les informations nécessaires à l'étude et au traitement du dossier

- la notification d'une pension d'invalidité 3e catégorie par la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé,
- toutes autres pièces justificatives de l'état de PTIA nécessaires à l'Assureur pour l'instruction du dossier.

12.3.2. En cas d'ITT

Un courrier avisant WTW du sinistre avec :

un certificat médical sur modèle de l'Assureur, à compléter par le médecin traitant, indiquant la cause de l'arrêt de travail et sa durée,
copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé précisant les périodes d'arrêts de travail intervenues pendant les deux années ayant précédé la souscription du Crédit/Location,
copie du certificat d'arrêt de travail établi par le Médecin traitant, pour les salariés du secteur public, un certificat de l'employeur attestant l'arrêt de travail ainsi que la période,
toutes autres pièces justificatives de l'état d'incapacité de travail, s'il s'agit d'un accident, tout document précisant les circonstances de survenance de celui-ci (procès-verbal de gendarmerie, rapport de police, coupure de presse).

Pièces à fournir en cas de maintien en arrêt de travail :

Les avis et prolongations d'arrêt de travail établis par le médecin traitant.
Par la suite, devront être adressés les certificats de prolongation d'arrêt de travail, les décomptes d'indemnisation journalières dès expiration des précédents ainsi que des attestations d'employeur(s) pour les salariés fonctionnaires et assimilés.

ARTICLE 13 : PRESCRIPTION

Le délai de prescription est un délai au-delà duquel il n'est plus possible, tant pour l'Assuré que pour l'Assureur, d'introduire une action en justice trouvant sa cause dans la conclusion ou dans l'exécution de l'adhésion au présent contrat. Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action concernant le contrat et émanant de l'Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action. Cette prescription est portée à cinq ans pour les résidents d'Alsace et de Moselle.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1°) en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, le délai est porté à dix ans.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 10 ans à compter du décès de l'Assuré.

Par ailleurs,

- conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances: la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et 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 avis 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. Pour ce dernier cas, l'Assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.
- conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : 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.
- conformément à l'article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- conformément à l'article 2241 du Code civil : 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.

- conformément à l'article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- conformément à l'article 2243 du Code civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- conformément à l'article 2244 du Code civil : 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.
- conformément à l'article 2245 du Code civil : 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.
- conformément à l'article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la Caution.

ARTICLE 14 : CONTROLE MEDICAL ET TIERCE EXPERTISE

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit :

- de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier,
- de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés, sauf pour la PTIA,
- de faire contrôler, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

Dès lors, la prise en charge des échéances sera suspendue jusqu'à obtention du rapport d'expertise médicale.

Les documents pourront être adressés, sous pli confidentiel, au Médecin Conseil de l'Assureur.

Si l'expertise médicale n'a pu être effectuée du fait intentionnel de l'Assuré, cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions de l'expertise médicale.

Dans le cas d'un sinistre, si l'Assuré conteste par écrit la décision de l'expert commis par l'Assureur, il pourra faire effectuer une contre-expertise, à ses propres frais, par le médecin de son choix et en communiquer les conclusions au Médecin Conseil de l'Assureur sous pli confidentiel.

Si un désaccord subsiste, une tierce expertise à frais communs devra intervenir. Les 2 experts doivent désigner d'un commun accord, un 3ème médecin expert pour les départager, et à défaut d'entente, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal judiciaire du domicile de l'Assuré. Chaque partie règle les honoraires de son médecin, ceux du 3ème médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination sont supportés moitié par l'Assureur d'une part, et moitié par l'Assuré d'autre part.

ARTICLE 15 : COTISATION D'ASSURANCE

La cotisation est à la charge de l'Assuré et est incluse dans les échéances du Crédit/Location.

En cas de cessation de la garantie PTIA, la cotisation n'est pas réduite. En revanche en cas de cessation de la garantie optionnelle ITT, la cotisation est diminuée de la cotisation de l'ITT.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, le Prêteur/Bailleur adresse à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du ou des contrat(s) et la cessation des garanties, conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances.

