



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 - GROUPE CAISSE DES DEPOTS
BPCE Vie - société anonyme au capital de 122 157 424 euros - 349 004 341 RCS Paris - Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris France - Entreprise régie par le code des assurances - filiale de Natixis Assurances
BPCE - société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 155 742 320 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13 - intermédiaire en assurance inscrit à l'ORIAS sous le N°08 045 100

NOTE D'INFORMATION

du contrat d'assurance de groupe en couverture de prêt n°2253 Z « Senior - Garantie Décès seul » souscrit par BPCE, pour le compte du réseau des Banques Populaires et des Etablissements de crédit affiliés, auprès des Co-assureurs : CNP Assurances et BPCE Vie

1 - Nom commercial du contrat

Senior - Garantie Décès seul

2 - Caractéristiques du contrat

2.1 Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance de groupe n°2253 Z permet le remboursement sous forme de capital des prêts de l'Assuré s'il décède avant son 75^{ème} anniversaire.

2.2 Durée du contrat

Durée du contrat d'assurance de groupe conclu entre le Prêteur et l'Assureur

Le contrat d'assurance de groupe n°2253 Z 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 ou des crédits mentionnés dans l'offre de contrat de prêt, sous réserve des cas de cessation d'adhésion et des garanties visés à l'article « CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES » de la notice d'information.

2.3 Modalités de versement des cotisations

La cotisation est due dès la date d'effet des garanties et est payable périodiquement lors de chaque échéance de remboursement du prêt.

Le montant de la première cotisation est calculé en fonction de la durée écoulée entre la date de prise d'effet des garanties et le premier prélèvement de cotisation.

La cotisation est prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt. Pour les prêts avec différé en capital et en intérêts, la cotisation d'assurance est également due dès la date d'effet des garanties. Le taux de cotisation, taxes en vigueur comprises, est constant pendant toute la durée du prêt. Il ne subit pas de réduction à la fin des garanties PTIA, ITT, IPT et IPP.

Conformément à l'article L.141-3 du code des assurances, le Prêteur peut exclure du contrat un Assuré qui cesse de payer ses cotisations. Cette exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par les Prêteurs d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations.

2.4 Délais et modalités de renonciation au contrat

La signature de la demande d'adhésion au contrat 2253 Z 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 de la demande d'adhésion ou la date d'acceptation de ses conditions particulières d'assurance).

Pour cela il lui suffit d'adresser au Prêteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle ci-dessous : Je soussigné(e) M (Mme, Melle).....(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°2253 Z 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. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. La garantie cesse à la date de réception de la lettre recommandée de renonciation. 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.

NB : L'attention de l'Assuré est attirée sur les éventuelles conséquences sur son prêt de l'exercice de son droit à renonciation.

2.5 Formalités à remplir en cas de sinistre

Le sinistre doit être déclaré à CNP Assurances - TSA 10681 - 44968 Nantes Cedex 9.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15.

Pièces à fournir :

- un bulletin de décès original,

- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis au paragraphe « RISQUES EXCLUS » (imprimé fourni par l'Assureur).

Au titre de la garantie provisoire accident, il convient en outre de fournir :

- les pièces officielles (copie du rapport de police ou de gendarmerie) indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et le décès; la preuve du lien de causalité incombant aux ayants droit,

- les éventuelles coupures de presse.

Ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine du sinistre.

Le versement de la prestation est subordonné à la production de ces justificatifs.

2.6 Informations sur les cotisations relatives aux garanties principales et complémentaires

La cotisation est calculée sur le capital initial assuré, pondéré de la quotité, quel que soit le montant débloqué, en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'effet des garanties, des éventuelles majorations (surprimes) applicables au regard des garanties demandées et de l'étude de la demande de l'Assuré.

2.7 Indications générales relatives au régime fiscal

Conformément à la législation fiscale française et au code des assurances, 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

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises. L'Assureur et le Prêteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Pour toute réclamation relative à l'adhésion 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 Gestion Emprunteurs - Service Souscriptions - 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 la Médiation de l'Assurance - TSA 50 110 - 75441 Paris Cedex 09. 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'adhésion dans l'assurance. La saisine du Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini au paragraphe « DELAI DE PRESCRIPTION ».

NOTICE D'INFORMATION

des contrats d'assurance de groupe n°2253 Z et n°2256 C en couverture de prêts souscrits par BPCE pour le compte de la Banque Populaire Atlantique auprès des Co-Assureurs : CNP Assurances et BPCE Vie.

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

Les contrats n°2253 Z et n°2256 C sont assurés par les Co-Assureurs suivants ; dénommés ensemble « l'Assureur » :

- 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 - Entreprise régie par le code des assurances - GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS et

- BPCE Vie, société anonyme au capital de 122 157 424 euros - 349 004 341 RCS Paris - Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris France - Entreprise régie par le code des assurances. Filiale de Natixis Assurances

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances et BPCE Vie.

Les modalités de calcul de cotisations sont indiquées à l'article « COTISATIONS – CONDITIONS DE REGLEMENT » de la présente notice.

La durée de l'adhésion est fixée à l'article « DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ». Les garanties sont mentionnées à l'article « GARANTIE DECES », « GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE » et « GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ET GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ».

