

Assurance Emprunteur

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies : CNP Assurances – société anonyme régie par le code des assurances et immatriculée en France - SIREN n°341 737 062 et BPCE Vie – société anonyme régie par le code des assurances et immatriculée en France - SIREN n°349 004 341
Produit : Assurance Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Permanente Totale, Incapacité Temporaire Totale, Incapacité Permanente Partielle et Invalidité AÉRAS N° A340G

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Assurance souscrite à l'occasion de la mise en place d'un prêt immobilier, de prêt ou de crédit à la consommation et de crédits travaux, qui garantit la prise en charge de tout ou partie du prêt en cas de survenance de certains événements (en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), d'incapacité temporaire totale (ITT), Incapacité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (garantie optionnelle IPP) et d'invalidité AERAS (IA) de l'emprunteur).



Qu'est-ce qui est assuré ?

L'assureur prend en charge les sommes dues au prêteur (échéances ou capital restant dû selon les garanties), hors les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard). Plafond de garantie de 1 500 000 euros par personne assurée, quel que soit le nombre de prêts couverts, en prenant en compte la quotité assurée.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Au regard de la nature du prêt, l'assuré pourra bénéficier des garanties suivantes.

✓ **Garantie provisoire Décès / PTIA consécutifs à un « Accident »** : les risques de Décès et de PTIA consécutifs à un Accident sont garantis dès la signature de la demande d'adhésion jusqu'à la date de prise d'effet des autres garanties.

✓ **Décès** : garantie par laquelle l'assureur s'engage, en cas de décès de l'assuré consécutif à une maladie ou un accident, à verser la prestation prévue à l'établissement prêteur.

✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : invalidité, consécutive à un accident ou une maladie, médicalement constaté qui place l'assuré dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée pouvant lui procurer gain ou profit et dans l'obligation de recourir à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller, se laver, manger, se déplacer).

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure

GARANTIES PROPOSEES SOUS CONDITION

Au regard de la nature du prêt, de la décision de l'assureur et de son ou ses choix portés sur le bulletin d'adhésion, l'assuré peut bénéficier de l'une des garanties suivantes :

Incapacité AERAS : conformément à la convention AERAS si la garantie ITT est refusée pour raisons médicales, ou si elle est accordée avec exclusion de certaines pathologies, l'assureur doit étudier la couverture par la garantie Invalidité AERAS qui sera alors indiquée dans les conditions particulières.

Incapacité Temporaire Totale (ITT) : état médicalement constaté qui place l'assuré par suite d'un accident ou d'une maladie :

- Pour l'assuré exerçant une activité professionnelle ou en recherche d'emploi au moment du sinistre : dans l'impossibilité absolue d'exercer son activité professionnelle, même partiellement.

- Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre : dans l'impossibilité absolue d'exercer ses activités privées non professionnelles, même partiellement.

Incapacité Permanente Totale (IPT) : A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, et au plus tard 3 ans après le début de son ITT, le Médecin conseil de l'Assureur fixe le taux global d'incapacité de l'assuré. Ce taux doit être supérieur ou égal à 66%.

Incapacité Permanente Partielle (IPP) : L'assuré est en état d'invalidité permanente partielle si le taux d'incapacité déterminé par le Médecin conseil de l'assureur est inférieur à 66% ou devient inférieur à 66% et est au moins égal à 33%.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres intervenus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre déjà survenu et connu de l'assuré au moment de l'adhésion ne pourra être pris en charge
- ✗ Les sommes dues au prêteur en dehors de l'exécution normale du prêt (les retards de paiement d'échéances, les intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais)
- ✗ Les sinistres intervenus postérieurement aux limites d'âge prévues pour chaque garantie



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Ne sont notamment pas couverts les sinistres dont l'origine directe ou indirecte est due aux événements suivants :

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- ! les sinistres résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré visés à l'article L.113-1 du code des assurances,
- ! les conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires, les policiers, les pompiers y compris volontaires et les démineurs dans l'exercice de leur profession ou de leur fonction ne sont pas visés par cette exclusion,
- ! les conséquences de faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires, les policiers, les pompiers y compris volontaires et les démineurs dans l'exercice de leur profession ou de leur fonction, ne sont pas visés par cette exclusion,
- ! les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.
- ! En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, est exclue toute prise en charge de toute conséquence d'un sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion du candidat à l'assurance. Un sinistre en cours s'entend :
 - pour une personne qui exerce une activité professionnelle, de tout arrêt de travail, qu'il soit indemnisé ou non, ou du bénéfice d'une rente d'invalidité, que cet arrêt ou cette invalidité soit consécutif(ve) à une maladie ou à un accident, dès lors qu'ils sont en cours au moment de l'adhésion,
 - pour une personne qui exerce des activités non professionnelles, de toute impossibilité d'exercer ses activités habituelles ou du bénéfice d'une rente d'invalidité, dès lors qu'ils sont en cours au moment de l'adhésion.

Suite page 2



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ? (suite)

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Restrictions spécifiques aux garanties PTIA, IPT, ITT, IA et IPP

! La caution doit avoir été actionnée depuis au moins 6 mois avant le sinistre.

Restrictions spécifiques aux garanties ITT, IPT et IPP

! La prestation est limitée à la perte de revenus (salariés, fonctionnaires et assimilés, en recherche d'emploi à la date du sinistre).

Restrictions spécifiques à la garantie ITT

! Pas de prise en charge durant le délai de franchise 30 ou 90 jours.

Restrictions spécifiques à la garantie IPP

! L'assuré doit exercer une activité professionnelle rémunérée ou être en recherche d'emploi au jour du sinistre.



Où suis-je couvert ?

Pour tous les voyages et séjours dans des lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM-COM, les pays limitrophes de la France métropolitaine:

- le risque de décès est couvert sous réserve que les pièces demandées à l'article « GARANTIE DECES » soient fournies par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,
- les risques de PTIA, Invalidité AERAS, ITT et IPT sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par l'Assureur dans les conditions prévues dans la notice d'information.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'Assuré doit :

A la souscription du contrat

- Remplir dater et signer de manière sincère et exacte tous les documents d'adhésion administratifs et/ou médicaux
- Régler la première prime d'assurance

En cours de contrat

- Régler la prime prévue au contrat
- Informer l'assureur en cas de modification du ou des prêts assurés

En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre dans les délais impartis
- Fournir les pièces justificatives médicales et/ou administratives
- Se présenter aux contrôles médicaux initiés par l'assureur



Quand et comment effectuer les paiements ?

La prime est exigible dès la prise d'effet des garanties et prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt sur un compte désigné par l'Assuré. Pour les prêts avec différé en capital et/ou en intérêts, la prime d'assurance est aussi due dès la date de conclusion de l'adhésion.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est conclue sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance et que l'Assuré ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion :

→ à la date de signature dudit bulletin :

- si les formalités d'adhésion ne comportent pas de questionnaire de santé,
- si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé, et en cas d'acceptation « sans réserve »,

→ à la date de l'acceptation écrite par le Candidat à l'assurance de ses conditions particulières d'assurance en cas d'acceptation « avec réserves ».

Les garanties prennent effet (date où les sinistres peuvent être pris en charge) :

- pour les Prêts autres que Crédits Travaux à la plus tardive des deux dates suivantes : soit à la date de conclusion de l'adhésion ou à la date de signature de l'offre ;
- pour les crédits travaux : au jour du premier prélèvement de prime ;
- pour la garantie provisoire Décès / PTIA consécutifs à un « Accident » : au jour de la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion.

Le contrat couvre la durée du prêt et prend fin dans les cas suivants :

- au terme contractuel du prêt ou du crédit garanti,
- en cas de non-paiement des primes,
- en cas de fausse déclaration intentionnelle prononcée par l'assureur,
- pour la caution assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord du prêteur,
- à la date de remboursement total anticipé du prêt,
- à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat du prêt,
- à la date de versement de la prestation Décès ou de PTIA,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur,
- au jour de la réception par l'assureur, par l'intermédiaire du Prêteur de la lettre de renonciation,
- en cas de résiliation/substitution par l'assuré de son adhésion au contrat d'assurance pour les crédits immobiliers,
- en cas de résiliation annuelle par l'assuré de son adhésion au contrat d'assurance pour les crédits autres que les crédits immobiliers.

La garantie Décès cesse au 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

Les garanties PTIA, ITT, IPT, IPP et IA cessent au 67^{ème} anniversaire de l'assuré sans entraîner de modification du montant des primes.

Pour la garantie provisoire Décès/PTIA consécutifs à un Accident : au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement et en tout état de cause, au plus tard trois mois à compter de la signature de la demande d'adhésion.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion au contrat en adressant au Prêteur une demande de résiliation :

- pour les crédits immobiliers : à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.
- pour les crédits autres que les crédits immobiliers : à chaque échéance annuelle de l'adhésion (date anniversaire de signature de l'offre de prêt), au moins deux mois avant la date d'échéance.