ARTICLE 16 : RÉSILIATION

En cas de résiliation du contrat collectif d'assurance, soit par l'Assureur soit par le Prêteur/Bailleur, les garanties accordées seront maintenues aux Assurés jusqu'au terme du Crédit/Location assuré.

Résiliation à l'initiative de l'Assuré

L'Assuré peut au moins deux (2) mois avant la date anniversaire du contrat demander à résilier son adhésion en faisant la demande par l'un des modes de résiliation prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- soit par acte extra-judiciaire ;
- soit, lorsque le contrat est conclu par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A des fins de preuve, il est recommandé de résilier par le biais du recommandé. A ce titre, la résiliation par lettre recommandée électronique se fait via l'adresse suivante : yacht.cs@cgifinance.fr ou par lettre recommandée postale à : CGL, Service Client Bateau, 69 avenue de Flandre, 59700 Marcq-en-Barœul Cedex.

Le destinataire confirmera par écrit la réception de la notification de résiliation.

La résiliation prendra effet à la date de l'échéance suivant la réception du courrier de résiliation.

ARTICLE 17 : LOI APPLICABLE-LANGUE UTILISEE-RECLAMATION-TRIBUNAUX COMPETENTS

Le contrat et son interprétation sont régis par la loi française. Le lieu de conclusion du contrat est réputé être le lieu du siège social de l'Assureur.

L'Assureur utilisera la langue française durant toute la relation précontractuelle et contractuelle.

Toute réclamation est à adresser à WTW à l'adresse suivante : Service emprunteur Bâtiment SPACE X - Les Près Business Pole 40 Rue Denis Papin 59650 Villeneuve d'Ascq; Tél : 03 20 42 42 07 (numéro non surtaxé).

WTW s'engage à répondre à sa demande sous dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi. Dans le cas contraire, WTW accusera réception dans ces dix (10) jours ouvrables et une réponse définitive sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la demande.

Si le désaccord persistait ou à l'issue d'un délai de deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation écrite adressée à WTW, l'Assuré peut demander l'avis du Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 ou via le formulaire disponible à l'adresse suivante <https://formulaire.mediation-assurance.org/>. La « charte du Médiateur de l'assurance » est disponible sur le site <https://www.mediation-assurance.org/>.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents.

Par ailleurs, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) exerce une mission de protection de la clientèle des secteurs de l'assurance. L'Assuré peut, sans préjudice des actions de justice qu'il a la possibilité d'exercer et des réclamations qu'il peut formuler à l'Assureur, s'adresser à l'ACPR dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
Direction du contrôle des pratiques commerciales
4 Place de Budapest
CS92459
75436 PARIS Cedex 09

ARTICLE 18 : FONDS DE GARANTIE

Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - art. L.

423-1 du Code des assurances) ainsi qu'un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).

ARTICLE 19 : PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

La société SOGECAP (pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et Incapacité Temporaire Totale de de Travail) est responsable des traitements de données réalisés à l'occasion de la souscription, la passation et l'exécution du présent contrat.

Le groupe SOGECAP a nommé un délégué à la protection des données personnelles joignable aux coordonnées suivantes : dpo.assurances@socgen.com - Groupe SOGECAP - Délégué à la Protection des données Groupe SOGECAP - 17 Bis Place des Reflets 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX.

Vous retrouverez tous les détails sur les traitements de données effectués par l'Assureur à l'Annexe – Protection des données personnelles.

Vous pouvez exercer les droits détaillés dans l'Annexe – Protection des données par lettre simple à l'adresse suivante : Groupe Sogecap – Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 Bis place des Reflets - 92919 Paris la Défense Cedex ou depuis le formulaire en ligne accessible à l'adresse

<https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/donneespersonnelles>.

Afin de permettre un traitement efficace de votre demande, nous vous remercions d'indiquer clairement le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification (numéro d'assuré/d'adhérent, numéro de contrat).

