

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION  
CONTRAT D'ASSURANCE  
EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7371 M  
À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

**CANDIDAT À L'ASSURANCE**

M.  Mme  Mlle Né(e) le :         à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_  
 Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Partenaire d'un PACS  Concubin(e)  Veuf(ve)

Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Nom usuel ou marital \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Complément d'adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal      Commune \_\_\_\_\_  
 Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_  
 Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle  

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraillés
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

**CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT**

Qualité :  EPR : Emprunteur  CPR : Coemprunteur  CTP : Caution personne physique

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt	Durée	Quotité assurée	Capital assuré
			€	Amortissable / Différé partiel	mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€

**OPTION DÉLAI DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (à remplir obligatoirement)**

Je choisis l'option suivante :  Franchise 180 jours  Franchise 90 jours

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.  
 Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information sur le « Droit à l'oubli » et de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.

**Je déclare :**

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Coassureurs et l'Assuré sont régies par le droit français ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Apériteur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'Apériteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires au vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Apériteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Apériteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les Coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers 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, aux Coassureurs, responsables du traitement, au Souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, voire d'opposition pour motif légitime des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de : CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.

Fait à \_\_\_\_\_, le

Signature

Exemplaire destiné à l'Assuré



**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION  
CONTRAT D'ASSURANCE  
EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7371 M  
À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

**CANDIDAT À L'ASSURANCE**

M.    Mme    Mlle   Né(e) le :       à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_  
 Célibataire    Marié(e)    Divorcé(e)    Partenaire d'un PACS    Concubin(e)    Veuf(ve)

Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Nom usuel ou marital \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Complément d'adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal     Commune \_\_\_\_\_  
 Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_  
 Statut :    Fonctionnaire    Salarié    Non salarié    Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraillés
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

**CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT**

Qualité :    EPR : Emprunteur    CPR : Coemprunteur    CTP : Caution personne physique

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt Amortissable / Différé partiel	Durée	Quotité assurée	Capital assuré
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€

**OPTION DÉLAI DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (à remplir obligatoirement)**

Je choisis l'option suivante :    Franchise 180 jours    Franchise 90 jours

**Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.**  
**Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information sur le « Droit à l'oubli » et de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.**

- Je déclare :**
- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
  - Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate à la date de conclusion de l'adhésion ;
  - Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Coassureurs et l'Assuré sont régies par le droit français ;
  - M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
  - Être Informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Apériteur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'Apériteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
  - Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Apériteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
  - Reconnaître avoir été Informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Apériteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
  - Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les Coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers 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, aux Coassureurs, responsables du traitement, au Souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, voire d'opposition pour motif légitime des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de : **CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.**

Fait à \_\_\_\_\_ le       Signature \_\_\_\_\_

Exemplaire destiné à la Mutuelle



**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION  
CONTRAT D'ASSURANCE  
EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7371 M  
À REMPLIR LISIÈLEMENT AU STYLO-BILLE**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

**CANDIDAT À L'ASSURANCE**

M.  Mme  Mlle Né(e) le :       à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Partenaire d'un PACS  Concubin(e)  Veuf(ve)

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom usuel ou marital \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Agriculteurs exploitants                                      |
| 2 | Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise                     |
| 3 | Cadres, Professions libérales Enseignants                     |
| 4 | Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise    |
| 5 | Employés  |
| 6 | Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)                       |
| 7 | Retraités   |
| 8 | Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs) |

**CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT**

Qualité :  EPR : Emprunteur  CPR : Coemprunteur  CTP : Caution personne physique

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt Amortissable / Différé partiel	Durée	Quotité assurée	Capital assuré
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€

**OPTION DÉLAI DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (à remplir obligatoirement)**

Je choisis l'option suivante :  Franchise 180 jours  Franchise 90 jours

**Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes. Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information sur le « Droit à l'oubli » et de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.**

**Je déclare :**

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Coassureurs et l'Assuré sont régies par le droit français ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Apériteur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'Apériteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Apériteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Apériteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les Coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers 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, aux Coassureurs, responsables du traitement, au Souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, voire d'opposition pour motif légitime des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de : CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.

Fait à \_\_\_\_\_, le

Signature

Exemplaire destiné à l'Organisme ayant donné sa caution



**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION  
CONTRAT D'ASSURANCE  
EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7371 M  
À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

**CANDIDAT À L'ASSURANCE**

M.  Mme  Mlle Né(e) le :       à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Partenaire d'un PACS  Concubin(e)  Veuf(ve)

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom usuel ou marital \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions Intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraités
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

**CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT**

Qualité :  EPR : Emprunteur  CPR : Coemprunteur  CTP : Caution personne physique

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt Amortissable / Différé partiel	Durée	Quotité assurée	Capital assuré
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€

**OPTION DÉLAI DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (à remplir obligatoirement)**

Je choisis l'option suivante :  Franchise 180 jours  Franchise 90 jours

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.  
Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information sur le « Droit à l'oubli » et de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.  
Je déclare :

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Coassureurs et l'Assuré sont régies par le droit français ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être Informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Apériteur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'Apériteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Apériteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été Informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Apériteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les Coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers 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, aux Coassureurs, responsables du traitement, au Souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, voire d'opposition pour motif légitime des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de : **CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.**

Fait à \_\_\_\_\_ le

Signature \_\_\_\_\_

Exemplaire destiné à CNP Assurances

**Document d'information sur le « droit à l'oubli » à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt personnel ou professionnel entrant dans le cadre de la Convention AERAS**

Un protocole a été signé le 24 mars 2015, en présence du Président de la République, entre les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, l'INCa et des associations de malades pour instaurer un « droit à l'oubli » devant permettre aux personnes guéries d'un cancer de ne plus avoir besoin de le déclarer au moment de contracter l'assurance d'un crédit. Ce protocole vise à mettre en œuvre un tel « droit à l'oubli » et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse. Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques, et cet engagement sera mis en œuvre, dans le cadre de la Convention AERAS, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Les signataires de la Convention AERAS se sont attachés à tirer les conséquences de ce protocole d'accord et à intégrer ces avancées au sein de la Convention. De plus, une première grille de référence a été établie qui fixe, pour une première liste de pathologies, les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ou exclusion de garantie ne pourra être appliquée.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 190 des dispositions sur le "droit à l'oubli" dont certaines modifient celles figurant dans l'avenant du 2 septembre 2015.