CNP Assurances – Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15 - Tél 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Entreprise régie par le code des assurances

BPCE VIE – société anonyme au capital de 161 469 776 euros – 349 004 341 RCS Paris siège - social : 30 avenue Pierre Mendès France 75013 Paris France - Entreprise régie par le code des assurances

Entreprises contractantes :

CNP Assurances, Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15 - Tél : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Entreprise régie par le code des assurances

BPCE Vie, Société anonyme au capital de 161 469 776 euros- 349 004 341 RCS Paris - Siège social : 30 avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris France - Entreprise régie par le code des assurances

BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 180 478 270 euros - Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13 - RCS Paris N° 493 455 042 - Immatriculée sous le numéro ORIAS 08045100

NOTE D'INFORMATION

Relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°A340G pour l'emprunteur assuré pour le Décès seul

1. Nom commercial du contrat :

Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°A340G.

2. Caractéristiques du contrat :

2.1 - Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance de groupe n° A340G comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital des prêts de l'Assuré s'il décède **avant son 80ème anniversaire**.

2.2 - Durée du contrat

Durée du contrat d'assurance de groupe

Le contrat d'assurance de groupe est souscrit pour une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionné dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 14 de la notice d'information.

2.3 Modalités de versement des primes

L'Emprunteur s'engage à payer les primes, calculées en pourcentage du capital initial du prêt ou du capital restant dû (ou, cas particulier : en pourcentage du capital débloqué pour les crédits travaux) et proportionnellement à la quotité d'assurance retenue lors de l'adhésion à l'assurance. Le taux de prime est indiqué dans l'offre de prêt. La prime est exigible dès la prise d'effet de la garantie et peut être prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. En cas de non-paiement des primes, l'Assuré peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. À défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances.

2.4 Délais et modalités de renonciation au contrat

L'Assuré ayant adhéré au contrat pour la garantie décès peut renoncer à son adhésion au contrat dans les **trente jours** calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 10 de la notice d'information.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, à l'adresse du Prêteur selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M. (Mme).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n° A340G que j'ai signée le..... à..... (lieu d'adhésion). Le(date et signature)».

La renonciation est effective à la date de réception par le Prêteur de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique de renonciation, avec avis de réception. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. En cas d'accord exprès de l'Emprunteur pour la prise d'effet immédiate de la garantie, le contrat prend fin à la date de réception de la lettre de renonciation. L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la prime éventuellement versée dans un délai de **30 jours** calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique, avec avis de réception.

2.5 Formalités à remplir en cas de sinistre

Il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- un bulletin de décès ou un acte de décès original,
- une attestation de décès indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis à l'article 16 « Risques exclus ». En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront en fournir la preuve par tout moyen.

Pour les ressortissants de pays étrangers, ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

2.6- Informations sur les primes relatives aux garanties principales et complémentaires

En cas de remboursement anticipé partiel, la nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

En cas de renouvellement des formalités d'adhésion consécutive à une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert, le taux annuel de prime applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement (ce taux peut être inférieur au taux initial) ; et la prime est calculée sur le montant du nouveau capital assuré.

Le remboursement anticipé total ne donne lieu à aucun remboursement de prime.

En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un coemprunteur ou d'une caution, la prime perçue est alors calculée sur le montant du capital restant dû au jour de la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion.

Un report d'échéance est possible dans la limite de 12 échéances maximum sur toute la durée du prêt, sans entraîner de modification du montant de la prime.

2.7 - Indications générales relatives au régime fiscal

Conformément à la législation fiscale française, la prestation étant versée à l'établissement prêteur à titre onéreux, en remboursement d'une dette, elle n'est pas soumise aux droits de mutation en cas de décès.

3. Procédure d'examen des litiges

- **pour toute réclamation relative à la décision d'admission**, l'Assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, s'adresser à : CNP Assurances - Département relations clients emprunteurs - Service Souscriptions - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

- **pour toute réclamation relative à un sinistre**, CNP Assurances - Département relations clients emprunteurs - Service Réclamations - TSA 81566 - 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09 ou sur le site internet : www.mediation-assurance.org.

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

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.



NOTICE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE N° A340G

Contrat d'assurance de groupe n° A340G souscrit auprès de CNP Assurances et BPCE Vie dénommées « l'Assureur »
par BPCE, dénommée « le Souscripteur »
pour le compte du réseau des Banques Populaires et des établissements de crédits affiliés, dénommée « le Prêteur »

Ce contrat relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R.321-1 du code des assurances.
Ce contrat est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur

DEFINITIONS

Pour l'exécution du contrat, les définitions suivantes sont retenues:

Accident : on entend par Accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Assuré : est ainsi dénommé, tout emprunteur dont au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.

Assureur : CNP Assurances et BPCE Vie.

Candidat à l'assurance : est ainsi dénommée, toute personne physique ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au Contrat d'assurance de groupe et dont aucune des garanties n'a pris effet.

Délai de Franchise : période durant laquelle l'Assureur ne verse pas de prestations.

Emprunteur : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès du Prêteur en qualité d'emprunteur, de coemprunteur ou intervenant en qualité de caution.

Garanties :

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

IA : Invalidité AERAS

ITT : Incapacité Temporaire Totale

IPT : Invalidité Permanente Totale

IPP : Invalidité Permanente Partielle

Recherche d'emploi : est considéré en recherche d'emploi l'Assuré percevant des allocations d'assurance chômage versées par Pôle emploi ou tout organisme assimilé conformément aux articles L.5421-1 et suivants du code du travail.

Sans activité professionnelle / Inactif : est ainsi considérée, toute personne qui est sans profession, ainsi que les personnes en retraite ou pré-retraite quelle qu'en soit la cause. Néanmoins une personne en retraite ou pré-retraite qui exerce une activité salariée ne relève pas de cette catégorie.

Souscripteur : BPCE en son nom et pour le compte du réseau des Banques Populaires et des établissements de crédits affiliés.

Prêteur : est ainsi dénommée la Banque Populaire ou l'établissement de crédit qui a consenti le prêt.

Ces définitions figurent avec une majuscule dans le corps de la notice.

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat n° A340G a pour objet de garantir, suivant le type de prêts, les Assurés en tout ou partie contre les risques tels que définis aux articles 18.1, 18.2, 18.3 et 18.4 de la présente notice.

Le contrat groupe n° A340G est coassuré par CNP Assurances pour une quote-part de 50% et BPCE Vie pour une quote-part de 50%.

CNP Assurances est apéritureur du contrat, il représente BPCE Vie pour l'ensemble des opérations effectuées sur ce contrat. Il n'y a pas de solidarité entre les coassureurs.

ARTICLE 2 – INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

2.1 - Le contrat n° A340G est assuré par :

CNP Assurances, Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - RCS Paris 341 737 062, - siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15 - Entreprise régie par le code des assurances, et BPCE Vie, société anonyme au capital de 161 169 776 euros – 349 004 341 RCS Paris – Entreprise régie par le code des assurances, dénommées « l'Assureur ».

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances et

4/16

de BPCE Vie. Le distributeur du contrat d'assurance est le Prêteur dont les coordonnées et le numéro d'immatriculation à l'ORIAS sont indiqués dans l'offre de contrat de crédit.

2.2 - Les modalités de calcul de primes sont indiquées à l'article 23 - PRIMES.

2.3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article 10.2 - DURÉE DE L'ADHÉSION. Les garanties de l'adhésion sont mentionnées aux articles 18.1 - DÉCÈS, 18.2 - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, 18.3 - INVALIDITÉ AERAS, 18.4 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE et INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE. Les exclusions au contrat n°A340G sont mentionnées à l'article 16 - RISQUES EXCLUS.

2.4 - Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 10.1 - DATE DE CONCLUSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION et à l'article 11 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES. L'adhésion au contrat n°A340G s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 8 - FORMALITÉS D'ADHÉSION. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 24 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRIMES. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge du (des) Emprunteur(s). Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) Emprunteur(s) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

2.5 - Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 15 - DROIT A RENONCIATION. En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'Emprunteur doit acquitter un premier versement de prime tel que fixé à l'article 24 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRIMES.

2.6 - Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion.

2.7 - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 25 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION de la notice. 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 - article L.423-1 du code des assurances), et un fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

2.8 - Le Document d'information sur le produit d'assurance prévu à l'article L.112-2 du code des assurances a été remis à l'Assuré en même temps que la présente notice d'information.

ARTICLE 3 – PRETS ASSURABLES

Le contrat couvre les prêts immobiliers ou à la consommation consentis par le Prêteur dont les caractéristiques sont les suivantes :

- les prêts immobiliers
- les prêts accordés solidairement avec un autre établissement,
- les crédits travaux,
- les crédits à la consommation dits « Crédits Objets Divers »,
- les crédits à la consommation,
- les Prêts en francs suisses.

L'assurance de prêts accordés en francs suisses par le Prêteur est possible. Le Prêteur remet à l'Emprunteur le tableau d'amortissement exprimé en francs suisses.

Lors de la conclusion de l'adhésion au contrat d'assurance, le montant du capital assuré est converti en euros par le Prêteur selon le Taux de change à la date d'adhésion pour exprimer le montant du capital assuré en euros afin de vérifier notamment le respect de la limitation des garanties.