Les exclusions aux contrats n°2253 Z et n°2256 C sont mentionnées à l'article « RISQUES EXCLUS ».

L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement joint.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article : « DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES ».

L'adhésion aux contrats n°2253 Z et n°2256 C s'effectuera selon les modalités décrites à l'article « FORMALITES D'ADHESION ». Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article « COTISATIONS – CONDITIONS DE REGLEMENT ». 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. 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 « FACULTE DE RENONCIATION ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties qui peut intervenir avant l'expiration du délai de renonciation, l'Emprunteur doit acquitter un premier versement de cotisation, tel que fixé dans l'article « COTISATIONS – CONDITIONS DE REGLEMENT ».

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.

Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article « RECLAMATION ET MEDIATION » de la présente 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).

DEFINITIONS

Pour l'exécution des présents contrats, 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 Candidat à l'assurance dont au moins une garantie de l'un des présents contrats d'assurance de groupe 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 de l'un des deux contrats d'assurance de groupe et dont aucune des garanties n'a pris effet.

Délai d'attente : tout sinistre débutant durant cette période ne donnera lieu à aucune prise en charge par l'Assureur.

Délai de franchise : période pendant laquelle l'Assureur ne verse aucune prestation.

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

Prêteur : Banque Populaire Atlantique.

Souscripteur : BPCE en son nom et pour le compte de la Banque Populaire Atlantique.

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

Cours de Change : est ainsi dénommé le taux de change définitif applicable aux montants cités dans la présente notice qui sera déterminé selon le cours de référence de la Banque centrale européenne (<http://fr.euro-rates.info/>) et de la Banque de France (<http://www.banque-france.fr/nc/economie-et-statistiques/change-et-taux/les-taux-de-change-salle-des-marches/parites-quotidiennes.html>) à la date de conclusion de l'adhésion.

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

CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances et BPCE Vie.

1. OBJET DES CONTRATS

Le contrat d'assurance de groupe n°2256 C a pour objet de garantir les prêts accordés aux Emprunteurs, en tout ou partie, par le Prêteur.

Ce contrat permet la couverture des candidats à l'assurance âgés de moins de 65 ans contre les risques définis aux articles 13, 14, 15 et 16 de la présente notice selon le choix retenu, atteignant les Assurés avant le remboursement intégral de leur dette, dans les conditions et limites définies dans la présente notice d'information.

Le contrat d'assurance de groupe n°2253 Z a pour objet de garantir les prêts accordés aux Emprunteurs, en tout ou partie, par le Prêteur.

Ce contrat permet la couverture des candidats à l'assurance âgés de plus de 65 ans contre le risque défini à l'article 13 de la présente notice, atteignant les Assurés avant le remboursement intégral de leur dette, dans les conditions et limites définies dans la présente notice d'information.

Les contrats d'assurance de groupe n°2253 Z et n°2256 C sont souscrits par BPCE, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 155 742 320 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13, en sa qualité d'organe central des Banques Populaires et des établissements de crédit affiliés, par application de l'article L 512-107 du Code monétaire et financier, agissant pour le compte de la Banque Populaire Atlantique, en tant que souscripteur auprès des Co-assureurs, en tant que souscripteur auprès des Co-assureurs :

- CNP Assurances pour une quote-part de 66%,

- BPCE Vie pour une quote-part de 34%.

CNP Assurances est Apériteur des contrats, il représente BPCE Vie pour l'ensemble des opérations effectuées sur ces contrats. Il n'y a pas de solidarité entre les co-assureurs.

Le contrat n°2256 C relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R. 321-1 du code des assurances.

Le contrat n°2253 Z relève de la branche 20 de l'article R.321-1 du code des assurances.

Ils sont régis par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur.

2. CONDITIONS D'ADHESION

2.1 Prêts assurables :

Les prêts assurables peuvent être des :

• Prêts immobiliers en euros ou en devises :

- Amortissables avec ou sans différé total (différé de capital et intérêts) ou différé partiel (différé de capital seulement), In fine, Relais dont la durée est limitée à 36 mois,
- A taux zéro,

• Prêts personnels

• Prêts professionnels ou agricoles :

Les prêts et crédits assurables peuvent être :

- Amortissables avec ou sans différé total (différé de capital et intérêts) ou différé partiel (différé de capital seulement), In fine et Relais dont la durée est limitée à 36 mois,
- Tous engagements (Découverts, Ouvertures de Crédits Confirmés et Renouvelables)

Pour les prêts amortissables avec différé, la durée du différé est limitée à 36 mois, à l'exception des prêts étudiants (l'assuré est étudiant et âgé de moins de 30 ans à l'adhésion) pour lesquels la durée du différé est limitée à 60 mois.

Pour les prêts avec différé total, l'assurance, couvre pendant le différé, uniquement les risques de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. En cas de report de la première mensualité, ou de report d'une ou deux échéances par an en cours de vie du prêt, l'assurance couvre pendant la période de report uniquement les risques de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Prêts en devises : l'assurance de prêts accordés en devises par le Prêteur est possible sous réserve que :

- lors de la conclusion de l'adhésion au contrat, le montant du prêt et le tableau d'amortissement correspondant soient convertis en euros selon le Cours de change,
- les cotisations et les prestations soient exprimées en euros en fonction du Cours de change.