La présente fiche reprend les dispositions actuellement en vigueur. En l'absence d'actualisation de certains questionnaires de santé pour prendre en compte ces nouvelles dispositions, celles-ci s'appliquent d'office.

## 1. Critères relatifs à votre projet :

Pour que vous puissiez bénéficier des dispositifs mentionnés au 2.) il est nécessaire que :

- Votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
  - o Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
  - o Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71<sup>ème</sup> anniversaire.

## 2. Il convient de distinguer deux dispositifs applicables selon votre situation :

### 2.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions.

Si votre projet réunit les critères définis au 1.), vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

- a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos **18 ans\*** :
  - o si la date de fin du *protocole thérapeutique*<sup>1</sup> remonte à plus de **5 ans\*** au jour de votre demande d'assurance ;
  - o **et s'il n'a pas été constaté de rechute**<sup>2</sup> de votre maladie.

**Vos droits :** vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé ;

Ou bien

- b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos **18 ans**<sup>\*</sup> :
- si la **date de fin du protocole thérapeutique**<sup>1</sup> remonte à plus de **10 ans**\* au jour de votre demande d'assurance ;
  - et s'il n'a pas été constaté de **rechute**<sup>2</sup> de votre maladie,

**Vos droits** : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

**Si votre projet réunit les critères mentionnés au 1) et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées aux 2.1), vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent.** En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 2.1) dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

## 2.2 L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence.

La première grille de référence de pathologies est entrée en vigueur à la date de mise en ligne sur le site AERAS, le 4 février 2016. Cette grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au 1.), que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au 2.1) et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, **alors vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards.**

**Vos droits** : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée si la date de fin du protocole thérapeutique<sup>1</sup> remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert.

## 3. Evolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence de pathologies a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé la grille de référence de pathologies pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » inférieurs à ceux mentionnés au 2.1 a) et au 2.1 b).

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique « Droit à l'oubli » sur le site internet officiel de la Convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

### LEXIQUE

<sup>1</sup> **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

<sup>2</sup> **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

\* L'âge limite (15 ans) et les délais de respectivement 5 et 15 ans étaient valables à compter de la signature de l'avenant à la Convention AERAS révisé à la suite de la mise en place du « droit à l'oubli » le 2 septembre 2015 et jusqu'à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé le 27 janvier 2016.



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE

N° contrat 7371 M  
N° collectivité [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## CANDIDAT A L'ASSURANCE

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Nom usuel ou marital \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_

1 Indiquez : Votre taille \_\_\_\_\_ cm      Votre poids \_\_\_\_\_ kg

**Répondez obligatoirement OUI ou NON (en toutes lettres) dans chaque case et si OUI, complétez.**

**\*\* : ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 10 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)**

**Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel secret médical », à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Souscripteur, qui la lui transmettra sans l'ouvrir.**

**TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLÉTÉ SERA RETOURNÉ.**

2 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 (sauf congé légal de maternité) Depuis quand ? \_\_\_\_\_

3 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_  
 À quel taux ou quelle catégorie ? \_\_\_\_\_  
 Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? \_\_\_\_\_

4 Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? \*\*  Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

5 Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?  Précisez pour chacun des arrêts :  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

6 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? \*\*  Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

7 Avez-vous subi au cours de votre existence, une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? \*\*  Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand ? \_\_\_\_\_

8 Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence :

	Laquelle ?	Quand ?	Durée :
- d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? **	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- de diabète ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection digestive ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection neurologique ou du système nerveux ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection rénale ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____

9 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ? \*\*  Précisez pour chaque traitement :  
 Lequel ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

10 Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ? \*\*  Lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 Depuis quand ? \_\_\_\_\_

11 Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_  
 Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Lequel ? \_\_\_\_\_  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_

12 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de :

- réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____	Quand ? _____
- être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____	
		Hospitalisé <input type="checkbox"/>	Traité <input type="checkbox"/>
		Pourquoi ? _____	Opéré <input type="checkbox"/>
			Quand ? _____

**Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé, entraîne la nullité du contrat (art. L. 113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent Questionnaire de Santé est de 3 mois à compter de la date de signature. J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin par l'Apériteur, ses délégués et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Apériteur, ses mandataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.**

**Conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, voire d'opposition pour motif légitime des données relatives à votre santé que vous pouvez exercer à tout moment auprès du Médecin-conseil de CNP Assurances - 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.**

**Je conserve l'exemplaire du Questionnaire de Santé qui m'est destiné, dûment complété et signé par mes soins.**

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_, le [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Signature

Exemplaire destiné à CNP Assurances



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE

N° contrat 7371 M  
N° collectivité [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**CANDIDAT A L'ASSURANCE**

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Nom usuel ou marital \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_

1 Indiquez : Votre taille \_\_\_\_\_ cm Votre poids \_\_\_\_\_ kg

**Répondez obligatoirement OUI ou NON (en toutes lettres) dans chaque case et si OUI, complétez.**

**\*\* : ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 10 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)**  
**Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel secret médical », à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Souscripteur, qui la lui transmettra sans l'ouvrir.**

**TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ.**

2 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 (sauf congé légal de maternité) Depuis quand ? \_\_\_\_\_

3 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_  
 À quel taux ou quelle catégorie ? \_\_\_\_\_  
 Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? \_\_\_\_\_

4 Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? \*\*  \*\* Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

5 Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?  Précisez pour chacun des arrêts :  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

6 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? \*\*  \*\* Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

7 Avez-vous subi au cours de votre existence, une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? \*\*  \*\* Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand ? \_\_\_\_\_

8 Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence :	Laquelle ?	Quand ?	Durée :
- d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? **	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- de diabète ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection digestive ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection neurologique ou du système nerveux ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection rénale ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	<input type="checkbox"/>	_____	_____