Les cotisations d'assurances sont prélevées en francs suisses.

Les prestations seront déterminées au moment du sinistre à partir des montants figurant au tableau d'amortissement en francs suisses après application, le cas échéant, des limitations de prestations applicables aux différentes garanties.
L'Assuré est couvert contre toute variation du capital emprunté induit par l'évolution du cours du franc suisse et de sa contrevaletur en euros.

Sous réserve de la décision de l'Assureur, les garanties sont accordées selon la nature du prêt, la qualité de l'Emprunteur et le choix porté sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

Garanties de base selon la nature du prêt et/ou la qualité de l'Emprunteur		OPTIONS POSSIBLES		
		Franchises de 30 jours	IPP	Prestation Forfaitaire
Prêts ou Crédits amortissables avec ou sans différé				
Prêts Immobiliers, Crédits Travaux, Crédit Objet Divers	Décès-PTIA-ITT/IPT	OUI	OUI	OUI sauf TNS et Inactifs
Crédit à la consommation	Décès-PTIA et ITT/IPT en option	OUI	OUI	OUI
Prêts à la consommation ≤ 21 500 euros	Décès-PTIA	NON	NON	NON
Investisseurs locatifs :	Décès-PTIA et ITT/IPT en option	OUI	OUI	OUI sauf TNS et Inactifs
Prêts à taux 0 %	Décès-PTIA-ITT/IPT	OUI	OUI	OUI sauf TNS et Inactifs
Prêts « In Fine »				
Tout emprunteur	Décès-PTIA	NON	NON	NON
Prêts relais d'une durée inférieure ou égale à 36 mois				
Tout emprunteur	Décès-PTIA	NON	NON	NON
Non-résidents				
Tous types de prêts ou de crédits	Décès	NON	NON	NON

Les choix d'options s'effectuent à la date de signature du bulletin individuel de demande d'adhésion et sont valables pour toute la durée de l'adhésion.

La Prestation Forfaitaire est déjà incluse pour les TNS et les Inactifs.

ARTICLE 4 – BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire de l'assurance, à l'exclusion de la garantie ITT/IPT/IPP, est le Prêteur, désigné sur le bulletin individuel de demande d'adhésion, qui a consenti le prêt. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues par l'Assuré, fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du contrat de prêt transmis par le Prêteur. L'Assuré est bénéficiaire des prestations ITT/IPT/IPP, qui lui sont versées par l'intermédiaire du Prêteur.

ARTICLE 5 – POPULATION ASSURABLE

Peuvent adhérer au contrat :

- les personnes résidant en France au moins 6 mois par an,
- les personnes résidant à Monaco au moins 6 mois par an,
- les personnes non-résidentes en France ou à Monaco sont assurables en Décès: il s'agit des personnes qui ne résident pas en France ou à Monaco, ou qui résident en France ou à Monaco moins de 6 mois par an, et qui sont ressortissantes :
 - de la France (expatriés),
 - de l'un des pays suivants : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Islande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Tchéquie.

Nota : la qualité de résident ou de non résident s'apprécie selon la situation de l'Emprunteur au jour du déblocage des fonds.

Sont assurables dans le cadre du contrat :

- l'emprunteur, ses co-emprunteurs et les cautions de personnes morales qui bénéficient de prêts définis à l'article 3,
- les cautions de personnes physiques,

- si l'emprunteur est une SCI, sont assurables les personnes physiques détentrices de parts,
- si l'emprunteur est une personne morale, est assurable la personne physique qui est le représentant légal de la personne morale ou tout autre personne désignée par cette dernière et qui joue un rôle déterminant dans sa bonne marche et sa stabilité.

La faculté d'adhésion est réservée aux personnes âgées de moins de 65 ans (date anniversaire de naissance), au jour de la signature de la demande d'adhésion.

ARTICLE 6 – MONTANT MAXIMUM GARANTI

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré est fixé à 1 500 000 euros, quel que soit le nombre de prêts consentis par le Prêteur, en prenant en compte la quotité assurée. L'encours, tel que visé au présent article, est égal au capital garanti par l'Assureur sur la tête de l'Assuré au jour de l'adhésion au titre de l'ensemble de ses prêts consentis par le Prêteur.

ARTICLE 7 – REPARTITION DE L'ASSURANCE SUR LA TÊTE DES EMPRUNTEURS

L'assurance repose sur la tête de chaque Assuré selon la quotité indiquée par chacun sur le bulletin individuel de demande d'adhésion, par tranche de 1% à 100%, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

La quotité d'assurance retenue s'applique à l'ensemble des risques couverts. En cas de modification des quotités en cours d'assurance, les Assurés dont les garanties sont augmentées doivent renouveler les formalités d'adhésion définies à l'article 8.

ARTICLE 8 – FORMALITES D'ADHESION

En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre déjà survenu et connu de l'assuré au moment de l'adhésion ne pourra être pris en charge.

L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent, au moment de la demande de prêt, ou en cours de vie du prêt à la demande d'un nouveau coemprunteur ou d'une nouvelle caution ou en cas d'augmentation de quotité.

Pour les prêts immobiliers mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, et lorsque la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit du Candidat à l'assurance n'excède pas 200 000 euros, et que l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré :

Le Candidat à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule la signature du bulletin individuel d'adhésion est exigée.

L'encours cumulé visé ci-dessus englobe tous les prêts immobiliers du candidat à l'assurance déjà souscrits au moment de l'adhésion, y compris la ou les opérations de prêts immobiliers, objet(s) de cette candidature à l'assurance.

Pour les prêts à la consommation d'un montant inférieur ou égal à 21500 € :

Le Candidat à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule la signature du bulletin individuel d'adhésion est exigée, le Candidat à l'assurance étant automatiquement assuré pour les garanties Décès et PTIA.

Dans ces conditions les garanties ITT, IPT et IPP ainsi que les Options, ne peuvent pas être souscrites.

Pour les prêts assurables qui ne sont pas visés par les conditions énoncées ci-dessus, qu'ils soient immobiliers ou à la consommation :

Le Candidat à l'assurance doit compléter et signer un bulletin individuel de demande d'adhésion à l'assurance et un questionnaire de santé.

Le Candidat à l'assurance a la possibilité d'adresser son questionnaire de santé sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur. Cette enveloppe fermée peut être remise au Prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir.

Le Candidat à l'assurance a également la possibilité de choisir de signer son questionnaire de santé par signature électronique, procédure de télédéclaration sécurisée. Le questionnaire de santé est alors transmis directement à l'Assureur à la fin de la procédure.

Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'examen médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais où le Candidat à l'assurance peut se faire assister du médecin de son choix. Le Candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, le Candidat à l'assurance doit remplir un nouveau questionnaire.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion et les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts, et ce, conformément à l'article L113-8 du code des assurances.

ARTICLE 9 – DECISION DE L'ASSUREUR ET DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

Si les formalités d'adhésion ne comportent pas de questionnaire de santé : le Candidat à l'assurance est accepté pour les garanties indiquées sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

Si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé, au terme de l'examen du dossier médical, l'Assureur peut :

- **Accepter le Candidat à l'assurance.** Cette acceptation peut être donnée :

- **sans réserve :** elle vaut pour toutes les garanties indiquées sur le bulletin individuel de demande d'adhésion,
- **avec réserves :** elle écartera certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises,
- avec ou sans majoration de tarifs.

Le détail de(s) restriction(s) partielle(s) est communiqué directement au Candidat à l'assurance par courrier séparé signé du Médecin conseil de l'Assureur.

- **Ajourner la décision.** Dans ce cas, le Candidat à l'assurance n'est pas assuré mais pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué.

- **Refuser au Candidat à l'assurance le bénéfice de l'assurance** au titre du contrat.

Dans le cadre d'un prêt Immobilier : Cette décision déclenche automatiquement dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude du dossier dans un contrat de 2ème niveau. Si à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance, effectuée par le Département Gestion Emprunteurs, ne peut toujours pas être établie, le dossier sera examiné (sous condition d'âge et de montant emprunté) par un 3ème niveau national.

Notification de la décision de l'Assureur :

Cette décision est valable 6 mois à compter du jour où elle est prise par l'Assureur ; la date d'expiration, figure sur les conditions particulières d'assurance. Si au terme de ce délai, l'offre de prêt n'a pas été signée, les formalités d'adhésion à l'assurance devront être renouvelées.

Décision du Candidat à l'assurance :

Le Candidat à l'assurance peut :

- **accepter** la proposition de l'Assureur : son accord est formalisé par la signature des notifications qui lui ont été envoyées ; il retourne un exemplaire au Prêteur complété daté et signé, et en conservera un exemplaire « Assuré ».

- **refuser** ou de ne pas donner suite à la proposition d'assurance dans un délai de 6 mois. Dans ce cas la demande d'adhésion n'est pas prise en compte et l'Emprunteur n'est pas assuré.

L'admission dans l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un prêt déterminé et aux conditions initiales de ce prêt.