2.2 Personnes assurables :

Est assurable dans le cadre des présents contrats d'assurance de groupe toute personne physique qui répond aux conditions suivantes :

- avoir la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou caution d'un contrat de prêt auprès du Prêteur parmi les prêts énumérés au 2.1 ci-dessus,

Si l'emprunteur est une personne morale, est assurable la personne physique qui est le représentant légal de la personne morale.

- être âgée de moins de 65 ans (65^{ème} anniversaire) pour pouvoir adhérer au contrat 2256 C et aux garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et le cas échéant Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale.

Si elle est âgée de 65 ans (65^{ème} anniversaire) ou plus, et de moins de 70 ans (70^{ème} anniversaire) à l'adhésion, la personne physique n'est assurable qu'au titre de la garantie Décès dans le contrat n°2253 Z "Senior – Garantie Décès seul".

- être résidente fiscalement en France.

Les non-résidents domiciliés en Allemagne, Belgique, Espagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Portugal, Royaume-Uni peuvent adhérer et être assurés pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'exercice d'une activité professionnelle rémunérée n'est pas une condition pour adhérer aux garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale.

3. FORMALITES D'ADHESION

L'adhésion dans l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent au moment de la demande d'adhésion.

Le Candidat à l'assurance qui souhaite demander les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale doit en faire la demande expresse sur la demande d'adhésion. Ces garanties ne peuvent être demandées que concomitamment à la demande de prêt.

Les formalités d'adhésion comportent une demande d'adhésion et un questionnaire de santé qui doivent être intégralement renseignés, datés et signés

par le Candidat à l'assurance. Le questionnaire peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical » à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Prêteur qui la transmettra au Médecin Conseil sans l'ouvrir.

Le Candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire toute copie de documents, dont le coût est à sa charge, se rapportant à son état de santé et à se soumettre à un bilan biologique et/ou passer une visite médicale auprès d'un médecin désigné par l'Assureur et aux frais de l'Assureur.

La durée de validité du Questionnaire de santé est fixée à 3 mois à compter de sa signature. L'Assureur doit recevoir le questionnaire dans ce délai, à défaut le Candidat à l'assurance doit renouveler les formalités d'adhésion.

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

Si une évolution de l'état de santé du Candidat à l'assurance survient durant le délai de 3 mois et avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 6, et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, le Candidat à l'Assurance est tenu de renouveler les formalités d'adhésion.

Formalités d'adhésion spécifiques pour les prêts personnels inférieurs à 21500 €:

Le Candidat à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule la signature d'une demande d'adhésion est exigée, le Candidat à l'assurance étant automatiquement assuré pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Dans ces conditions les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ne peuvent pas être souscrites.

Formalités d'adhésion spécifiques pour les prêts professionnels inférieurs à 80 000 € et ne pouvant excéder le montant plafonné par le prêteur.

Le Candidat à l'assurance qui souhaite demander uniquement les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, complètera la demande d'adhésion comportant une Déclaration d'Etat de Santé incluse dans l'offre de prêt.

Dans ces conditions les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ne peuvent pas être souscrites.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraînent la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances. Les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dédommagement.

4. CHOIX DES GARANTIES

Au regard du type de prêt, de son âge et, le cas échéant de son choix de garanties, le Candidat à l'assurance pourra être assuré selon les formules suivantes :

Formule 1 : les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale.

L'exercice d'une activité professionnelle n'est pas une condition pour adhérer aux garanties Incapacité Temporaire Total et Invalidité Permanente Totale.

Formule 2 : les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Formule 3 : « Senior – Garantie Décès seul » (candidat à l'assurance âgé d'au moins 65 ans et de moins de 70 ans au moment de l'adhésion).

La Formule appliquée sera précisée dans la demande d'adhésion et ne pourra pas être modifiée en cours d'adhésion.

5. DECISION DE L'ASSUREUR ET DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

Au terme de l'examen du dossier médical, l'Assureur peut :

- Accepter le Candidat à l'assurance.

L'acceptation peut être donnée :

- sans réserve : elle vaut pour tous les risques sollicités au titre de la catégorie de prêts applicable

- avec réserve : elle exclut certaines garanties et/ou pathologies pour des garanties précises et/ou donne lieu à une tarification particulière.

En cas d'acceptation avec réserves (avec exclusion de certaines garanties et/ou pathologies et/ou donnant lieu à une tarification particulière), l'Assureur envoie, en deux exemplaires, au Candidat à l'assurance, un courrier lui notifiant ses conditions particulières d'assurance. Le Candidat à l'assurance, s'il accepte la décision, doit dater, signer et retourner un exemplaire à l'Assureur.

Sur ce courrier, il lui est indiqué la possibilité de prendre contact par courrier avec le Médecin Conseil de l'Assureur, directement ou par l'intermédiaire du médecin

de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine de la décision de l'Assureur.

En cas de refus du Candidat à l'assurance ou à défaut de réponse dans un délai de 6 mois celui-ci ne sera pas assuré.

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

- **Refuser au Candidat à l'assurance le bénéfice de l'assurance au titre du contrat n°2256 C.** Le refus entraîne le transfert automatique vers un dispositif de 2ème niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2ème niveau, l'Assureur transmet le dossier au pool de réassurance du 3ème niveau du dispositif de la convention AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de l'adhésion et des règles de confidentialité.