9 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ? \*\*  \*\* Précisez pour chaque traitement  
 Lequel ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

10 Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ? \*\*  \*\* Lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 Depuis quand ? \_\_\_\_\_

11 Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_  
 Suivez vous actuellement un traitement médical ?   
 Lequel ? \_\_\_\_\_  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_

12 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de :  
 - réaligner des examens de laboratoire ou d'autres examens ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_  
 - être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)   
 Hospitalisé  Traité  Opéré   
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé, entraîne la nullité du contrat (art. L. 113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent Questionnaire de Santé est de 3 mois à compter de la date de signature. J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin par l'Apériteur, ses délégués et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Apériteur, ses mandataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

Conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, voire d'opposition pour motif légitime des données relatives à votre santé que vous pouvez exercer à tout moment auprès du Médecin-conseil de CNP Assurances - 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.  
 Je conserve l'exemplaire du Questionnaire de Santé qui m'est destiné, dûment complété et signé par mes soins.

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_ le [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] Signature

Exemplaire destiné à l'Assuré



# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS N° 7371 M

## DÉFINITIONS

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

**Accident** : l'accident s'entend de 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 a pris effet.

**Candidat à l'assurance** : est ainsi dénommée, toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance de groupe mais pour laquelle les garanties n'ont pas encore pris effet. Lorsque l'assurance a pris effet, cette personne est dénommée "l'Assuré".

**Délai de franchise** : période continue pendant laquelle l'Assureur ne verse pas de prestation.

**Emprunteur** : est ainsi dénommée toute personne ayant demandé ou obtenu un prêt auprès d'un établissement de crédit. Il s'agit des emprunteurs, des coemprunteurs et de leurs cautions personnes physiques.

## ARTICLE 1 OBJET DE L'ASSURANCE

Le présent contrat d'assurance de groupe souscrit par les Mutuelles et organismes ci-après dénommés « le Souscripteur » est coassuré par CNP Assurances dénommée ci-après « l'Apériteur » pour une quote-part de 75 % et MFPrévoyance dénommée ci-après « le Coassureur » pour une quote-part de 25 %.

Le présent contrat a pour objet de garantir, dans les conditions fixées ci-après, les Assurés désignés à l'article 5 contre la survenance des risques, tels que définis à l'article 16 de la présente notice.

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

Il répond aux recommandations de la Convention AERAS (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) révisée.

## ARTICLE 2 INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

**2.1** – Le contrat 7371 M est souscrit auprès de CNP Assurances - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15, France.

L'Autorité chargée du contrôle des coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

**2.2** – Le montant de la prime d'assurance est indiqué à l'annexe tarifaire de la présente notice d'information. La prime d'assurance est exigible dès la prise d'effet des garanties.

**2.3** – La durée de l'adhésion est fixée à l'article 10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION. Les garanties du contrat sont mentionnées à l'article 16 - DÉFINITION DES GARANTIES ET MONTANT DES PRESTATIONS. Les exclusions au contrat n° 7371 M sont mentionnées à l'article 17 - RISQUES EXCLUS.

**2.4** – L'offre contractuelle d'assurance 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 10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION et à l'article 11 - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES.

L'adhésion au contrat n° 7371 M s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 7 - ADHÉSION DANS L'ASSURANCE - FORMALITÉS D'ADHÉSION. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 20 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DE LA PRIME. 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'Apériteur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) Emprunteurs 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 13 - DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE.

**2.6** – Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Coassureurs et l'Assuré sont régies par le droit français. Les Coassureurs s'engagent à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

**2.7** – Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 24 - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION.

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 juin 1999 – 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 janvier 1990).

## ARTICLE 3 MONTANT MAXIMUM GARANTI ET QUOTITÉ ASSURÉE

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré est fixé à 900 000 euros et ce, quel que soit le type de prêts (tel que défini à l'article 4) et quels que soient le nombre et le montant total des prêts garantis au titre de l'ensemble des contrats en couverture de prêts, en prenant en compte la quotité assurée.

L'encours est égal au capital garanti, sur la tête de l'Assuré au jour de l'adhésion, au titre de l'ensemble de ses prêts assurés par l'un des contrats d'assurance en couverture de prêts souscrits par les Mutuelles et Organismes auprès des Coassureurs.

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.

Il n'y a pas de possibilité de modifier la quotité du prêt assuré par le présent contrat, à l'exception des cas visés à l'article 8.1.

Exemplaire destiné à l'Assuré



## ARTICLE 4 PRÊTS ASSURABLES

Le présent contrat couvre les prêts immobiliers amortissables dont les caractéristiques sont les suivantes :

- les prêts à taux fixe et à échéances constantes,
- les prêts à taux fixe et à échéances progressives,
- les prêts à taux variables,
- les prêts modulables,
- les prêts avec amortissement différé partiel ou total, avec amortissement constant et/ou palier,
- les prêts amortissables achat-revente intégrant une faculté de remboursement anticipé dès la 1<sup>ère</sup> année,
- les prêts à taux zéro.

Peuvent également être garantis par le présent contrat, les crédits à la consommation affectés au financement de travaux d'un montant inférieur ou égal à 75 000 euros.

**Les prêts in fine sont totalement exclus de toute couverture par le présent contrat.**

## ARTICLE 5 PERSONNES ASSURABLES

Peuvent être assurés, les personnes physiques n'ayant pas atteint leur 65<sup>ème</sup> anniversaire à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et ayant la qualité suivante :

- Emprunteur titulaire du prêt immobilier ou du crédit à la consommation et membre du Souscripteur,

ou

- Coemprunteur ou caution personne physique du titulaire du prêt même si ces deux personnes n'ont pas la qualité de fonctionnaire,

ou

- Emprunteurs, coemprunteurs, cautions personnes physiques tels que définis ci-dessus qui participent par leurs apports en compte courant au financement d'une SCI. **La SCI doit être constituée exclusivement entre parents et alliés jusqu'au 4<sup>ème</sup> degré.**

## ARTICLE 6 RÉPARTITION DE L'ASSURANCE

**Il ne peut y avoir plus de deux Assurés au titre d'un même prêt.**

Lorsque l'assurance repose sur deux têtes, les parts de garantie de l'Emprunteur, du Coemprunteur ou de la caution personne physique de l'Emprunteur sont librement fixées par ces personnes sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion

## ARTICLE 7 ADHÉSION DANS L'ASSURANCE - FORMALITÉS D'ADHÉSION

**L'adhésion dans l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Apériteur.**

**Les formalités d'adhésion sont obligatoires**, elles comportent un Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et un Questionnaire de Santé à compléter intégralement et à signer par le Candidat à l'assurance.

