



## **Informations générales - Assurances de prêt immobilier avec prêteur bénéficiaire.**

**Sources** : articles L.313-8 et suivants du Code la consommation.

L'assurance emprunteur est une assurance qui garantit la prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement ou du capital restant dû d'un crédit en cas de survenance de certains événements, le plus souvent le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie, l'invalidité permanente, l'incapacité temporaire de travail et la perte d'emploi.

Pour bénéficier d'une telle assurance, il vous sera généralement demandé de remplir un questionnaire de santé ou une déclaration d'état de santé. Au vu des réponses apportées, l'organisme d'assurance peut refuser de vous assurer en tout ou partie ou augmenter sa tarification.

Aucune disposition légale n'impose à un emprunteur d'être assuré. L'assurance emprunteur n'est donc pas une assurance obligatoire. Toutefois, un établissement prêteur (banque, ...) peut considérer qu'une telle assurance est indispensable pour bénéficier d'un crédit et donc en faire une condition d'octroi de celui-ci.

En pratique, une personne sollicitant un crédit à la consommation ne sera que rarement contrainte de s'assurer.

À l'inverse, celle sollicitant un crédit immobilier se verra quasi-systématiquement imposer l'obligation de s'assurer contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie en cas d'investissement locatif mais également d'Invalidité et d'Incapacité de travail, voire de Perte d'emploi, en cas d'acquisition d'une résidence principale.

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.

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.

Depuis septembre 2022, la loi LEMOINE permet à chaque emprunteur de changer d'assurance de prêt immobilier à tout moment et de ne pas attendre la date anniversaire du contrat.

### 1) Les modalités d'adhésion.

- **Assurés** : emprunteur, co-emprunteur, caution, associé de personne morale.

- **Ages** : âge de souscription, âge limite et âge de cessation de garantie.

- **Prêts éligibles** : certaines garanties ne peuvent être souscrites que pour certains prêts.

- **Quotité 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.

Le Questionnaire de santé n'est plus exigé pour les emprunts inférieurs à 200 000 € par assuré et dont l'échéance de remboursement intervient avant les 60 ans de l'emprunteur.

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 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur simplifie les conditions d'emprunt en vue d'une acquisition immobilière pour les anciens malades du cancer et de l'hépatite C : 5 ans après la fin de leur protocole thérapeutique (phase des traitements actifs), et en l'absence de rechute, ils n'auront plus à déclarer cet antécédent de maladie à leur assureur. Auparavant ce droit à l'oubli était de 10 ans, sauf pour les cancers découverts avant 21 ans, pour lesquels il était déjà de 5 ans.

PLACE 1900 – TCHS CONSEILS - SARL au capital de 40 000 € - Courtier en opérations de banque et en services de paiement et Courtier en assurance - Siège social : 5, rue George CHEPFER 54510 ART SUR MEURTHE – RCS NANCY : N° 811758937 - APE : 6619B - N° ORIAS : 15003648 - RC Professionnelle n°086850518-217, auprès de ALLIANZ IARD, 1 cour Michelet, CS 30051 – 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX - « 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 » : article L.321-2 du code de la consommation. « Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager » : article L.312-5 du code de la consommation.



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.

## **2) 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.

### **Un contrat d'assurance emprunteur peut contenir des garanties contre les risques de :**

- Décès
- Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA, anciennement dénommée Invalidité absolue et définitive - IAD)
- Invalidité permanente (totale ou partielle)
- Incapacité temporaire de travail (totale ou partielle)
- Perte d'emploi

**La garantie décès** est toujours présente dans un contrat d'assurance emprunteur mais elle fait l'objet d'un âge limite de garantie. Le risque de décès n'est donc pas nécessairement couvert jusqu'au terme d'un prêt.

En cas de décès (quel qu'en soit la cause) et sous réserve des exclusions de garantie prévues par le contrat, l'assureur versera le capital restant dû au jour du décès au prêteur.

À noter : la loi impose que les contrats d'assurance emprunteur couvrent le décès par suicide à partir de la deuxième année d'assurance et dès la première année, pour les prêts inférieurs à 120 000 euros contractés pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré.

**Anciennement dénommée Invalidité Absolue et Définitive (IAD), la garantie PTIA** répond à trois conditions cumulatives pour être mise en jeu :

- l'assuré doit se trouver dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une quelconque activité rémunérée pouvant lui procurer gains ou profit ;
- il doit être dans l'obligation absolue et présumée définitive d'avoir recours à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour effectuer 3 ou 4 des actes ordinaires de la vie courante (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer);
- il faut également que la PTIA intervienne avant l'âge limite prévu au contrat (en général 60 ou 65 ans ou bien l'âge de départ en retraite).

Attention : l'assureur exigera le plus souvent que l'assuré bénéficie d'une pension d'invalidité de 3ème catégorie d'un régime obligatoire d'assurance maladie (Sécurité sociale, RSI, etc.) sans toutefois que celle-ci soit suffisante pour faire jouer la garantie de la PTIA.

PLACE 1900 – TCHS CONSEILS - SARL au capital de 40 000 € - Courtier en opérations de banque et en services de paiement et Courtier en assurance - Siège social : 5, rue George CHEPFER 54510 ART SUR MEURTHE – RCS NANCY : N° 811758937 - APE : 6619B - N° ORIAS : 15003648 - RC Professionnelle n°086850518-217, auprès de ALLIANZ IARD, 1 cour Michelet, CS 30051 – 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX - « 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 » : article L.321-2 du code de la consommation. « Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager » : article L.312-5 du code de la consommation.