Si l'Emprunteur est déjà garanti par le présent contrat pour des prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme, le nouvel encours à assurer est égal au cumul :

- des nouveaux capitaux à assurer après application de la quotité choisie,
- des capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion.

6. DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

6.1 Date de conclusion de l'adhésion

La date de conclusion de l'adhésion aux contrats d'assurance de groupe n°2253 Z et n°2256 C est fixée :

- En cas d'acceptation sans réserve : à la date de signature de la demande d'adhésion,
- En cas d'acceptation avec réserve : à la date de signature par le Candidat à l'assurance des conditions particulières adressées par l'Assureur.

6.2 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, y compris en cas de vente à distance si le délai de renonciation n'est pas expiré, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- 1/ à la date de conclusion de l'adhésion
- 2/ à la date de signature de l'offre ou du contrat de prêt par l'Emprunteur.

Garantie provisoire accident

Le Décès est garanti dès la signature de la demande d'adhésion s'il résulte d'un Accident. Cette garantie accidentelle cesse au jour de la date de prise d'effet des garanties, et dans tous les cas, en cas de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard six mois après la date de signature de la demande d'adhésion.

Par risque consécutif à un accident il faut entendre 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. Il est précisé que le risque consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date de l'accident.

Le risque Décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents cardio-vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents.

La prestation versée est égale au montant emprunté pondéré de la quotité demandée.

7. DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

7.1 Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour la durée du ou des prêts mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 7.2 ci-dessous.

7.2 Cessation de l'adhésion et des garanties

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré, une fois admis ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie du groupe des Assurés.

Toutefois, l'Adhésion et toutes les garanties prennent fin pour chaque Assuré :

- en cas d'exercice de la faculté de renonciation selon les dispositions de l'article « FACULTE DE RENONCIATION »,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du code des assurances,

- en cas de résolution de l'offre de prêt dans le cas visé par l'article L. 312-12 du code de la consommation,

- en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions fixées à l'article 9 de la présente notice,

- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,

- à la date d'exigibilité avant terme du prêt,

- à la date de déchéance du terme de chaque prêt,

- si l'Assuré est caution ou garant, à la date à laquelle son engagement de caution ou de garant est résilié,

- en cas de fausse déclaration intentionnelle prononcée par l'Assureur conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du code des assurances,

- à la date à laquelle la prestation au titre de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est versée,

- à la date du décès de l'Assuré.

- en cas de remboursement anticipé total consécutif à la mise en jeu de l'une des garanties prévues au présent contrat, les garanties cessent à compter du sinistre pour tous les assurés au titre du prêt.

- en cas de remboursement anticipé total du prêt par un assuré, à la date d'encaissement des fonds par le Prêteur.

- au 75^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie Décès.

- En outre les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité AERAS cessent au plus tard :

- au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

8. FACULTE DE RENONCIATION

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré s'il a adhéré au contrat 2256 C par vente à distance ou démarchage, ou au contrat 2253 Z à 65 ans révolus. Il dispose d'un délai pour renoncer à son admission aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

NB : L'attention de l'Assuré est attirée sur les éventuelles conséquences sur son prêt de l'exercice de son droit à renonciation.

8.1 Cas où l'Assuré a adhéré au contrat 2253 Z et ne bénéficie que de la garantie Décès « Senior – Garantie Décès seul »

L'Assuré ne bénéficie que de la garantie Décès (assuré âgé de plus de 65 ans au jour de l'adhésion), la signature de la 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 de la demande d'adhésion ou la date d'acceptation de ses conditions particulières d'assurance).

Pour cela il lui suffit d'adresser au Prêteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle ci-dessous : Je soussigné(e) M (Mme, Melle).....(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°2253 Z 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. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. La garantie cesse à la date de réception de la lettre recommandée de renonciation. 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.

8.2 Cas où l'Assuré a adhéré au contrat 2256 C et ne bénéficie pas que de la garantie Décès

a) Délai pour exercer la faculté 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. 121-28 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 un délai de 14 jours calendaires révolus.

- 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 1er 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 que n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée 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 est définie à l'article 6.

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 recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à l'adhésion au contrat n°2256 C que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion).

Le (Date et signature) ».

c) Effets de la renonciation

Le Prêteur procède au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de **30 jours calendaires** à compter de la date de réception de la lettre recommandée 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 de la lettre de renonciation 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.

L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation 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.

9. RESILIATION DE L'ADHESION PAR L'ASSURE

Conformément aux articles L.312-9 du code de la consommation et L.113-12-2 du code des assurances pour les prêts immobiliers, l'Assuré peut demander au Prêteur la substitution du contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt ; la substitution, si elle est acceptée, entraînera la résiliation de l'adhésion.

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,

- 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 contrat continue de produire ses effets.

10. BENEFICIAIRES

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par les contrats n°2253 Z et n°2256 C, le Prêteur est bénéficiaire acceptant à titre onéreux, à hauteur du remboursement des sommes restants dues au titre du ou des prêts.