Lors de son adhésion le Candidat à l'assurance choisit, au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'option délai de franchise. Le Candidat à l'assurance peut opter pour :

- un délai de franchise de **180 jours** d'interruption continus d'activité pendant lequel l'Apériteur ne verse pas de prestation,
- un délai de franchise de **90 jours** d'interruption continus d'activité pendant lequel l'Apériteur ne verse pas de prestation.

Le Questionnaire de Santé 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 Souscripteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir. Cette procédure s'applique également pour l'envoi de tout document médical à l'initiative du Candidat à l'assurance.

**Le Questionnaire de Santé dûment complété et signé par le Candidat à l'assurance est valable trois (3) mois à compter de sa signature.** Si l'Apériteur ne l'a pas reçu dans ce délai, le Candidat à l'assurance doit remplir un nouveau Questionnaire de Santé.

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété, à la demande de l'Apériteur, d'exams médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Apériteur et à ses frais. 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 des examens médicaux est fixée à six (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 avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.1 et modifie les réponses portées sur le Questionnaire de Santé signé lors de la demande d'adhésion, le Candidat à l'assurance est tenu d'en informer l'Apériteur par l'intermédiaire du Souscripteur.**

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Apériteur entraînera la nullité de l'adhésion et les primes resteront acquises à l'Apériteur à titre de dommages et intérêts, et ce conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances.**

## ARTICLE 8 MODIFICATION DES CARACTÉRISTIQUES DU OU DES PRÊTS ASSURÉS PENDANT LA DURÉE DU CONTRAT

**Article 8.1. Dispositions en cas de rachat ou de réaménagement d'un prêt initialement garanti au titre de ce contrat**

Les cas ne donnant pas lieu à renouvellement des formalités d'adhésion sont les suivants :

- diminution du capital assurable, de la durée, de la quotité,
- augmentation de la durée d'assurance dans la limite de 5 ans,
- augmentation du capital assurable tant que celui-ci, après augmentation, n'excède pas 200 000 €.



- augmentation du capital assurable, le portant au-delà de 200 000 €, lorsque les deux conditions suivantes sont remplies cumulativement :
  - la modification n'excède pas 20 000 €,
  - la modification n'entraîne pas le franchissement d'un des seuils (300 000 €, 500 000 € ou 800 000 €).

**En cas de franchissement de l'un de ces seuils, les formalités d'adhésion sont à renouveler.**

- changement du numéro de prêt,
- modification du nombre de prêts à montant total assuré égal.

**Tous les autres cas nécessitent un renouvellement des formalités d'adhésion telles que décrites à l'article 7 de la présente notice.**

**Article 8.2. Dispositions en cas de rachat, de réaménagement d'un prêt non assuré par le présent contrat ou en cas d'une demande d'adhésion pour couvrir un prêt en cours d'amortissement**

Dans les cas précités, l'Emprunteur doit effectuer sa demande d'adhésion selon les formalités décrites à l'article 7.

## ARTICLE 9 DÉCISION DE L'APÉRITEUR

**L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Apériteur. Au terme de l'examen des formalités d'adhésion, l'Apériteur peut :**

**- Accepter l'entrée dans l'assurance :**

Cette acceptation peut être donnée :

- **sans réserve** : elle vaut pour tous les risques couverts dans les limites du présent contrat.
- **avec réserves** : elle exclut certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises. Le détail de(s) l'exclusion(s) partielle(s) de garantie(s) est communiqué directement au Candidat à l'assurance par courrier séparé signé du Médecin-conseil de l'Apériteur. En cas de réserves partielle ou totale portant sur la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la convention AERAS (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) révisée, d'une proposition de la garantie Invalidité AERAS telle que définie à l'article 16.3.

**- 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 l'entrée dans l'assurance au titre du présent contrat :**

Une telle décision déclenche automatiquement une étude sur les conditions d'assurance possibles dans un dispositif de deuxième ou de troisième niveau conformément aux dispositions de la convention AERAS révisée.

**Notification de la décision de l'Apériteur**

- **Acceptation sans réserve** : la décision de l'Apériteur est notifiée, par écrit, par le Souscripteur, au Candidat à l'assurance.
- **Acceptation avec réserves** : l'Apériteur envoie un courrier au Candidat à l'assurance lui notifiant, en deux (2) exemplaires, les dispositions particulières d'assurance. Le Candidat à l'assurance doit donner son accord exprès sur cette décision pour être Assuré. Le Candidat à l'assurance peut :
  - **accepter la proposition de l'Apériteur** : son accord est formalisé par la signature d'un exemplaire des dispositions particulières d'assurance qui lui ont été envoyées ; il retourne l'exemplaire « Assureur » des Dispositions particulières complété et signé au Souscripteur. Le Candidat à l'assurance conservera son exemplaire « Assuré ».
  - **refuser ou ne pas donner suite à la proposition de l'Apériteur** : dans ce cas la demande d'adhésion est classée sans suite et l'Emprunteur n'est pas Assuré.

- **Ajournement ou refus de la demande d'adhésion** : l'Apériteur notifie la décision, par écrit, à l'Emprunteur.

**En cas d'acceptation avec réserves, d'ajournement ou de refus de la demande d'adhésion** sur le courrier de notification de la décision de l'Apériteur sont indiquées les coordonnées de la commission de médiation AERAS et la possibilité pour l'Emprunteur de prendre contact par courrier avec le médecin de l'Apériteur, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin de son choix pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions d'assurance.