Pour connaître l'étendue et les modalités de mise en jeu de la garantie, lisez attentivement votre contrat d'assurance.

L'invalidité prévue par les contrats d'assurance emprunteur correspond à une inaptitude au travail totale ou partielle et permanente.

On parle **d'Invalidité Permanente Totale (IPT)** si, du fait d'un accident ou d'une maladie et après consolidation de votre état de santé, vous êtes reconnu, selon ce qui est prévu par votre contrat :

- soit totalement inapte à l'exercice de toute activité pouvant vous procurer gains et profits ;
- soit totalement inapte à l'exercice de l'activité que vous exercez au jour du sinistre.

Le plus souvent la mise en jeu de la garantie IPT n'est possible que si l'assuré présente un taux d'incapacité au moins égal à 66 %. Ce taux est apprécié selon un barème médical mentionné dans le contrat d'assurance.

On parle d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) si, du fait d'un accident ou d'une maladie et après consolidation de votre état de santé, vous êtes reconnu, selon ce qui est prévu par votre contrat :

- soit partiellement inapte à l'exercice de toute activité pouvant vous procurer gains et profits ;
- soit partiellement inapte à l'exercice de l'activité que vous exercez au jour du sinistre.

Le plus souvent la mise en jeu de la garantie IPP n'est possible que si l'assuré présente un taux d'incapacité au moins égal à 33 % et inférieur à 66 %. Ce taux est apprécié selon un barème médical mentionné dans le contrat d'assurance.

Attention : La garantie IPP ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie IPT et n'est pas proposée par tous les contrats.

À noter : Le taux d'invalidité est souvent déterminé par croisement d'un taux d'incapacité fonctionnelle et d'un taux d'incapacité professionnelle.

En cas de désaccord sur l'évaluation du taux d'incapacité entre l'assureur et l'assuré, ce dernier devra se reporter au contrat pour connaître la procédure à suivre. Il peut toujours demander une expertise judiciaire.

La garantie « Incapacité Temporaire de Travail (ITT) » pourra être mise en jeu si, du fait d'une maladie ou d'un accident, vous êtes en arrêt de travail et que l'assureur considère que vous êtes inapte, selon ce qui est prévu par le contrat :

- soit à exercer temporairement toute activité professionnelle ;
- soit à exercer temporairement l'activité professionnelle que vous exercez avant votre arrêt de travail.

À noter : L'interruption d'activité doit être totale. En cas de reprise même partielle de votre activité, la prise en charge cesse, sauf clause expresse de votre contrat indiquant une prise en charge en cas de reprise de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique.



Le plus souvent, **la garantie « Perte d'emploi »** ne peut être mise en jeu que si vous avez été licencié et que la cessation de l'activité salariée que vous exercez à titre principal vous ouvre droit au versement de prestations au titre de l'Assurance chômage.

Les conditions permettant de bénéficier d'une indemnisation sont toujours très nombreuses mais peuvent être très diverses d'un contrat à l'autre. Vous devez donc lire attentivement les documents contractuels pour connaître précisément l'étendue de la garantie « Perte d'emploi » proposée.

Attention : Il existe habituellement :

- un délai d'attente (de carence) qui fait que la garantie ne prendra effet que plusieurs mois après la date de conclusion du contrat d'assurance ;
- un délai de franchise qui fait que l'indemnisation ne débutera que plusieurs mois après la perte d'emploi ;
- une durée maximum d'indemnisation qui fait que le versement des prestations est toujours limité dans le temps.

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).

### **3) 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) **Indemnitare** : échéances prises en charge selon l'éventuelle perte de revenus (exemple : si l'assuré bénéficie du maintien partiel de son salaire, la prise en charge sera limitée au manque à gagner).

### **4) La mise en œuvre des garanties et conditions de recevabilité.**

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.

PLACE 1900 – TCHS CONSEILS - SARL au capital de 40 000 € - Courtier en opérations de banque et en services de paiement et Courtier en assurance - Siège social : 5, rue George CHEPFER 54510 ART SUR MEURTHE – RCS NANCY : N° 811758937 - APE : 6619B - N° ORIAS : 15003648 - RC Professionnelle n°086850518-217, auprès de ALLIANZ IARD, 1 cour Michelet, CS 30051 – 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX - « 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 » : article L.321-2 du code de la consommation. « Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager » : article L.312-5 du code de la consommation.



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.

## 5) 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 (exemple : 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 (exemple : ITT franchise 90 jours, l'assureur prendra en charge les prestations à partir du 91<sup>ème</sup> 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.).

## 6) 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 L112-4 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 antécédents 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.

Exemple : 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.

## **7) 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 euros (voir la fiche standardisée d'information 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.

A 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.

## **8) 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 où 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 ignoré jusque-là.

#### **9) Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé).**

Site : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

La convention S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé Aeras est un dispositif conventionnel appliqué automatiquement par l'ensemble des banques et des assureurs qui proposent une assurance emprunteur. Elle permet à une personne présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé d'obtenir à des conditions spécifiques un prêt immobilier qu'elle ne pourrait pas obtenir dans les conditions standards d'assurance.

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

A défaut d'accord de l'assureur, l'emprunteur peut proposer au prêteur des garanties alternatives.

A défaut d'accord de l'assureur et du prêteur la commission de médiation peut être saisie.



10) Glossaires Site : [www.ccsfin.fr](http://www.ccsfin.fr)

## LES CONDITIONS GENERALES DES ASSURANCES PREVOYANCE DECES ET GARANTIES COMPLEMENTAIRES :

### 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 :

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).