Dans l'hypothèse où, le prêt n'étant pas entièrement débloqué au moment du décès de l'Assuré, le montant des capitaux réglés par l'Assureur dépasserait le montant des sommes dues au Prêteur, ce dernier fera son affaire personnelle du reversement de la différence aux co-emprunteurs survivants ou à défaut selon la clause bénéficiaire ci-dessous :

• au conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé,

• à défaut aux autres héritiers de l'Assuré, par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les bénéficiaires de son choix.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré est invité à renseigner au moins les nom, prénoms, date et lieu de naissance du bénéficiaire, ainsi que les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré.

L'Assuré peut modifier sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du ou des bénéficiaire(s).

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment, il devient bénéficiaire acceptant. Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du bénéficiaire et de l'Assureur. L'acceptation peut également prendre

la forme d'un acte authentique ou sous seing privé de l'Assuré et du bénéficiaire et n'aura d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit.

Cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable. Ainsi, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers prévus par le code des assurances et le code civil.

Le bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, en cas de survenance du premier enfant de l'Assuré.

11. QUOTITES ASSUREES - RÉPARTITION DE L'ASSURANCE

La quotité figurant sur la demande d'adhésion à l'assurance ne peut être supérieure à 100 % par personne assurée et s'applique à toutes les garanties proposées.

Lorsqu'il y a répartition de l'assurance entre plusieurs personnes, chacune d'elles est considérée comme assurée personnellement à concurrence du pourcentage de prêt assuré (quotité) pour :

• le calcul des cotisations dues à l'Assureur,

• la détermination des prestations à servir par l'Assureur en cas de sinistre dans les limites fixées au paragraphe « LIMITATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS » et dans la limite des sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100%.

Le pourcentage de prêt assuré (quotité) souscrit à l'origine ne pourra pas être modifié en cours de prêt.

12. LIMITATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Limitation des garanties

Pour un même assuré, le montant total des capitaux assurés, à la date d'acceptation du risque par l'assureur, est limité à :

Dans le cadre du contrat n°2256 C :

• 1 500 000 euros (un million cinq cent mille euros), pour l'ensemble des prêts qui ont été accordés par le Prêteur et garantis par l'Assureur,

Dans le cadre du contrat n°2253 Z « Senior – Garantie Décès seul » :

• 480 000 euros (quatre cent quatre-vingt mille euros), pour l'ensemble des prêts qui ont été accordés par le Prêteur et garantis par l'Assureur.

Il tient compte :

• des capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion,

• et des nouveaux capitaux à assurer.

Si le total des capitaux assurés excède ces limites, les garanties seront, pendant toute la durée de l'assurance, réduites dans la proportion :

$$\frac{\text{Montant maximum assurable}}{\text{Total des capitaux assurés}}$$

Limitation des prestations

Les garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Incapacité Temporaire Totale / Invalidité Permanente Totale ne portent que sur les sommes venant normalement à échéance en vertu du contrat de prêt, à l'exclusion de tout arriéré et de toute pénalité de retard.

Par ailleurs, le montant des prestations Incapacité Temporaire de Travail du contrat n° 2256 C ne peut ne peuvent pas excéder **166 euros (cent soixante-six euros) par jour si un seul prêt est garanti, et de 233 euros (deux cent trente-trois euros) par jour si plusieurs prêts sont garantis.**

13. GARANTIE DECES

13.1 Définitions :

Le décès est pris en charge s'il survient en cours d'assurance et avant le 75^{ème} anniversaire de l'Assuré, et sous réserve des cas d'exclusions prévus au paragraphe « RISQUES EXCLUS ».

13.2 Prestations :

L'Assureur verse au Prêteur :

- le capital assuré restant dû tel qu'il ressort du tableau d'amortissement, arrêté au jour du décès. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès,

- le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,

Cas particuliers des prêts avec différé d'amortissement :

Durant la phase de différé, l'Assureur verse au Prêteur :

• Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital seulement,

- le montant du capital initial du prêt,

- les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès,

- Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital et intérêts,
 - le montant du capital initial du prêt
 - les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès.
- A l'issue de la période de différé, l'Assureur verse au Prêteur, le capital assuré restant dû au jour du décès. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.
- Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retards ou pénalités ne sont pas indemnisés.**

13.3 Déclaration de sinistre, formalités à remplir :

Le sinistre doit être déclaré à CNP Assurances - TSA 10681 - 44968 Nantes Cedex 9.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15.

Pièces à fournir :

- un bulletin de décès original,
 - un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis au paragraphe « RISQUES EXCLUS » (imprimé fourni par l'Assureur).
- Au titre de la garantie provisoire accident, il convient en outre de fournir :
- les pièces officielles (copie du rapport de police ou de gendarmerie) indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et le décès; la preuve du lien de causalité incombant aux ayants droit,
 - les éventuelles coupures de presse.

Ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine du sinistre.

Le versement de la prestation est subordonné à la production de ces justificatifs.

14. GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

14.1 Définition :

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

- l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive 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 65^{ème} anniversaire.

14.2 Prestations :

La prestation est identique à celle prévue en cas de décès. Elle est calculée et versée à la date de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par le Médecin conseil de l'Assureur.

14.3 Déclaration de sinistre, formalités à remplir :

Le sinistre doit être déclaré à CNP Assurances - TSA 10681 - 44968 Nantes Cedex 9.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur, CNP Assurances - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15.