**La décision émise par l'Apériteur est valable six (6) mois à compter de la date de notification au Candidat à l'assurance. Si, avant la fin de ce délai, la prise d'effet de l'assurance n'est pas intervenue ou si l'offre de prêt devient caduque, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.**

**Toute contestation est recevable dans un délai de six (6) mois à compter de la date de notification au Candidat à l'assurance.**

L'adhésion à l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un prêt immobilier déterminé aux conditions initiales de ce prêt immobilier, telles que définies à l'article 4.

**Une autre opération d'emprunt nécessite un renouvellement des formalités d'adhésion, telles que prévues à l'article 7.**

## ARTICLE 10 DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

**Article 10.1. Date de conclusion de l'adhésion**

- si l'acceptation est donnée sans réserve, l'assurance est conclue au jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.
- si l'acceptation est donnée avec réserves, l'assurance est conclue à la date de signature par le Candidat à l'assurance de la notification des dispositions particulières d'assurance.

**Article 10.2. Durée de l'adhésion**

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt garanti mentionnée sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 12 de la présente notice.

Conformément aux articles L. 313-30 et L. 313-31 du code de la consommation et de l'article L. 113-12-2 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de substitution et de résiliation du présent contrat d'assurance dans un délai de douze (12) mois à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré notifie au Souscripteur sa demande de résiliation par courrier recommandé au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période de douze (12) mois. La demande de substitution s'effectue auprès du prêteur selon les modalités qui sont fixées dans l'offre de prêt.

Ensuite, l'Assuré notifie par lettre recommandée la décision du prêteur au Souscripteur. En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- soit dix (10) jours après réception de la décision du prêteur par le Souscripteur,
- 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.

Par ailleurs, l'Assuré dispose d'une faculté annuelle de résiliation, sous réserve d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception au Souscripteur au moins deux (2) mois avant la date d'échéance (date anniversaire de l'adhésion). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle. Cette résiliation peut, le cas échéant, avoir des conséquences sur l'offre de prêt de l'Assuré.

## ARTICLE 11 DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime, à la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 10.1. Dans le cadre de la vente à distance et si le délai de renonciation n'a pas encore expiré, l'Emprunteur donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion.

## ARTICLE 12 CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque Assuré :

- au terme contractuel du prêt garanti quelle qu'en soit la cause,
- en cas de non-paiement de prime selon les modalités prévues à l'article 21 du présent contrat,
- pour la caution personne physique assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord de l'organisme prêteur,
- à la date de remboursement anticipé total du prêt,
- à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
- au jour du versement de la prestation en cas de Décès ou de PTIA,
- au jour de la réception par le Souscripteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 13,
- au jour de la prise d'effet de la résiliation de l'assurance par l'Assuré et ce, dans les conditions fixées à l'article 10.2,
- au jour de la réception, par le Souscripteur, de la lettre de l'Assuré l'informant de sa renonciation à la réalisation de l'opération immobilière. Le Souscripteur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées depuis la prise d'effet des garanties.

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

- pour la garantie Décès : à l'échéance de prime mensuelle qui suit le 75<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré,
- pour la garantie PTIA : au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré sans entraîner de modification du montant des primes,
- pour les garanties Incapacité Temporaire Totale (ITT) et Invalidité AERAS :
  - à l'échéance de prêt qui suit la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite ou préretraite, sans entraîner de modification du montant des primes
  - et au plus tard à l'échéance de prêt qui suit le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré, sans entraîner de modification du montant des primes.

## ARTICLE 13 DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE

La signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion ou la signature par l'Emprunteur de la notification des conditions d'acceptation par l'Apériteur ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

### a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

- si le contrat est vendu à distance : le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet. Conformément à l'article L. 112-2-1 du code des assurances, l'assuré peut renoncer à son adhésion au contrat dans les quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.1 de la présente notice.
- si le contrat est vendu par démarchage : la vente par démarchage est la sollicitation d'un adhérent, 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<sup>er</sup> 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 quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.1, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. 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 la renonciation

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée au Souscripteur à l'adresse suivante : Mutuelle (adresse du Souscripteur) - Service des adhésions (...). Elle peut être faite selon le modèle suivant : « Je soussigné(e), M. Mme. Mlle (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 7371 M que j'ai signée le ...à... (Lieu d'adhésion). Le... (Date et signature). »

### c) Effets de la renonciation

Le Souscripteur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de trente (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 par le souscripteur 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 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 14 TERRITORIALITÉ

La garantie Décès s'exerce dans tous les pays du monde.

L'Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'Invalidité AERAS et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) doivent être constatées en France (France métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre-Mer), quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

Les prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont calculées selon la quotité assurée sur la base du capital restant dû figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou sur l'échéancier établi par l'organisme prêteur, arrêté au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Apériteur, sur le sol français.

Les prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) et d'Invalidité AERAS sont calculées sur le montant des échéances de prêt entières et échues selon la quotité assurée, qui suivent la date de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Apériteur, sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'Apériteur sur le sol français restent à la charge de l'Assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'Apériteur sont à la charge de ce dernier.

## ARTICLE 15 BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties sont versées en fonction du type de risque survenu.

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont réglées à l'organisme prêteur qui a consenti le prêt ou, le cas échéant, l'organisme ayant accordé sa caution. Le prêteur ou l'organisme ayant accordé sa caution est bénéficiaire des prestations garanties dans la limite des sommes restant dues par l'Assuré, fixées selon le(s) tableau(x) d'amortissement(s) ou l'échéancier du contrat de(s) prêt(s) transmis par le prêteur.

En cas d'Invalidité AERAS ou d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), les prestations sont réglées à l'Assuré.

En tout état de cause, les prestations sont versées au Souscripteur, charge à lui de les verser conformément aux stipulations précisées ci-dessus.