Une autre opération d'emprunt nécessite un renouvellement de la procédure d'adhésion.

ARTICLE 10 – DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION

10.1 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance et que l'Assuré ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion :

- à la date de signature dudit bulletin :
 - si les formalités d'adhésion ne comportent pas de questionnaire de santé,
 - si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé, et en cas d'acceptation « sans réserve »,
- à la date de l'acceptation écrite par le Candidat à l'assurance de ses conditions particulières d'assurance en cas d'acceptation « avec réserves ».

10.2 - DURÉE DE L'ADHESION

Elle est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 14.

ARTICLE 11 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

11.1 - POUR LES PRÊTS AUTRES QUE CRÉDITS TRAVAUX

Les garanties prennent effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- à la date de conclusion de l'adhésion, ou,
- à la date de signature de l'offre de prêt par l'Emprunteur.

Dans le cadre de la vente à distance et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, l'Emprunteur donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la plus tardive des deux dates susvisées.

En revanche, la garantie Décès/PTIA consécutifs à un « Accident » prend effet à la date de signature du bulletin individuel de demande d'adhésion.

11.2 - POUR LES « CRÉDITS TRAVAUX »

Les garanties prennent effet au jour du premier prélèvement de prime. En cas de vente à distance, si le premier prélèvement de prime intervient avant le terme du délai de renonciation, l'Emprunteur donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate des garanties au jour du premier prélèvement des primes.

11.3 - LA GARANTIE PROVISOIRE Décès / PTIA consécutifs à un « ACCIDENT »

Les Candidats à l'assurance sont couverts contre les risques de Décès et de PTIA consécutifs à un Accident, tel que défini dans l'article « Définitions » du jour de la signature de la demande d'adhésion, jusqu'à la date de prise d'effet des garanties définie aux articles 11.1 et 11.2. Cette garantie provisoire « Accident » cesse au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement et au plus tard à l'issue d'un délai de 3 mois maximum à compter de la signature de la demande d'adhésion.

La prestation est égale au montant de l'emprunt pondéré de la qualité demandée.

ARTICLE 12 – LES OPTIONS

Le choix des options Franchise 30 jours, IPP, Prestation Forfaitaire et/ou ITT/IPT pour les prêts Investisseurs localifs s'effectue à la date de signature du bulletin individuel de demande d'adhésion et est valable pour toute la durée de l'adhésion.

Néanmoins, l'Assuré peut procéder à la résiliation de toutes ses options à chaque échéance annuelle de son adhésion au contrat d'assurance.

L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation en lettre recommandée avec avis de réception au Prêteur au moins deux mois avant la date d'échéance. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt.

La résiliation des options prend effet à la date de l'échéance annuelle.

Le montant de la prime est recalculé à cette date.

Attention : la résiliation ne peut concerner que l'ensemble des options souscrites.

ARTICLE 13 – RESILIATION

13.1 - FACULTE DE RESILIATION

Pour les crédits immobiliers mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12-2 du code des assurances et aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation et de substitution de son adhésion au présent contrat d'assurance à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré notifie au Prêteur sa demande de résiliation selon les modalités prévues au 13-2 ci-dessous.

L'Assuré devra transmettre au Prêteur le contrat de substitution qu'il souhaite souscrire. Il devra par la suite notifier à l'Assureur, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, la décision du Prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance si celui-ci est accepté.

En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- Soit 10 jours après réception de la décision du Prêteur par l'Assureur,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de refus de la substitution par le Prêteur, l'adhésion au présent contrat continue de produire ses effets.

Pour les opérations de crédits autres que celles mentionnées au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation de son adhésion au présent contrat d'assurance à chaque échéance annuelle de son adhésion audit contrat. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation au Prêteur, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues au 13.2 ci-dessous. L'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

13.2 – NOTIFICATION DE LA DEMANDE DE RESILIATION

L'Assuré notifie au Prêteur sa demande de résiliation :

- soit par lettre ou tout support durable (constitue un support durable, au sens de l'article L.111-9 du code des assurances, tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. Par exemple, une lettre signée de manière manuscrite puis scannée et transmise via la messagerie sécurisée internet, s'il en dispose d'une),
- Soit par déclaration faite au siège social du Prêteur,
- Soit par acte extrajudiciaire,

- Soit par un mode de communication à distance, lorsque l'Assureur ou le Prêteur lui a proposé l'adhésion au contrat, par le même mode de communication.
Le destinataire confirme par écrit la réception de la demande de résiliation.

13.3 - A QUI ADRESSER LA DEMANDE DE RESILIATION ?

L'Assuré doit notifier sa demande de résiliation à son agence ou au siège de sa banque.

ARTICLE 14 – CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque Assuré :

1. au terme contractuel du crédit ou du prêt garanti,
2. en cas de non-paiement des primes selon les modalités prévues à l'article 23,
3. en cas de fausse déclaration intentionnelle prononcée par l'Assureur conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances,
4. pour la caution assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord du Prêteur,
5. à la date de remboursement total anticipé du prêt qui ne donne lieu à aucun remboursement de prime,
6. à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
7. à la date de versement de la prestation en cas de décès ou de PTIA,
8. en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur,
9. au jour de la réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 15,
10. en cas de résiliation/substitution dans les conditions fixées à l'article 13,
11. en cas de résiliation annuelle dans les conditions fixées à l'article 13.

En tout état de cause, les garanties cessent pour chaque Assuré au plus tard :

- pour la garantie Décès : au jour du 80ème anniversaire de l'Assuré,
- pour la garantie provisoire Décès/PTIA consécutifs à un Accident : au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement et en tout état de cause, au plus tard trois mois à compter de la signature de la demande d'adhésion,
- pour les garanties PTIA, IA, IPT, ITT et IPP: au jour du 67ème anniversaire de l'Assuré sans entraîner de modification du montant des primes.

ARTICLE 15 – DROIT A RENONCIATION

La signature du bulletin individuel de demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré s'il a adhéré par vente à distance, par démarchage ou pour l'Assuré bénéficiant uniquement de la garantie Décès. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

15.1 - CAS DE L'ASSURE BENEFICIANT UNIQUEMENT DE LA GARANTIE DECES

Pour l'Assuré qui ne bénéficie que de la garantie Décès, la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré, il peut renoncer à son adhésion dans un délai de **30 jours calendaires** révolus suivant la date à laquelle il est informé de la date de conclusion de l'adhésion (la date de signature du bulletin individuel de demande d'adhésion ou la date de signature par le Candidat à l'assurance de ses conditions particulières d'assurance). Pour cela il lui suffit d'adresser au Prêteur une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception rédigé selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme)..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°A340G que j'ai signée le.....à..... (lieu d'adhésion). Le..... (date et signature) ».

La renonciation est enregistrée à la date de réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. La garantie cesse à la date de réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception. Le Prêteur procède au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de **30 jours calendaires** révolus à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception.

15.2 CAS DE L'ASSURE NE BENEFICIANT PAS UNIQUEMENT DE LA GARANTIE DECES

a) Délai pour exercer le droit de renonciation

- Si le contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou internet). Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6

du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, pour les assurés bénéficiant des garanties Décès, PTIA, IA, IPT, ITT et IPP un délai de renonciation de **14 jours calendaires** révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ces délais commencent à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.

- Si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L.112-9 alinéa 1^{er} du code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant un délai de **14 jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités». La date de conclusion de l'adhésion est définie à l'article 10.

L'Assuré ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser au Prêteur une lettre ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception rédigé selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M. Mme.... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°A340G que j'ai signée le à [lieu d'adhésion]. Le [date et signature]. »

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de **30 jours calendaires** à compter de la date de réception de la lettre ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception. Les effets sur l'adhésion varient selon le mode de commercialisation du contrat.

- Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception ou de l'envoi électronique en recommandé avec avis de réception.

- Si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception.

L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

ARTICLE 16 – RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur lorsqu'ils résultent des cas suivants :

- le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les sinistres résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré visés à l'article L.113-1 du code des assurances,
- les conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires, les policiers, les pompiers y compris volontaires et les démineurs dans l'exercice de leur profession ou de leur fonction, ne sont pas visés par cette exclusion,
- les conséquences de faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires, les policiers, les pompiers y compris volontaires et les démineurs dans l'exercice de leur profession ou de leur fonction, ne sont pas visés par cette exclusion,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, est exclue toute prise en charge de toute conséquence d'un sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion du candidat à l'assurance. Un sinistre en cours s'entend :

- pour une personne qui exerce une activité professionnelle, de tout arrêt de travail, qu'il soit indemnisé ou non, ou du bénéfice d'une rente d'invalidité, que cet arrêt ou cette invalidité soit consécutif(ve) à une maladie ou à un accident, dès lors qu'ils sont en cours au moment de l'adhésion ;
- pour une personne qui exerce des activités non professionnelles, de toute impossibilité d'exercer ses activités habituelles ou du bénéfice d'une rente d'invalidité, dès lors qu'ils sont en cours au moment de l'adhésion.