Pièces à fournir :

- une copie de la demande d'adhésion,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- une copie de l'offre ou du contrat de prêt,
- une attestation médicale remplie sur l'imprimé de l'Assureur, par le médecin traitant de l'Assuré et lui-même,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

En cas d'accident ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie :

- les pièces officielles (copie du rapport de police ou de gendarmerie) indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et la perte totale et irréversible; la preuve du lien de causalité incombant à l'Assuré ou à ses ayants droit.

Et si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- la notification de la pension d'invalidité troisième catégorie établie par la Sécurité Sociale ou la notification de la rente accident du travail à 100 %.

Ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine du sinistre.

Le versement de la prestation 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 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.

15. GARANTIE INVALIDITE AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion.

Si les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer dans les dispositions particulières adressées à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS.

15.1 Définition de la garantie Invalidité AERAS (IA) :

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 au paragraphe « 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 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

15.2 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 au paragraphe « RISQUES EXCLUS » et de cessation sont identiques à celles définies pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente 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.

15.3 Cessation du versement des prestations :

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés au paragraphe « CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES »;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini au paragraphe « DEFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITE AERAS »;
- 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.

15.4 Règlement des sinistres – Pièces à fournir :

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 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.

16. GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT) ET GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT)

16.1 Définition de l'Incapacité Temporaire Totale :

Si l'Assuré est en activité professionnelle ou en recherche d'emploi au jour du sinistre :

Lorsque l'Assuré est dans l'impossibilité absolue, constatée médicalement, par suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et avant son 65ème anniversaire d'exercer son activité professionnelle ou toute recherche d'emploi, même partiellement.

Si l'Assuré est Sans activité professionnelle au jour du sinistre et ne perçoit pas d'allocation du Pôle Emploi ou d'organisme similaire :

Lorsque l'Assuré est dans l'impossibilité absolue, constatée médicalement, par suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et avant son 65ème anniversaire d'exercer une quelconque activité même partiellement.

Attention : si l'Assuré est la caution (ou encore le garant à quelque titre que ce soit du financement), la garantie Incapacité Temporaire Totale ne lui est acquise qu'en cas d'insolvabilité de l'emprunteur principal et s'il apporte la preuve qu'il est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins trois mois (3 mois) continus au jour du sinistre.

16.2 Définition de l'Invalidité Permanente Totale :

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 le taux d'incapacité permanente de l'assuré sur la base du tableau ci-après.

Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, 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.

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 l'exercer antérieurement à l'accident ou à la maladie (suivant la formule choisie), 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 D'INCAPACITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux fonctionnelle				
	60	70	80	90	100
30	48%	53%	58%	62%	67%
40	52%	58%	64%	69%	74%
50	56%	63%	68%	74%	79%
60	60%	66%	73%	79%	84%
70	63%	70%	77%	83%	89%
80	66%	73%	80%	87%	93%
90	69%	76%	83%	90%	97%
100	71%	79%	86%	93%	100%

Si le taux d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est égal ou supérieur à 66 %, l'Assuré est en Invalidité Permanente Totale et les prestations de l'Assureur sont maintenues. Si le taux d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est inférieur à 66 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

16.3 Prestations :

a) Délai d'attente :

L'incapacité de travail quelle qu'en soit la durée, survenant au cours des six mois suivant la date de prise d'effet des garanties, ne peut donner lieu à aucune indemnisation au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale.

Cette disposition ne s'applique pas aux incapacités dont la cause est accidentelle.

b) Délai de franchise pour la garantie Incapacité Temporaire Totale :

Les prestations sont dues à l'issue d'un délai de franchise de 90 (quatre-vingt-dix) jours d'incapacité totale et continue d'activité qui n'est jamais indemnisé. Ce délai débute au premier jour de chaque Incapacité Temporaire Totale. Il n'est pas appliqué si, après une période d'incapacité totale d'activité indemnisée par l'Assureur, l'Assuré a repris une activité pendant moins de 90 (quatre-vingt-dix) jours et si l'Assuré est de nouveau en incapacité totale d'activité pour le même accident ou la même maladie (selon l'option choisie).

c) Montant des prestations :

Base de calcul :

L'Assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application du délai de franchise, le paiement des échéances de crédit venant à échéance selon le fonctionnement normal du contrat de crédit et la quotité assurée, au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail, dans les limites indiquées au paragraphe ci-dessous.

- **Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :**

L'Assureur verse 100 % de la base de calcul dans la limite de 166 € (cent soixante-six euros) par jour si un seul prêt est garanti, et de 233 € (deux cent trente-trois euros) par jour, si plusieurs prêts sont garantis en Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale au titre du contrat.

Dans ce cas, les prestations sont limitées à la perte de revenu.

Définition de la perte de revenu :

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 :

$$\frac{\text{Revenu de référence X indice}^* \text{ au 1er janvier précédant l'actualisation}}{\text{Indice}^* \text{ au 1er janvier de l'année (n-3)}}$$

* 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.

Attention : Dans le cas où l'Assuré a souscrit plusieurs prêts couverts par l'Assureur au titre de contrats d'assurance qui prévoient chacun un plafonnement des prestations ITT à la perte de revenus de l'Assuré, le cumul des prestations servies au titre de ces différents contrats sera en tout état de cause limité à la perte de revenu de l'Assuré. La prise en charge portera en priorité sur les prêts les plus anciens et à concurrence de la perte de revenu.