## ARTICLE 16 DÉFINITION DES GARANTIES ET MONTANTS DES PRESTATIONS

Sous réserve de la décision de l'Apériteur, tout ou partie des garanties est accordée. Les garanties sont accordées sous réserve du paiement des primes d'assurance.

L'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur, doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois (3) mois à la date de survenance du sinistre Décès, PTIA et ITT pour demander le bénéfice des prestations.

### Article 16.1. Décès

En cas de décès d'un Assuré survenant en cours d'assurance et avant la fin du mois qui suit son 75<sup>ème</sup> anniversaire, l'Apériteur garantit sous réserve des risques exclus figurant à l'article 17 :

- soit le paiement en une seule fois des sommes dues par l'Assuré au jour du sinistre, d'après le tableau d'amortissement du prêt en cours à la date de sinistre ou de l'attestation de l'organisme prêteur (à l'exclusion de toutes échéances arriérées), augmentées des intérêts éventuellement dus,
- soit le paiement du capital, initial selon la quotité assurée, si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

### Limite des obligations de l'Apériteur

Les prestations servies par l'Apériteur sont limitées :

- au montant maximum garanti visé à l'article 3 du présent contrat que l'assurance repose sur une tête ou deux têtes : quand cette limite joue, la dégressivité incluse dans le tableau d'amortissement du total du capital emprunté s'applique au montant maximum pouvant être garanti au jour de la conclusion de l'adhésion, de façon telle qu'en cas de décès, les sommes prises en charge par l'Apériteur et rapportées au total des sommes encore dues à la date du sinistre, demeurent dans la même proportion que le total des sommes plafonnées au moment de la conclusion de l'adhésion par rapport au total de la dette de l'Emprunteur.
- lorsque l'assurance repose sur deux têtes : les prestations de l'Apériteur sont déterminées selon la quotité assurée. Lorsque deux Assurés sont garantis au titre d'un ou plusieurs prêts tels que définis à l'article 6, les prestations de l'Apériteur ne seront en aucun cas supérieures au montant dû au titre du (des) prêt(s) garanti(s) et figurant sur le tableau d'amortissement ou sur l'attestation de l'organisme prêteur.

### Article 16.2. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

#### a) Définition

Un Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 12 et des exclusions visées à l'article 17 lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

1. l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit,
2. l'invalidité 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),
3. la PTIA reconnue par l'Apériteur doit être survenue avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire.

#### b) Délai d'attente

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) dont la date de survenance reconnue par l'Apériteur se situe au cours des 365 jours suivant la date de prise d'effet des garanties, n'est pas couverte, quelle que soit sa durée, sauf si elle résulte d'un Accident tel que défini ci-dessous.

L'Accident s'entend de 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.

#### c) Prestation garantie

Le versement de la prestation peut être subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Apériteur fixera la date de reconnaissance du sinistre. La prestation versée est identique à celle définie à l'article 16.1 pour la garantie Décès. La prestation est calculée à la date de reconnaissance du sinistre par l'Apériteur. L'Assuré pris en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), définie à l'article 16.4, peut bénéficier d'une prise en charge au titre de la PTIA s'il vient à en remplir les conditions définies ci-dessus.



Toutefois, les prestations ITT qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

**L'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.**

### **Article 16.3. Invalidité AERAS**

L'Assuré 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 des raisons médicales, ou si elle est accordée mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assuré propose à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS. Seuls les Assurés en activité professionnelle peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS. Ne sont pas assurables au titre de la garantie Invalidité AERAS, les cautions personnes physiques.

#### **a) Définitions**

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la Convention AERAS révisée.

L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq (5) 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'Assuré 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 annexé au 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 à l'Article 19.3. L'Assuré se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque,
4. L'Assuré justifie d'une incapacité professionnelle attestée par le bénéficiaire :
  - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> 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 de Longue Durée ;
  - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de sa profession,
5. l'état d'invalidité AERAS doit être reconnu par l'Assuré avant la date de cessation de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

#### **b) Prestation garantie**

La prestation garantie, ses modalités de calcul et de versement, ses conditions d'exclusion (hors celles liées à une pathologie) et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assuré de l'état d'invalidité AERAS. Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

Sous réserve des dispositions des articles 16.3.a et 17 du présent contrat, les prestations sont servies pendant la période d'Invalidité AERAS reconnue par l'Assuré et au plus tard jusqu'à la fin de la période d'amortissement ou jusqu'au paiement du capital dû au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) si cette dernière est reconnue ou jusqu'au paiement du capital dû au titre du Décès.

#### **c) Cessation du versement des prestations Invalidité AERAS**

**Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :**

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'Article 12,
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'Article 16.3.a,
- lorsque l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection social visé à l'Article 16.3,
- lorsqu'après un contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 %,
- en cas de reprise d'une activité professionnelle même partielle.

### **Article 16.4. Incapacité Temporaire Totale (ITT)**

#### **a) Définition**

L'Incapacité Temporaire Totale (ITT) doit survenir en cours d'assurance et au plus tard avant le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.

L'ITT couvre à la fois des situations d'interruption temporaire d'activité et des cas d'invalidité sous réserve qu'ils mettent effectivement l'Assuré dans un état tel que défini ci-dessous.

**L'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) lorsque les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :**

- **Si l'Assuré exerce une activité professionnelle à la veille du sinistre :**
  1. L'Assuré se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ;
  2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà du délai de franchise de 90 jours ou 180 jours, selon l'option choisie par l'Assuré, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assuré ;
  3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 18.4. Justificatifs en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT).
- **Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle ou si l'Assuré est demandeur d'emploi à la veille du sinistre :**
  1. L'Assuré se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles ;
  2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà du délai de franchise de 90 jours ou 180 jours, selon l'option choisie par l'Assuré, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assuré ;
  3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 18.4. Justificatifs en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT).

**Dans tous les cas :** pour demander le bénéfice de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

#### **b) Délai de franchise**

Il s'agit d'une période continue pendant laquelle l'Assuré ne verse pas de prestation. Le délai de franchise est fixé par l'Assuré lors de son adhésion, il peut opter pour un délai de franchise de 90 jours ou 180 jours d'interruption continue d'activité.