ARTICLE 17 – REGLES DE CALCUL DES PRESTATIONS

Les prestations de l'Assureur sont déterminées selon la quotité garantie, quelle que soit la garantie mise en jeu.

Les prestations de l'Assureur n'incluront aucune échéance échue et non payée par l'Assuré préalablement au sinistre.

Lorsque plusieurs Assurés sont garantis au titre d'un même prêt ou crédit, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux montants dus au titre des prêts garantis, et figurant soit sur le tableau d'amortissement, soit sur l'échéancier du contrat de prêt ou de crédit.

Dans le cas où l'Assuré a souscrit plusieurs prêts ou crédits couverts par l'Assureur, la prise en charge sera plafonnée au montant maximum garanti défini à l'article 6. En cas de dépassement du plafond maximum assurable, les prestations versées au titre de l'Incapacité Temporaire Totale (ITT) et de l'Invalidité Permanente Totale (IPT) seront réduites proportionnellement.

Pour le financement dont la mise en place a pour incidence de porter l'encours de prêts ou de crédits reposant sur un même Assuré au-delà du plafond de **1 500 000 euros**, les prestations en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité AERAS (IA), d'Invalidité Permanente Totale (IPT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), seront calculées, pour ce financement, proportionnellement au ratio :

Capital garanti pour ce financement

Capital initial emprunté pour ce financement pondéré par la quotité

Le capital garanti pour ce financement est égal à la différence entre **1 500 000 euros** et la somme des capitaux restant dus pondérés par les quotités assurées pour les prêts ou de crédits réalisés antérieurement et toujours en cours à la date du sinistre.

ARTICLE 18 – DEFINITION DES GARANTIES ET MONTANTS DES PRESTATIONS

Sous réserve de la décision de l'Assureur, tout ou partie des garanties est accordée selon la nature du prêt ou de crédit et le choix porté sur le bulletin individuel de demande d'adhésion. Les garanties sont accordées sous réserve du paiement des primes d'assurance.

En tout état de cause, en raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre déjà survenu et connu de l'assuré au moment de l'adhésion ne pourra être pris en charge

Les cautions, telles que précisées au bulletin individuel de demande d'adhésion, doivent avoir été actionnées au titre de leur obligation de cautions pendant plus de 6 mois et jusqu'à la date de survenance du sinistre PTIA, IA, ITT, IPT ou IPP pour demander le bénéfice des garanties.

Pour les prêts amortissables, en cas de différé total et pendant cette période de différé, les risques ITT, IA, IPT ou IPP ne sont pas couverts.

18.1 - DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré en cours d'assurance et **avant son 80ème anniversaire**, l'Assureur verse au Prêteur en fonction de la quotité d'assurance du prêt garantie sur la tête de l'Assuré :

- **Pour les prêts amortissables ou pour les prêts comportant un différé d'amortissement, durant la phase d'amortissement :**

- le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement, au lendemain de l'échéance précédant immédiatement la date du décès,
- et, lorsque l'échéance est à terme échu, les intérêts contractuels courus depuis cette dernière échéance jusqu'au jour du décès.

- **Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital seulement, durant cette phase de différé :**

- le montant initial du prêt,
- et, lorsque l'échéance est à terme échu, les intérêts contractuels courus depuis la dernière échéance d'intérêts jusqu'au jour du décès.

- **Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital et intérêts ou In-Fine, durant cette phase de différé :**

- le capital restant dû,
- les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès.

- **Pour les prêts travaux :**

- le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement.

Dans tous les cas : les échéances impayées à la date du Décès et les intérêts de retard ne sont jamais pris en charge par l'Assureur.

L'Assuré pris en charge au titre des garanties ITT, IPT et IPP définies à l'article 18.4, peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la garantie Décès. Toutefois, les prestations ITT, IPT et IPP qui auront été versées postérieurement à la date du décès, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

18.2 - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

a) Définition

Un Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsque les 3 conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive médicalement constaté de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit ;

- elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie: se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer ;

- la PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue avant son **67ème anniversaire**.

b) Prestation garantie

Le versement de la prestation peut être subordonné au résultat d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de reconnaissance de la réalisation du risque. La prestation versée est identique à celle définie à l'article 18.1 pour la garantie Décès.

La prestation est calculée à la date de reconnaissance du risque par l'Assureur.

L'Assuré pris en charge au titre des garanties ITT, IPT et IPP définie à l'article 18.4., peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA s'il vient à en remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT, IPT et IPP qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

18.3 – INVALIDITE AERAS (IA)

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion. Si la garantie Incapacité Temporaire Totale est refusée pour raisons médicales, ou si elle est accordée mais avec restriction de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer dans les dispositions particulières adressées à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS.

a) Définition

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée. L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

1. Son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.
2. Son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. Son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70% (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N°2001-99 du 31 janvier 2001).

La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article « CONTROLE MEDICAL » pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.

4. L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'aptitude totale à l'exercice de sa profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe **avant le 67ème anniversaire de l'Assuré**.

b) Prestations garanties :

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article « RISQUES EXCLUS » et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité Temporaire Totale, à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité AERAS.

Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

c) Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 14 ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini au point a) de l'article 18.3 ;
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection sociale visé au point 4 de la définition de la garantie ;
- lorsque après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70% ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

18.4 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT) et INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) et INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

18.4.1 Définition de l'Incapacité Temporaire Totale (ITT) :

L'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) lorsqu'à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité, appelée Délai de Franchise, et avant son 67^{ème} anniversaire, il se trouve par suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité absolue médicalement constatée :

- pour un Assuré exerçant une activité professionnelle ou en Recherche d'emploi au jour du sinistre, d'exercer SON activité professionnelle à temps plein ou à temps partiel,
- pour un Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, ou chômeur dispensé de Recherche d'emploi, d'exercer ses activités privées non professionnelles à temps plein ou à temps partiel.

Quels sont les différents niveaux de Franchise ?

Aucune prestation n'est due ni payée par l'Assureur pendant le Délai de Franchise, soit :

- **90 jours** : L'Assureur verse la prestation à compter du 91^{ème} jour après la survenance du sinistre. L'Assuré sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 90 jours à compter de la survenance du sinistre.
- **30 jours** : L'Assureur verse la prestation à compter du 31^{ème} jour après la survenance du sinistre. L'Assuré sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances. Cette option doit avoir été choisie par l'Assuré lors de sa demande d'adhésion et être non résiliée à la date du sinistre.

Non-application du Délai de Franchise en cas de rechute :

Le Délai de Franchise n'est pas appliqué en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré (conformément à l'article 19.4), due à la même affection que celle qui motivait la demande précédente, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 90 jours.

18.4.2 Définition de l'Invalidité Permanente Totale (IPT) :

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, et au plus tard trois ans après le début de son Incapacité Temporaire Totale, le Médecin conseil de l'Assureur fixe, sur la base des documents médicaux transmis et/ou d'une expertise médicale, le **taux global d'incapacité** de l'Assuré sur la base du tableau ci-après. Ce taux doit être supérieur ou égal à 66%.

Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ou est en Recherche d'emploi, ce taux est déterminé en fonction de son taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Si l'Assuré est Sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle.

18.4.3 Définition de l'Invalidité Permanente Partielle (IPP) :

La garantie IPP n'est acquise que si l'Assuré a opté pour cette garantie lors de sa demande d'adhésion au contrat, et qu'elle a été acceptée par l'Assureur, s'il exerce une activité professionnelle rémunérée ou est en Recherche d'emploi au jour du sinistre, et s'il n'a pas procédé à la résiliation de cette option à la date du sinistre.

L'assuré est en état d'invalidité permanente partielle si le taux d'incapacité déterminé par Médecin Conseil de l'assureur est inférieur à 66% ou devient inférieur à 66% et est au moins égal à 33%.

Le taux d'incapacité fonctionnelle :

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de la capacité physique ou mentale de l'Assuré, suite à son accident ou à sa maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

Le taux d'incapacité professionnelle :

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité totale de l'Assuré par rapport à sa profession. Il tient compte de la capacité de l'Assuré à exercer la profession qu'il exerçait antérieurement à l'accident ou à la maladie (suivant les garanties choisies), des conditions d'exercice normales de sa profession et de ses possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

TAUX GLOBAL D'INCAPACITÉ

① Taux d'incapacité professionnelle en %	② Taux d'incapacité fonctionnelle en %								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10 %					33	37	40	43	46
20 %				37	42	46	50	55	58
30 %			36	42	48	53	58	62	67
40 %		33	40	46	52	58	64	69	74
50 %		36	43	50	56	63	68	74	79
60 %		38	46	53	60	66	73	79	84
70 %		40	48	56	63	70	77	83	89
80 %		42	50	58	66	73	80	87	93
90 %	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100 %	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Si le taux global d'incapacité est inférieur à 33% : l'Assuré n'est pas en Invalidité Permanente Partielle au titre de ce contrat. Aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Si le taux global d'incapacité est égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66% : l'Assuré est en Invalidité Permanente Partielle.

Si le taux global d'incapacité est égal ou supérieur à 66% : l'Assuré est en Invalidité Permanente Totale.