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour mieux connaître les traitements mis en œuvre par le Groupe Sogecap, retrouvez sa politique de protection des données accessible à l'adresse suivante :

<https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/donneespersonnelles>

Dispositions spécifiques aux enregistrements téléphoniques

Votre assureur procédera à l'enregistrement des conversations et de vos échanges avec le ou les collaborateurs assurant la gestion des contrats, des sinistres et des réclamations quel que soit le support (emails, fax, entretiens téléphoniques, etc) aux fins de preuve du contenu de ces échanges ainsi qu'aux fins d'amélioration de la qualité de service.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés au maximum 2 ans à partir de leur réalisation dans des conditions propres à en assurer la sécurité et la confidentialité.

Il est expressément convenu que les enregistrements des échanges téléphoniques et les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un quelconque support font foi entre les parties sauf pour chacune d'elles à apporter la preuve contraire.

Si vous souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande par courrier adressé à Sogecap – Monsieur le Directeur de la Relation Clients - 42 boulevard Alexandre Martin 45 057 Orléans Cedex.

CGL, Compagnie Générale de Location d'Equipements – Société Anonyme au capital de 58 606 156 euros –69, avenue de Flandre 59700 Marcq-en-Barœul –SIREN 303 236 186 RCS Lille Métropole

SOGECAP, Société Anonyme d'Assurance sur la Vie de Capitalisation au capital de 1 263 556 110 euros – Entreprise régie par le Code des assurances - 086 380 730 RCS Nanterre

Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets 92919 Paris La Défense 2

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DES CONTRATS D'ASSURANCE EMPRUNTEUR SOUSCRITS PAR CGL AUPRES DU GROUPE SOGECAP

À compléter uniquement si vous avez répondu positivement à au moins une des questions du Questionnaire de Santé Simplifié joint dans la demande d'adhésion « LES ASSURANCES DES PERSONNES » ou si le questionnaire de santé est demandé sur la Demande d'Adhésion. Merci de répondre lisiblement et avec la plus grande exactitude à toutes les questions posées.

ATTENTION :

- Vos réponses vous engagent. Vous pouvez vous faire assister par votre conseiller pour remplir ce questionnaire de santé.
- TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ÉTUDIÉ ET SERA RETOURNÉ.

Adresser directement ce questionnaire, accompagné impérativement de la demande d'adhésion complétée et signée par le candidat à l'assurance sous pli confidentiel à : Monsieur le Médecin Conseil de SOGECAP – C/O WTW – Service Assurance Emprunteur – Bâtiment SPACE X – Les Près Business Pole 40 Rue Denis Papin 59650 Villeneuve d'Ascq. L'étude de votre dossier pourra être réalisée par le délégataire de gestion de SOGECAP ou par l'Assureur, selon les réponses faites ci-dessous.

Nom : XXX

Prénom : YYY

Date de naissance : 01/01/1900

Profession : _____

Indiquez votre taille (hauteur) : cm votre poids : kg

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE CANDIDAT A L'ASSURANCE

LE « DROIT À L'OUBLI » DE CERTAINES PATHOLOGIES (INCLUANT NOTAMMENT LES PATHOLOGIES CANCÉREUSES ET L'HÉPATITE VIRALE C) EST APPLICABLE AUX QUESTIONS MARQUÉES D'UN ASTÉRISQUE *. REPORTEZ-VOUS AU DOCUMENT D'INFORMATION AERAS POUR PRENDRE CONNAISSANCE DE LA LISTE COMPLÈTE DES PATHOLOGIES AINSI QUE DES CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ.