Le délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré, conformément à l'article 18.4, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 60 jours.



### Cas particulier des rechutes pour les assurés ayant repris leur activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique :

**Lors d'une reprise d'activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, le terme rechute s'entend d'une nouvelle période d'ITT due à la même affection que celle qui motivait l'indemnisation précédente au titre de la garantie ITT.**

Toute reprise d'activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, supérieure à 60 jours et inférieure ou égale à 180 jours, n'entraîne pas l'application d'un nouveau délai de franchise, et ce, en cas de rechute justifiée par l'Assuré conformément à l'article 18.4.

#### c) Prestations garanties

Lorsqu'un Assuré remplit les conditions de prise en charge définies ci-dessus ; l'Apériteur verse, en fonction de la quotité garantie, l'échéance entière échue, figurant au tableau d'amortissement du ou des prêt(s) garantis, qui suit l'expiration du délai de franchise. Le contrat ne prévoit pas de prise en charge au prorata temporis.

La prise en charge débute le 91<sup>ème</sup> jour ou le 181<sup>ème</sup> jour (selon l'option délai de franchise choisi) suivant la cessation d'activité et à partir de la 1<sup>ère</sup> échéance entière échue et dure aussi longtemps que l'incapacité se poursuit sous réserve des cas de cessation de prise en charge mentionnés à l'article 16.4.d - Cessation du versement des prestations ITT.

• **Concernant les prêts amortissables à taux fixe et à échéances constantes** : L'Apériteur garantit le règlement des échéances en fonction du tableau d'amortissement ou de l'attestation établie par l'organisme prêteur.

• **Concernant les prêts amortissables à taux fixe et à échéances progressives ou les prêts à taux révisable (ou variable)** : La révision des taux prévue au contrat de prêt d'origine est intégrée dans la prise en charge.

• **Concernant les prêts modulables** : Ces prêts offrent aux emprunteurs, la possibilité de modifier leurs remboursements. Ils peuvent décider d'augmenter ou de baisser le montant des échéances du prêt.

#### Impact sur la prise en charge

##### **1) Modification à la hausse :**

En-dehors d'un sinistre : lorsqu'un Assuré décide de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, le surplus de garantie est pris en compte par l'Apériteur au terme d'un délai de **90 jours** ou **180 jours** (selon l'option choisie par l'Assuré figurant sur le Bulletin individuel de Demande d'Adhésion), et ce pour autant qu'aucun sinistre **Incapacité Temporaire Totale (ITT)** ne soit survenu pendant ledit délai.

• en cas de sinistre survenant pendant le délai de 90 jours ou 180 jours : l'indemnisation portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation.

• en cas de sinistre survenant après le délai de 90 jours ou 180 jours : l'indemnisation portera sur le montant de la nouvelle échéance.

En cours de sinistre : lorsqu'un Assuré décide, en cours de sinistre, de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, l'Apériteur prend en compte le montant de l'échéance précédant l'augmentation, et ce, pendant toute la durée de la prise en charge.

##### **2) Modification à la baisse :**

En toute hypothèse, l'Apériteur prend en compte le nouveau montant de l'échéance.

##### **3) Report d'échéances :**

Ces prêts modulables peuvent également offrir la possibilité de reporter une ou plusieurs mensualités. Il s'agit de suspendre le remboursement des échéances pendant une période brève.

#### Impact sur la prise en charge

Si un sinistre survient avant ou pendant la période de report d'échéance, le délai de franchise de 90 jours ou 180 jours est décompté mais l'Apériteur ne règle aucune prestation durant toute la période du report. La prise en charge est effective dès lors que l'Assuré reprend le remboursement des échéances de prêts.

**Dans tous les cas, l'Assuré s'engage à aviser le Souscripteur par écrit de toute modification relative au(x) prêt(s).**

• **Concernant les prêts long terme intégrant un prêts relais** : En cas d'ITT survenant dans les deux premières années d'assurance, l'Apériteur ne prend pas en charge la part d'échéance correspondant à un remboursement anticipé de capital. Dans ce cas, l'Apériteur prend en compte les montants prévus initialement dans le tableau d'amortissement jusqu'à la fin de la deuxième année. A l'issue de la deuxième année, deux possibilités peuvent se présenter :

- soit l'Assuré effectue un remboursement anticipé - de ce fait, la prime et la prestation s'adapteront compte tenu du capital restant dû,
- soit l'Assuré n'effectue pas de remboursement anticipé - l'Apériteur remboursera alors les échéances sur la base d'un tableau d'amortissement sans remboursement anticipé et sur la durée initiale du prêt.

##### • **Concernant les prêts à taux zéro :**

- en cas de différé total, aucune prise en charge n'est possible pendant le différé,
- en cas de différé partiel, le contrat garantit le paiement des échéances entières et échues dues par l'Assuré au titre du tableau d'amortissement.

#### d) Cessation du versement des prestations ITT :

Le versement des prestations ITT cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties prévus à l'article 12 ;
- si l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 18.4 ;
- si l'Assuré bénéficie de prestations d'incapacité partielle (et notamment indemnités journalières pour temps partiel thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3, pension de première catégorie pour les salariés) ;
- si l'Assuré exerçant une activité professionnelle à la veille du sinistre, après un contrôle médical initié par l'Apériteur, est reconnu capable d'exercer son activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ;
- en cas de reprise effective d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même à temps partiel ;
- si l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle ou si l'Assuré est demandeur d'emploi à la veille du sinistre, après un contrôle médical initié par l'Apériteur, est reconnu capable d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

## **ARTICLE 17 RISQUES EXCLUS**

Les risques suivants ne sont pas garantis et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Apériteur lorsqu'ils résultent des cas suivants :

- le suicide de l'Assuré pendant la première année d'assurance à compter de la date de 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 exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations, lorsque ces événements résultent d'un fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré),
- les conséquences des 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 militaires et les policiers dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.