Cas particulier :

- **Modification des échéances à la hausse à l'initiative de l'Assuré, intervenue dans les 365 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.

La limitation des prestations à la perte de revenu ne s'applique pas :

- aux prêts professionnels et aux prêts en devises ;
- aux travailleurs non-salariés (TNS).

- Si l'Assuré est Sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :
 - la prise en charge est limitée à 50 % de la base de calcul.
 - toutes les autres conditions de cette notice ainsi que le taux de cotisation restent inchangés.

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 ou l'Invalidité Permanente Totale ou pendant l'Incapacité Temporaire Totale ou l'Invalidité Permanente Totale,
- le montant du capital pour les prêts relais, les prêts remboursables au terme (In Fine) et les prêts étudiants.

d) Fin des prestations Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale

- En complément des causes de cessation des garanties citées au paragraphe « DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES », les prestations ITT cessent :
- dès la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel,
 - dès que l'Assuré ne se trouve plus en état Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale au sens du contrat,
 - dès que l'Assuré ne justifie plus d'un arrêt de travail,
 - à la date à laquelle est enregistrée la fin de la perte de revenu.

16.4 Déclaration de sinistre, formalités à remplir :

En vue du règlement des prestations, il revient à l'Assuré (ou ses ayants-droit), à l'issue de la période de franchise et au plus tard dans le délai de 90 jours suivant cette date, de fournir les documents ci-après. A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance partielle de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L113-2 4° du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

Le sinistre doit être déclaré à : CNP Assurances - TSA 10681 44968 Nantes CEDEX 9.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances- TSA 57161 – 75716 Paris Cedex 15.

Pièces à fournir pour tous les dossiers :

- une copie de la demande d'adhésion,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- une copie de l'offre ou du contrat de prêt,
- une attestation médicale remplie sur l'imprimé de l'Assureur par le médecin traitant de l'Assuré et lui-même,
- pour la caution : les pièces justifiant qu'elle se substitue à l'Emprunteur depuis au moins trois mois.

En cas d'accident:

- les pièces officielles (procès-verbal de police ou de gendarmerie) indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et l'incapacité totale de travail ; la preuve du lien de causalité incombant à l'Assuré ou à ses ayants droit.

Doivent être produits en outre :

♦ Si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- les justificatifs des rémunérations et indemnités imposables versées par les employeurs et organismes de prévoyance au cours des douze mois précédant l'incapacité totale de travail de l'Assuré,
- au cours de la période indemnisée :

- les bulletins de paye et/ou les justificatifs d'allocations et pensions de préretraite et de retraite,
- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'Assuré et l'organisme de prévoyance complémentaire de l'Assuré,
- les documents qui justifient de l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou l'Invalidité Permanente Totale de l'Assuré,
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou rente accident du travail de l'Assuré par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension d'invalidité ou rente accident du travail.

♦ Si l'Assuré est travailleur non salarié :

- 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 de la période de franchise,
- les justificatifs de paiement de pension ou de rente d'invalidité.

♦ Si l'Assuré est Sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocation versées par Pôle emploi :

- les certificats médicaux d'incapacité totale de travail.

Ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine du sinistre.

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 Commissions 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.

Versement des prestations :

Les prestations sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

17. RISQUES EXCLUS

Décès : l'Assureur couvre tous les risques de décès, à l'exclusion :

- du suicide de l'Assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties, sauf pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré dans la limite du montant fixé par décret (120 000 euros au 1^{er} janvier 2004) ;
- de sinistres résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré visés à l'article L. 113-1 du code des assurances ;
- des risques de navigation aérienne autres que ceux encourus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
- des matchs, courses, paris, compétitions sportives auxquels participe l'Assuré, à titre professionnel ou sous contrat rémunéré ;

- des accidents de la circulation résultant de la consommation par l'Assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre ;
- des sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de records, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vol sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel, parapente ;
- les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- des rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel ;
- des conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active, sauf pour les militaires de carrière en mission, les gendarmes, les policiers, les pompiers, y compris volontaires, et les démineurs dans l'exercice de leur profession ou de leur fonction ;
- des conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale ;

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

Sont exclus les risques listés pour la garantie Décès (hormis l'exclusion concernant le suicide) ainsi que les suites et conséquences :

- de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L324-1 du code de la sécurité sociale ;
- des accidents résultant de l'usage par l'Assuré de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale ;
- de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- les conséquences d'effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

Est exclue la PTIA qui survient alors que l'Assuré est en préretraite ou en retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail.

Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale: Sont exclus les risques listés pour la garantie Décès (hormis l'exclusion concernant le suicide), et pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ainsi que les suites et conséquences :

- d'une affection psychiatrique, affection psychotique, affection névrotique, dépression nerveuse, syndrome anxio-dépressif, état dépressif, anxiété, sauf si cette affection a nécessité une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle ;
- d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.

18. 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 au paragraphe « GARANTIE DECES » soient fournies par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,
- les risques de PTIA, 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 19 « 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.

19. CONTRÔLE MÉDICAL

Les décisions du Médecin conseil de l'Assureur relatives à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et à l'Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ne sont pas liées à celles de la Sécurité sociale.