Répondre par OUI ou NON en cochant la case correspondante		OUI	NON	Commentaires OBLIGATOIRES en cas de réponse positive
1	Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	☐	☐	Si oui, pourquoi ? Depuis quand ?
2	Êtes-vous ou avez-vous été atteint(e) au cours des 10 dernières années : - d'une tumeur, d'une affection hématologique, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, d'une leucémie ? * - d'une hépatite ? * - d'une maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, d'excès de cholestérol ? - d'une affection neuropsychique ou neurologique, de dépression nerveuse, d'épilepsie ? - d'une affection respiratoire ? - de diabète ou affection de la thyroïde ? - d'une affection rénale ? - d'une affection digestive, d'une recto-colite hémorragique, d'une maladie de Crohn, d'une pancréatite ? - d'une affection des os ou des articulations, - d'une affection disco-vertébrale, lombo-sciatique ou rhumatismale ? - d'une maladie auto-immune ? - de séquelles suite à un accident ou à une maladie ? - d'une autre affection, non citée ci-dessus, hormis affections saisonnières ? Par affections saisonnières, on entend allergie saisonnière, rhume, rhinite, grippe, angine ou toute autre maladie dont le traitement ne dépasse pas 15 jours. <i>*Question éligible au « droit à l'oubli » AERAS</i>	☐	☐	Si oui, la ou lesquelles ? A quelle(s) date(s) Durée, traitement(s) suivi(s) :
3	Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail total ou partiel (y compris temps partiel thérapeutique) de plus de 21 jours consécutifs, sur prescription médicale pour raison de santé, à l'exception du congé légal de maternité ? * <i>*Question éligible au « droit à l'oubli » AERAS</i>	☐	☐	Si oui, pour quelle(s) affection(s) ? Nature des traitements / soins ? A quelle(s) date(s) ?
4	Prenez-vous un traitement médical régulier, êtes-vous sous surveillance médicale ou recevez-vous des soins médicaux (hors contraception, affections saisonnières et congé légal de maternité) ? * Par traitement médical, on entend médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage. <i>*Question éligible au « droit à l'oubli » AERAS</i>	☐	☐	Si oui, pour quelle(s) affection(s) ? Lequel ? Depuis quand ?
5	Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une ou plusieurs hospitalisation(s) ou intervention(s) chirurgicale(s), autres que : ablation de l'appendicite ou des amygdales, végétations, hernie inguinale, hémorroïdes, dents de sagesse, vésicule biliaire pour lithiases ou calculs, déviation de la cloison nasale, varices des membres inférieurs, accouchement sans complication ou par césarienne ? * Devez-vous subir dans les douze mois à venir une ou des hospitalisation(s) ou intervention(s) chirurgicale(s) ? * <i>*Question éligible au « droit à l'oubli » AERAS</i>	☐	☐	Si oui, de quelle(s) nature(s) ? Préciser la localisation exacte (ex : pied gauche) : A quelle(s) date(s) ? Suite et séquelles

Répondre par OUI ou NON en cochant la case correspondante		OUI	NON	Commentaires OBLIGATOIRES en cas de réponse positive
6	Avez-vous effectué un test de dépistage, portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ? *	☐	☐	Date(s) du(des) test(s) positif(s) : Pour quelle(s) sérologie(s) ? ☐ Hépatite B ☐ Hépatite C ☐ VIH
*Question éligible au « droit à l'oubli » AERAS				
7	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	☐	☐	Si oui, de quelle nature ? Depuis quand ? Pour quel motif ? Catégorie et taux :
8	Etes-vous titulaire d'une allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	☐	☐	
8	Etes-vous pris(e) en charge à 100% par la sécurité sociale ou un organisme assimilé pour raison médicale ? *	☐	☐	Depuis quelle date ? Pour quel motif ?
*Question éligible au « droit à l'oubli » AERAS				
9	Avez-vous fait une demande d'adhésion auprès d'un assureur y compris SOGECAP dont la décision a été un refus, un ajournement, une acceptation avec surprime ou exclusion(s) ?	☐	☐	Nature du contrat ? A quelle date ? Pour quel motif ? A quelle date ? Pour quel motif ? A quelle date ? Pour quel motif ?

Le Médecin Conseil de l'Assureur se réserve le droit de vous demander des justificatifs complémentaires. Si le financement intervient plus de six (6) mois après la date de signature de ce document, les formalités d'admission sont à renouveler.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES – NÉCESSITÉ DE CONSENTIR AU TRAITEMENT DE MES DONNÉES DE SANTÉ

Afin d'étudier ma demande d'adhésion, l'Assureur a besoin de collecter des données relatives à mon projet et ma santé, pour les finalités décrites ci-dessous. L'Assureur ne peut le faire qu'avec mon consentement expressément exprimé en cochant les cases suivantes :