18.4.4 Prestations pour les garanties ITT et IPT

Les prestations sont versées, au plus tôt :

- pour les non-salariés, non fonctionnaires ou assimilés, et les personnes Sans activité professionnelle, après expiration du Délai de Franchise, suivant la date de cessation d'activité relative à l'ITT.
- pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, ou les Assurés en Recherche d'emploi, après expiration du Délai de Franchise susvisé, au plus tôt à la date où est enregistrée une perte de revenu (sauf si l'Assuré a souscrit l'option « Prestation Forfaitaire »).

Les prestations servies sont calculées en fonction de la situation professionnelle de l'Assuré au jour du sinistre.

En cas d'ITT/IPT, et pendant toute la durée de celle-ci, l'Assureur règle :

I) si l'Assuré est un travailleur non salarié, non fonctionnaire ou assimilé ou si le prêt assuré est en francs suisses :

100% du montant de l'échéance mensuelle de remboursement (prime d'assurance comprise au titre du contrat), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifié par l'Assuré, et de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

Pour les prêts avec différé partiel d'amortissement, les échéances retenues correspondent aux intérêts dus et aux primes d'assurance à la charge de l'Assuré au cours de la période d'ITT/IPT après application de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

II) si l'Assuré est Sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi ou organismes similaires :

50% du montant de l'échéance mensuelle de remboursement (prime d'assurance comprise au titre du contrat), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifié par l'Assuré et de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

Pour les prêts avec différé partiel d'amortissement, les prestations versées correspondent aux intérêts dus et aux primes d'assurance à la charge de l'Assuré au cours de la période d'ITT/IPT après application de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

III) si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé, ou en Recherche d'emploi et perçoit des allocations versées par Pôle emploi ou organismes similaires :

La prestation mensuelle est calculée sur la base de l'échéance rapportée au mois, au prorata de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion, et dans tous les cas limitée à la perte de revenu de l'Assuré.

La **perte de revenu** est définie comme étant la différence entre le « **revenu de référence** » (1) de l'Assuré avant l'arrêt de travail et son « **revenu de remplacement** » (2), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifié par l'Assuré. (1) Le « **revenu de référence** » est défini contractuellement comme étant le revenu et les indemnités mensuels nets imposables moyens des 12 mois précédant l'arrêt de travail.

(2) Le « **revenu de remplacement** » est déterminé à partir de l'ensemble des indemnités dues à l'Assuré par la Sécurité sociale ou par un organisme assimilé, par son employeur (en application de son statut, de la convention collective et des

accords d'entreprise), et par les régimes de prévoyance auxquels il adhère, au titre de la période d'ITT.

Ces indemnités sont recalculées, au moment du sinistre, en prenant :

- pour principes d'indemnisation (hors assiette) ceux des régimes de base, statutaires, conventionnels et complémentaires dont l'Assuré dépend.
- pour assiette, le revenu de référence défini en (1). Ce dernier sera pris en base brute si les régimes indemnitaires de l'Assuré sont eux-mêmes assis sur des revenus bruts et non nets de cotisations sociales.

Actualisation : lorsque l'Assuré justifie de 3 ans consécutifs de prise en charge par l'Assureur, le revenu de référence est revu de la manière suivante :

Revenu de référence X indice* au 1er janvier précédant l'actualisation

Indice* au 1er janvier de l'année (n-3)

* L'indice est l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, publié par le Ministère concerné, ou tout autre indice venant s'y substituer. Il est opposable à toutes les catégories socio-professionnelles dans le contrat.

Cette prestation est également appliquée dans les conditions ci-avant indiquée lorsque l'Assuré a procédé à la résiliation de l'option forfaitaire à la date du sinistre.

IV) si l'Assuré a opté pour la « Prestation Forfaitaire » lors de sa demande d'adhésion et qu'il n'a pas procédé à la résiliation de cette option à la date du sinistre :

100% du montant de l'échéance mensuelle de remboursement (prime d'assurance comprise au titre du contrat), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifié par l'Assuré, et de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

Pour les prêts avec différé partiel d'amortissement, les échéances retenues correspondent aux intérêts dus et aux primes d'assurance à la charge de l'Assuré au cours de la période d'ITT/IPT après application de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

Cas particulier :

- **Modification des échéances à la hausse à l'initiative de l'Assuré, intervenue dans les 180 jours précédant la date du sinistre :** l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de l'échéance précédant l'augmentation.
- **Modification des échéances à la baisse à l'initiative de l'Assuré :** l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

18.4.5 Prestations pour la garantie IPP

La prestation correspond à 50% de la prise en charge au titre de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge que pour la garantie ITT.

POUR LE CALCUL DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP NE SONT PAS PRIS EN COMPTE :

- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur,
- les augmentations d'échéance non prévues au contrat de prêt et intervenues moins de 6 mois avant l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Permanente Partielle ou pendant l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle,
- le montant du capital pour les prêts relais, les prêts remboursables au terme (In Fine).

18.4.6 Garantie Temps Partiel Thérapeutique :

L'Assuré est en état de temps partiel thérapeutique lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- l'Assuré a bénéficié d'une prise en charge au titre au moins d'une de ces trois garanties, ITT ou IPT ou IA,
- l'Assuré a repris une activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit médicalement,
- l'Assuré peut justifier de son incapacité en produisant les pièces demandées par l'Assureur au paragraphe V du point 20.4.

La prestation correspond à 50% de la prise en charge au titre de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge que pour la garantie ITT.

Elle est versée pour une durée maximale de 180 jours.

ARTICLE 19 – CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP

Le versement des prestations Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 14 (à l'exclusion du cas visé au point 2° de l'article 14),

22_06_A340G

- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en ITT, IPT ou IPP tel que défini aux articles 18.4.1, 18.4.2 et 18.4.3 sauf en cas de temps partiel thérapeutique pour la garantie ITT.
- dès la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique pour la garantie ITT,
- pour l'Assuré social, dès qu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement des prestations de son régime de protection sociale,
- pour les Assurés salariés, fonctionnaires ou assimilés, ou perçoit des allocations par Pôle emploi ou organismes similaires, le versement des prestations cesse également à la date à laquelle est enregistrée la fin de la perte de revenus.

ARTICLE 20 – FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La demande doit se faire auprès de CNP Assurances – TSA 10681- 44968 NANTES Cedex 9. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

20.1 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE DÉCÈS

Il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- un bulletin de décès ou acte de décès original,
- une attestation de décès indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis à l'article 16 « Risques exclus ».

En outre, en cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit) les ayants droits devront en apporter la preuve par tous moyens.

Pour les ressortissants de pays étrangers, ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

20.2 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE PTIA

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir à l'Assureur dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et les éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,
- une copie du (des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion, accompagné du Questionnaire de Santé s'il en a rempli un,
- un exemplaire des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré,
- une attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin traitant,
- un certificat médical attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances - TSA 57161 - 75716 Paris cedex 15,
- une attestation d'arrêts de travail des 5 dernières années précédant l'adhésion pour les sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion.

Si l'Assuré est assuré social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Si l'Assuré est fonctionnaire, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.

Nota : pour les Assurés ayant la qualité de caution telle que précisée au bulletin individuel de demande d'adhésion, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant la mise en œuvre de leurs obligations de caution depuis plus de 6 mois à la date du sinistre.

En outre, en cas de PTIA accidentelle (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit) les ayants droits devront fournir par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, organismes similaires ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

20.3 – FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'INVALIDITE AERAS

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir à l'Assureur, dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une copie de la notification des conditions particulières d'assurance acceptées et signées par l'Assuré ;
- une attestation médicale d'Incapacité / Invalidité (document fourni par l'Assureur), à remplir par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant.

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra également fournir un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Secret Médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur, CNP Assurances - TSA 57161 – 75716 Paris Cedex 15.

Doivent être produites en outre :

• pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :

- une copie de la notification par la Sécurité sociale ou du régime équivalent d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale.

• pour les Assurés relevant du statut de la fonction publique ou assimilé :

- une copie de l'avis du comité médical ou de la commission de réforme,
- une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension.

• pour les travailleurs non-salariés,

- une copie d'un titre de pension pour invalidité.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

20.4 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS D'ITT, D'IPT et D'IPP

À défaut de présentation des pièces dans les 90 jours suivant la fin du Délai de Franchise, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L.113-2 4° du code des assurances dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur et la prise en charge débutera au jour de la déclaration du sinistre à l'Assureur.

Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de fournir à l'Assureur pour chaque nouveau sinistre Incapacité Temporaire Totale, à l'issue du Délai de Franchise défini au point 18.4.1 et au plus tard 90 jours après la fin du Délai de Franchise les justificatifs mentionnés ci-dessous.

Pour tous les dossiers :

- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et les éventuel(s) avenants) de réaménagement,
- une copie du (des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion, accompagné du Questionnaire de Santé s'il en a rempli un,
- un exemplaire des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré,
- une attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin traitant,
- une attestation d'arrêts de travail des 5 dernières années précédant l'adhésion pour les sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion, s'il a rempli un Questionnaire de Santé.