L'Assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis.

Il peut alors faire contrôler à ses frais, par un médecin, l'état de santé de l'Assuré.

Ce contrôle médical peut avoir lieu en présence d'un médecin au choix de l'Assuré et à ses frais. Si l'Assuré s'oppose à ce contrôle, il perd droit aux prestations.

Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation de l'Assureur en vue d'une visite médicale restent à la charge de l'Assuré.

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'ITT et de l'IPT, 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 conciliation peut-être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article « PROCEDURE DE CONCILIATION ET TIERCE EXPERTISE ».

Si l'Assuré refuse de se soumettre à la visite médicale 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 de la visite médicale.

20. PROCEDURE DE CONCILIATION ET TIERCE EXPERTISE

20.1 Conciliation

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 conciliation 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 «PROCÉDURE DE CONCILIATION EN CAS DE SINISTRE» dans les trois mois suivant son envoi par l'Assureur, accompagné d'un certificat médical demandé dans ce document, ou à défaut, dans ce même délai, faire parvenir à l'Assureur :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers expert,

et

- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur, ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le Médecin contrôleur de l'Assureur, rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

20.2 Tierce expertise

L'Assureur invite son Médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert afin 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 les voies de droit.

Quelle que soit l'issue de cette procédure, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

21. RECLAMATION, MEDIATION ET LITIGE

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises. L'Assureur et le Prêteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Pour toute réclamation relative à l'adhésion 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 Gestion Emprunteurs - Service Souscriptions – 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 la Médiation de

l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris Cedex 09. 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'adhésion dans l'assurance. La saisine du Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini au paragraphe « DELAIS DE PRESCRIPTION ».

22. DELAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites dans le délai de 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, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- 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 et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;

- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

23 – COTISATIONS – CONDITIONS DE REGLEMENT

La cotisation est calculée sur le capital initial assuré, pondéré de la quotité, quel que soit le montant débloqué, en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'effet des garanties, des éventuelles majorations (surprimes) applicables au regard des garanties demandées et de l'étude de la demande de l'Assuré.

Elle est due dès la date d'effet des garanties et est payable périodiquement lors de chaque échéance de remboursement du prêt.

Le montant de la première cotisation est calculé en fonction de la durée écoulée entre la date de prise d'effet des garanties et le premier prélèvement de cotisation. La cotisation est prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt.

Pour les prêts avec différé en capital et en intérêts, la cotisation d'assurance est également due dès la date d'effet des garanties.

Le taux de cotisation, taxes en vigueur comprises, est constant pendant toute la durée du prêt. Il ne subit pas de réduction à la fin des garanties PTIA, ITT et IPT.

Conformément à l'article L.141-3 du code des assurances, le Prêteur peut exclure du contrat un Assuré qui cesse de payer ses cotisations. Cette exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le Prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations.

24 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'Assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, responsable du traitement, au co-assureur (BPCE Vie), à l'organisme Prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, aux réassureurs, aux prestataires et aux organismes professionnels concernés.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

Par ailleurs, l'organisme Prêteur pourra adresser à l'Assuré des offres sur ses produits et services sauf opposition de sa part. Dans ce cas, l'Assuré lui adressera un courrier en ce sens

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 - GROUPE CAISSE DES DEPOTS

BPCE Vie - société anonyme au capital de 122 157 424 euros - 349 004 341 RCS Paris - Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris France - Entreprise régie par le code des assurances. Filiale de Natixis Assurances

BPCE - société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 155 742 320 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13 - intermédiaire en assurance inscrit à l'ORIAS sous le N°08 045 100

Banque Populaire Atlantique - Société anonyme coopérative de Banque Populaire à capital variable, régie par les articles L512-2 et suivants du Code Monétaire et Financier et l'ensemble des textes relatifs aux Banques Populaires et aux établissements de crédit- 857 500 227 RCS Nantes - Siège social : 1, rue Française Sagan - Saint Herblain - 44919 NANTES CEDEX 9 - intermédiaire en assurance inscrit à l'ORIAS sous le N°07 004 504.

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 février 2011, pour apporter de nouvelles avancées par rapport à l'engagement précédent.

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) actuel ou passé, pourrait éventuellement vous empêcher d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standards.

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

Vous trouverez une information complète sur la Convention AERAS sur les sites 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 réaffirme 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 d'un document électronique sécurisé. Par souci de confidentialité, votre conseiller Banque Populaire ne vous assistera qu'à votre demande.

Le questionnaire médical 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 l'Assureur aux conditions standard, 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 par les professionnels 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 de la Sécurité Sociale (PSS) :

- revenu < 1 fois le PSS si votre nombre de parts est 1
- revenu < 1,25 fois le PSS, si votre nombre de parts est de 1,5 à 2,5
- revenu < 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 PTZ+, 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 qu'elle que soit la solution d'assurance retenue. Sachez cependant que les taux d'intérêt peuvent néanmoins évoluer pendant la durée d'instruction de votre dossier d'assurance.

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 de l'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 possible 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, à la place de l'assurance, de trouver 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 pourrez faire appel à une commission de médiation.

Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises ; 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 de la convention AERAS

61, rue Taitbout
75009 PARIS

01/2012