- ☐ J'autorise expressément l'Assureur à traiter mes données pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance : mes données seront collectées et traitées afin de vérifier que je remplis les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer mon tarif, de lutter contre la fraude et, le cas échéant, d'étudier ma demande de mise en jeu des garanties souscrites. Pour cela, mes données sont susceptibles d'être transmises au Médecin Conseil, à son service médical ou à des personnes mandatées par l'assureur et habilitées à traiter des données couvertes par le secret médical (notamment ses délégués ou experts médicaux). Elles seront toujours traitées dans le strict respect des règles de confidentialité médicale. Sans mon consentement, l'Assureur ne pourra pas collecter mes données de santé et ma demande d'adhésion ne pourra pas être étudiée.

DÉCLARATIONS

- Je déclare :
- Avoir répondu à toutes les questions du présent questionnaire de santé de façon sincère et complète,
 - Avoir été averti(e) que toute déclaration inexacte ou incomplète qui pourrait induire en erreur l'Assureur dans l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité de mon adhésion ou la réduction des indemnisations conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances,
 - M'engager à signaler par courrier toute modification de mon état de santé qui surviendrait entre la date de signature du présent questionnaire et la date de prise d'effet des garanties,
 - Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de l'Assureur,
 - Avoir pris connaissances des conditions relatives au droit à l'oubli figurant dans le document d'information AERAS.

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Fait à Signature du candidat à l'assurance :

Le/...../.....



ENVELOPPE MÉDECIN CONSEIL

Pour respecter toute confidentialité médicale, votre questionnaire de santé simplifié et le cas échéant votre questionnaire de santé rempli et signé doit être adressé sous enveloppe avec la mention "confidentiel - secret médical" à Monsieur le Médecin Conseil– C/O WTW – Service Assurance Emprunteur – Bâtiment SPACE X – Les Près Business Pole 40 Rue Denis Papin– 59650 Villeneuve d'Ascq.

Il est indispensable d'imprimer l'exemplaire assureur de votre demande d'adhésion et du Questionnaire de Santé Simplifié et de les joindre à votre questionnaire de santé pour faciliter le traitement de votre dossier.

Pour renvoyer votre questionnaire de santé simplifié et le cas échéant votre questionnaire de santé, nous vous proposons :

- de recopier la mention : **"CONFIDENTIEL - SECRET MEDICAL"** et l'adresse suivante : **"Monsieur le Médecin Conseil– C/O WTW – Service Assurance Emprunteur–Bâtiment SPACE X - Les Près Business Pole 40 Rue Denis Papin 59650 Villeneuve d'Ascq - sur l'enveloppe de votre choix ;**
- ou d'imprimer l'étiquette ci-dessous à coller sur l'enveloppe de votre choix

CONFIDENTIEL

A l'attention de Monsieur le Médecin Conseil
C/O WTW - Service Assurance Emprunteur
Bâtiment SPACE X - Les Près Business Pole
40 Rue Denis Papin 59650 Villeneuve d'Ascq

- ou d'imprimer le modèle d'enveloppe en page suivante à plier, scotcher et affranchir avec les explications ci-dessous :

Comment procéder au pliage de mon enveloppe ?

1. Plier les bords de la feuille dans le sens de la longueur en suivant les traits pointillés.
Attention : les rabats doivent se trouver au dos de l'adresse après le pliage.
2. Plier la feuille en deux moitiés en suivant les traits pointillés.
3. Plier le haut de la feuille en suivant les traits pointillés.
Attention : le rabat doit se trouver au dos de l'adresse après le pliage.
4. Insérer votre questionnaire de santé simplifié et le cas échéant votre questionnaire de santé dans l'enveloppe.
5. Scotcher et poster.
N'oubliez pas d'affranchir votre enveloppe.



3

EXPÉDITEUR :

Affranchir
au tarif
en vigueur

CONFIDENTIEL**WTW**

A l'attention de Monsieur le Médecin Conseil
C/O WTW - Service Assurance Emprunteur Bâtiment
SPACE X - Les Près Business Pole
40 Rue Denis Papin 59650 Villeneuve d'Ascq.

2