Doivent être produits en outre :

I) Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale :

La copie des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale depuis l'arrêt de travail, couvrant au minimum l'intégralité du Délai de Franchise (Indemnités Journalières, ou titre de pension 2ème ou 3ème catégorie, ou rente supérieure ou égale à 66%). À défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier le Délai de Franchise sous réserve qu'elles précisent la subrogation.

II) Pour les fonctionnaires ou assimilés :

Une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie, couvrant au minimum l'intégralité du Délai de Franchise.

III) Pour les travailleurs non-salariés :

- un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite.
- un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT au sens du contrat, couvrant au minimum l'intégralité du Délai de Franchise.

IV) Pour les personnes Sans activité professionnelle et ne percevant pas d'allocations versées par Pôle emploi :

- la dernière feuille d'imposition,
- la notification de retraite ou pré-retraite quelle qu'en soit la cause (pour les Assurés concernés),

- un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT au sens du contrat, couvrant au minimum l'intégralité du Délai de Franchise.

V) Pour l'Assuré en temps partiel thérapeutique :

- un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à l'arrêt de travail.

En plus, pour les dossiers en Perte de Revenu :

I) Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale :

- l'attestation de salaires ou de traitements complétée par l'employeur,
- les documents relatifs aux accords d'entreprises et à la notice de prévoyance ou figurent de la période de franchise ou de carence, le pourcentage et la définition du revenu maintenu et la durée de versement des prestations,
- le bulletin de salaire de décembre de l'année précédant celle de l'arrêt de travail actuel (si l'assuré ne travaille pas à cette période, le bulletin de salaire du mois précédant l'arrêt de travail) ou pour les personnes percevant des allocations versées par Pôle emploi, l'attestation que le dernier employeur a rempli afin que le salarié assuré puisse faire valoir ses droits aux allocations versées par Pôle emploi et les avis de versement de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.).

Nota : l'Assuré devra produire autant d'attestations de salaires, d'éventuels accords d'entreprise, d'éventuelles notices de prévoyance et de bulletins de salaires que d'employeurs.

II) Pour les fonctionnaires ou assimilés :

- l'attestation de salaires ou de traitements complétée par l'employeur,
- la notice de prévoyance de l'organisme de protection sociale complémentaire ou figurent la période de franchise ou de carence, le pourcentage et la définition du revenu maintenu et la durée de versement des prestations,
- le bulletin de paie du mois de décembre de l'année précédant celle de l'arrêt de travail actuel (si l'assuré ne travaille pas à cette période, la feuille de paie du mois précédant l'arrêt de travail).

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque. Les pièces émanant de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ne permettent pas de justifier d'un arrêt de travail.

En cours de prise en charge d'un sinistre, à défaut de présentation des pièces justificatives, la prise en charge au titre de ce sinistre sera suspendue. Elle reprendra, pour ce sinistre, si toutes les conditions d'indemnisation sont réunies, à compter du premier jour de la période d'ITT mentionnée sur le justificatif présenté.

Nota : pour les Assurés ayant la qualité de caution telle que précisée au bulletin individuel de demande d'adhésion, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant la mise en œuvre de leurs obligations de caution depuis plus de 6 mois à la date du sinistre.

ARTICLE 21 – CONTROLE MEDICAL

La production des justificatifs définis aux points 20.2, 20.3 et 20.4 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'un contrôle médical passé par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA, IA, ITT IPT ou IPP tel que défini aux articles 18.2, 18.3 ou 18.4. L'Assuré peut se faire assister, à ses frais, du médecin de son choix lors de la visite médicale.

Au vu des conclusions du rapport du médecin désigné, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge.

En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré. En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'IA, de l'ITT ou l'IPP, des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles, peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur.

Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de tierce expertise peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 22.

Si l'Assuré refuse de se soumettre aux contrôles médicaux ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date du contrôle médical.

ARTICLE 22 – PROCEDURE DE TIERCE EXPERTISE

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration, peut demander l'ouverture d'une procédure de tierce expertise dans les douze mois suivant la date à laquelle la décision de l'Assureur lui sera notifiée. Cette demande doit être formulée par écrit.

Pour ce faire, l'Assuré doit retourner à l'Assureur le document « PROCEDURE DE

TIERCE EXPERTISE EN CAS DE SINISTRE » dans les trois mois suivant son envoi par l'Assureur. Sur ce document l'Assuré indiquera les coordonnées du médecin qu'il désigne pour le représenter dans cette procédure et s'engagera à prendre en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert, et ce quelle que soit l'issue de la procédure.

A réception, l'Assureur invite son Médecin contrôleur à désigner plusieurs médecins tiers experts et soumet les noms et coordonnées de ces praticiens au médecin de l'Assuré, afin que ce dernier choisisse, parmi ces noms, le médecin tiers expert à qui sera confiée la mission de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par voies de droit.
En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

ARTICLE 23 - PRIMES

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une prime calculée en pourcentage du capital initial du prêt ou du capital restant dû (ou cas particulier : en pourcentage du capital débloqué pour les crédits travaux), des options souscrites et proportionnellement à la quotité d'assurance retenue lors de l'adhésion à l'assurance.

Le taux de prime est indiqué dans l'offre de prêt. Un report d'échéances est possible dans la limite de 12 échéances maximum sur toute la durée du prêt, sans entraîner de modification du montant de la prime. La prime reste due pendant la période de report et jusqu'au remboursement complet du capital emprunté.

En cas de résiliation des options, conformément à l'article 12, la prime est recalculée sur la base du capital restant dû à la date de résiliation et du taux défini à l'adhésion du Contrat ou à la date d'acceptation des conditions particulières par l'Assuré suite à décision de l'Assureur.

En cours de prise en charge, l'Assuré qui bénéficie de prestations d'ITT, d'IA, d'IPT ou d'IPP fait l'avance des primes qui lui sont remboursées par l'Assureur avec les échéances de prêt.

En cas de remboursement anticipé partiel.

Pour une tarification sur capital initial, la nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

Pour une tarification sur capital restant dû, la nouvelle assiette de prime est égale au capital restant dû garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

En cas de renouvellement des formalités d'adhésion, telles que prévues à l'article 8, consécutive à une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert, le taux annuel de prime applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement ; et la prime est calculée sur le montant du nouveau capital assuré.

Le remboursement anticipé total ne donne lieu à aucun remboursement de prime. En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un co-emprunteur ou d'une caution, l'assiette de prime est alors calculée sur le montant du capital restant dû au jour de la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion.

ARTICLE 24 - CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES

La prime est exigible dès la prise d'effet des garanties et prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt sur un compte désigné par l'Assuré.

Pour les prêts avec différé en capital et/ou en intérêts, la prime d'assurance est aussi due dès la date de conclusion de l'adhésion.

La prise en charge par l'Assureur au titre de l'ITT, de l'IA, de l'IPT ou de l'IPP ou la cessation d'une garantie :

- n'entraîne pas de modification du montant de la prime,
- et n'interrompt pas le règlement de la prime, à la charge de l'Assuré.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. S'il ne règle pas ses primes ou si l'Assuré qui a exercé le droit de remboursement de son prélèvement n'a pas régularisé le paiement de sa prime ou fraction de prime, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

s. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances.

Toutefois, le cas échéant, à compter de l'état de passif définitivement arrêté par la commission de surendettement ou le juge, le délai de 40 jours fixé ci-dessus est contractuellement porté à 120 jours.

ARTICLE 25 - RECLAMATION ET MEDIATION

Pour toute réclamation relative à l'admission de l'Assuré; ce dernier ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs - Service

Souscriptions – Réclamation/Réexamen – TSA 57161 – 4, place Raoul Dautry – 75716 PARIS Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser à CNP Assurances – Département Gestion Emprunteurs – Service réclamations – TSA 81566 – 75716 PARIS Cedex 15.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09 ou sur le site internet : www.mediation-assurance.org. L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance. La saisine par le Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article 26.

ARTICLE 26 - DELAI DE PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'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.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, 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 des prestations.

ARTICLE 27 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement des données à caractère personnel de l'Assuré est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou de l'organisme prêteur ou son mandataire, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, CNP Assurances peut être amenée à collecter des données de santé concernant l'Assuré au moyen d'un questionnaire de santé. Ses données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui lui sont applicables ou de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données à caractère personnel de l'Assuré pourront éventuellement faire l'objet de transfert vers des destinataires établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Ces données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la

réglementation (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »).

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, il dispose du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, il dispose du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer.

Il peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis.

L'Assuré peut exercer ces différents droits (i) en se rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le RGPD, ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Il dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, l'Assuré a le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

ARTICLE 28 – AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE

L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

ARTICLE 29 – LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Prêteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

ARTICLE 30 – TERRITORIALITE

Pour tous les voyages et séjours dans des lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM-COM, les pays limitrophes de la France métropolitaine:

- le risque de décès est couvert sous réserve que les pièces demandées à l'article « DECES » soient fournies par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,
- les risques de PTIA, Invalidité AERAS, ITT et IPT sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par l'Assureur dans les conditions prévues à l'article « CONTRÔLE MEDICAL ».

A défaut, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine, dans les DROM-COM, dans un pays de l'Union Européenne, ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

ARTICLE 31 – BLOCTEL

En application de l'article L.223-2 du code de la consommation, l'assuré a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15 - Tél : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Entreprise régie par le code des assurances

BPCE Vie - Société anonyme au capital de 161 469 776 euros- 349 004 341 RCS Paris - Siège social : 30 avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris France - Entreprise régie par le code des assurances

BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 180 478 270 euros - Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13 - RCS Paris N° 493 455 042 - Immatriculée sous le numéro ORIAS 08045100

La Convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

La convention AERAS, signée entre les professionnels de la banque et de l'assurance, des associations de malades et de consommateurs et les Pouvoirs Publics, a pris effet en Janvier 2007, pour faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. Cette convention a été révisée en 2011, 2015, 2019, 2020 et enfin en mars 2022, pour apporter de nouvelles avancées par rapport à l'engagement initial.

1 - Qui est concerné et qu'est-ce qu'un risque aggravé de santé ?

Lorsque vous souhaitez emprunter, vous avez dans la plupart des cas à souscrire une assurance emprunteur pour protéger la banque et vous-même (voire vos héritiers) contre les risques de décès et d'invalidité. Les engagements pris dans la convention AERAS vous concernent si vous présentez pour l'assurance un risque aggravé de santé. Cela signifie que votre état de santé ou votre handicap ne vous permet pas d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standards, quelle qu'en soit la raison.

2 - Où puis-je m'informer sur les dispositions de la convention AERAS ?

Vous trouverez une information complète sur la Convention AERAS sur le site internet www.lesclesdelabanque.com ou sur le site officiel www.aeras-info.fr. A partir de ce site, vous pouvez télécharger gratuitement le texte intégral de la convention AERAS.

Vous pouvez également obtenir des informations sur le site de votre Banque Populaire www.banquepopulaire.fr ou contacter votre agence qui vous communiquera les coordonnées du référent AERAS de votre Banque Populaire.

3 - Comment est respectée la confidentialité des informations concernant ma santé ?

La convention AERAS rappelle l'obligation de confidentialité des informations personnelles concernant votre santé. Vous êtes censé répondre seul au questionnaire de santé, qu'il s'agisse d'un formulaire papier ou informatique sécurisé. Par souci de confidentialité, votre conseiller Banque Populaire ne vous assistera qu'à votre demande. Le questionnaire de santé que vous avez à remplir comporte des questions précises sur des événements relatifs à votre état de santé et en aucun cas ne fait référence aux aspects intimes de votre vie privée. Vous pouvez insérer votre questionnaire, une fois rempli, dans une enveloppe cachetée et seul le service médical de l'assureur en prendra connaissance. S'il a besoin d'informations complémentaires, il prendra contact avec vous pour vous demander des examens médicaux spécifiques.

4 - Comment la convention AERAS s'applique-t-elle aux prêts immobiliers et aux prêts professionnels ?

Si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré par le contrat de base, votre dossier sera automatiquement examiné à un 2ème niveau par un service médical spécialisé. Vous n'avez rien à faire.

Si, à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas vous être établie, votre dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de votre part, par un 3ème niveau national, constitué d'experts médicaux de l'assurance. Cet ultime examen ne concerne que les prêts immobiliers et les prêts professionnels répondant aux conditions suivantes

- montant maximum : 320 000 € (les crédits relais étant exclus de ce plafond lorsqu'il s'agit de l'acquisition de la résidence principale)
- votre âge en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

A défaut d'accord de l'assurance au 3ème niveau : voir question 9

5 - Que se passe-t-il si, en raison de mon état de santé et de mes revenus, le coût de l'assurance est trop élevé ?

La convention AERAS a prévu la prise en charge d'une partie des surprimes éventuelles pour les personnes aux revenus modestes, dans le cadre de l'achat d'une résidence principale ou d'un prêt professionnel.

Vous pouvez bénéficier de ce dispositif si votre revenu ne dépasse pas un plafond fixé en fonction du nombre de parts de votre foyer fiscal et du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) :

- revenu \leq 1 fois le PASS si votre nombre de parts est de 1 ;
- revenu \leq 1,25 fois le PASS, si votre nombre de parts est de 1,5 à 2,5 ;
- revenu \leq 1,5 fois si votre nombre de parts est 3 ou plus.

Si vous entrez dans une des catégories ci-dessus, votre prime d'assurance ne représentera pas plus de 1,4 point dans le taux effectif global de votre emprunt.

Si vous êtes éligibles à ce dispositif, si vous avez moins de 35 ans et si vous bénéficiez d'un Prêt à Taux Zéro, les surprimes d'assurance de ce prêt seront intégralement prises en charge par les professionnels.

6 – Que prévoit la convention AERAS pour le risque d'invalidité ?

Dans votre intérêt, comme dans celui de la banque, il est préférable que le risque d'invalidité soit couvert par les garanties adaptées pour les prêts immobiliers et professionnels. En effet, au cours du remboursement du crédit, votre état de santé peut se dégrader. Cette situation peut entraîner éventuellement un déséquilibre de vos revenus et donc de votre budget.

Les assureurs étudient systématiquement les demandes d'assurance invalidité dès lors qu'elle est souscrite. Ils vous proposeront :

- si la couverture du risque invalidité n'est pas possible, au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie,
- si elle est possible, une garantie invalidité :
 - o aux conditions standard avec le cas échéant, exclusion(s) et/ou surprime ;
 - o spécifique telle que prévue par la Convention AERAS. Lorsqu'elle est proposée, cette garantie ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'assuré.

A défaut, les assureurs vous proposeront au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie.

7 - Suis-je obligé d'accepter le contrat d'assurance groupe proposé par ma Banque Populaire ?

Si le contrat d'assurance groupe de votre Banque Populaire ne vous apporte pas une réponse satisfaisante, vous pouvez en proposer un autre. Les banques se sont engagées à accepter un contrat individuel d'assurance décès et invalidité que vous pourriez souscrire directement auprès d'un assureur, dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent au contrat groupe. Les conditions d'emprunt du crédit seront les mêmes quelle que soit la solution d'assurance retenue.

8 - Quel est le délai de traitement des demandes de prêt avec la convention AERAS ?

Les professionnels de l'assurance et de la banque se sont engagés à donner une réponse à votre demande de prêt immobilier dans un délai global de 5 semaines pour un dossier complet, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition d'assurance.

Les professionnels de la banque s'engagent, dans la convention AERAS, à vous informer par écrit de tout refus du prêt qui aurait pour seule origine un problème d'assurance. Si l'assurance vous est refusée, vous pouvez, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, prendre contact avec le médecin de l'assureur, pour obtenir des précisions sur les raisons médicales du refus.

Bon à savoir

Vous pouvez anticiper la question de l'assurance, notamment si vous pensez présenter un risque aggravé de santé. Ainsi, avant même d'avoir signé une promesse de vente ou sans attendre que votre demande de prêt soit complétée vous pouvez déposer une demande de couverture, auprès de votre banque ou d'une entreprise d'assurance. Cette anticipation vous permettra d'avoir une décision d'assurance avant que votre projet immobilier soit bouclé. Dans ces conditions, si vous obtenez un accord d'assurance pour garantir un crédit immobilier, cet accord est valable 4 mois, et il reste acquis même si, pendant ces 4 mois, le logement à financer par le crédit change

9 - Que faire si l'accord de l'assurance ne peut être obtenu ?

Sans assurance emprunteur pour garantir votre prêt (ou si ses garanties paraissent insuffisantes pour le succès de votre opération), la Banque Populaire va chercher d'autres moyens pour vous permettre de réaliser votre projet. Elle essaiera avec vous de trouver, à la place de l'assurance, une garantie alternative ou complémentaire.

Il peut s'agir par exemple d'une garantie personnelle, comme la caution d'une personne solvable, d'une garantie réelle comme le nantissement d'un capital placé, de la délégation d'un contrat d'assurance-vie ou de prévoyance individuelle, ou encore d'une hypothèque sur un bien immobilier autre que le bien à financer.

Dans tous les cas, c'est la Banque Populaire qui appréciera la valeur de cette garantie alternative. Une fiche d'information a été créée sur les garanties alternatives, vous pouvez la demander auprès de votre Banque Populaire.

10 - Que faire en cas de litige ?

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez dans un premier temps vous adresser à votre agence ou au service relation clientèle de votre Banque Populaire. Si le litige persiste, vous pouvez faire appel à une commission de médiation.

Elle est chargée de traiter les réclamations individuelles qui lui sont transmises ; elle s'assure que le dispositif conventionnel est respecté, elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend et favorise le dialogue si besoin, entre votre médecin et le médecin conseil de l'assureur.

Pour déposer un recours auprès de la commission de médiation, vous devez écrire à l'adresse suivante en joignant les copies de tous les documents utiles :

Commission de médiation AERAS
4, place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS cedex 09

Signature(s) du(des) titulaire(s)

--