- les conséquences des 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 militaires, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.
- les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes. Les militaires, les policiers et les pompiers dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.
- les conséquences d'accidents de navigation aérienne dans le cadre de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, vols sur U.L.M, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés au regard de la réglementation européenne, vols sur deltaplanes et parapentes, et vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide. Les militaires et les policiers dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.

## ARTICLE 18 FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE SINISTRES

Toute demande de prise en charge doit être adressée au Souscripteur.

Les frais liés à l'obtention et à l'envoi des pièces justificatives sont à la charge de l'Assuré ou de ses ayants droit.

Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Apériteur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

**Pour demander le bénéfice des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois (3) mois à la date de survenance du sinistre médicalement reconnu par l'Apériteur et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge. Par conséquent, outre les pièces définies ci-dessous, une copie justifiant la mise en oeuvre de la procédure de recouvrement engagée à son encontre, depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre, doit être transmise.**

### Article 18.1. En cas de Décès de l'Assuré

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

- un acte ou un bulletin de décès original,
- un certificat médical original indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle et s'il est dû ou non aux risques exclus définis à l'article 17,
- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement du (des) prêt(s) en cours à la date de sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

Ces documents devront être libellés en français ou le cas échéant traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'établissement des documents.

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

**En sus des justificatifs prévus ci-dessus à remettre, l'Apériteur peut également indiquer aux ayants droit de l'Assuré les pièces justificatives à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil.**

### Article 18.2. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

**Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir au Souscripteur dans un délai maximum de 180 jours à compter de 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 Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité, tenue à la disposition de l'Assuré par le Souscripteur (imprimé fourni par l'Apériteur) ; complétée par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète un certificat médical :

- attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état de santé l'oblige définitivement à 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) ;
- précisant le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident qui en est la cause

En cas de PTIA accidentelle survenant pendant le délai d'attente, défini à l'article 16.2.b, il est nécessaire de joindre aux justificatifs ci-dessus un document détaillant les circonstances de l'accident, par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.

- une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.

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

Joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne.

**• Pour les Assurés fonctionnaires et assimilés :**

Joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.

- une copie du(ou des) tableau(x) d'amortissement(s) du (des) prêt(s) en cours à la date du sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur indiquant les sommes restant dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

**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 n'engagent pas l'Apériteur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.**

**En sus des justificatifs prévus ci-dessus à remettre, l'Apériteur peut également indiquer à l'Assuré ou à ses ayants droit les pièces justificatives à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil.**

### Article 18.3. En cas d'Invalidité AERAS

**Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir au Souscripteur 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 documents ci-après.**

- une Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité, tenue à la disposition de l'Assuré par le Souscripteur (imprimé fourni par l'Apériteur), complétée par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant.

En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, 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.

- une copie de la notification des dispositions particulières acceptées et signées par l'Assuré,
- une copie du(ou des) tableau(x) d'amortissement(s) du(des) prêt(s) en cours à la date du sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur précisant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.



Joindre également :

- **pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :** une copie de la notification par votre organisme de protection sociale d'une pension d'invalidité 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale accompagnée des décomptes de pension.
- **pour les Assurés fonctionnaires et assimilés :**
  - 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 accompagnée des décomptes de pension.
- **pour les travailleurs non-salariés :** une copie du titre de pension pour invalidité accompagnée des décomptes de pension.

**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.**

**Pour la poursuite de la prise en charge au titre de la garantie Invalidité AERAS, les pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné et selon une périodicité fixée par l'Assureur pour l'attestation médicale d'incapacité – invalidité. À défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.**

#### Article 18.4. En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT)

**Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de fournir au Souscripteur, à l'issue du délai de franchise choisi lors de l'adhésion :**

- **Option Franchise 90 jours :** à partir du 91<sup>ème</sup> jour d'interruption continue d'activité et au plus tard le 180<sup>ème</sup> jour d'interruption continue d'activité.
- **Option Franchise 180 jours :** à partir du 181<sup>ème</sup> jour d'interruption continue d'activité et au plus tard le 270<sup>ème</sup> jour d'interruption continue d'activité.

**À défaut de déclaration de sinistre dans le délai stipulé ci-dessus selon l'option de franchise choisie, une déchéance partielle de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L. 113-2 4<sup>o</sup> du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Apériteur.**

**La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Apériteur :**

- une Attestation Médicale d'Incapacité-Invalidité, tenue à la disposition de l'Assuré par le Souscripteur (imprimé fourni par l'Apériteur) complétée par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant.  
En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et la date de l'accident ou de début de la maladie dont résulte l'Incapacité Totale de Travail.
- une attestation d'arrêts de travail des cinq (5) dernières années précédant la date de conclusion de l'adhésion pour les sinistres survenus moins de cinq (5) ans après l'adhésion,
- une copie du(ou des) tableau(x) d'amortissement(s) du(ou des) prêt(s) en cours à la date du sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur précisant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

Joindre également :

- **Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :**
  - la copie des bordereaux d'indemnités journalières maladie ou accident de la Sécurité sociale ou du régime équivalent depuis l'arrêt de travail couvrant au minimum l'intégralité du délai de franchise. Une attestation de l'employeur en cas de subrogation.
  - en cas d'invalidité ou d'inaptitude totale :
  - le titre de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie d'une pension d'invalidité, définie au paragraphe L. 341-4 du code de la Sécurité sociale, accompagné des décomptes de pension. Le titre de pension 1<sup>ère</sup> catégorie ne permet pas de bénéficier de la garantie ITT.
  - ou
  - le titre de rente pour incapacité en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle.

**Nota :** Si un Assuré assujetti au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent ne remplit pas les conditions de durée d'immatriculation exigée pour bénéficier des prestations en espèces prévues par cet organisme, celui-ci devra fournir :

- une attestation originale émanant de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent attestant cette situation,
- un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant et faisant connaître la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'incapacité Temporaire Totale, le point de départ de la cessation d'activité et sa durée probable.

• **Pour les Assurés fonctionnaires et assimilés :**

- une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie,
- une copie de(s) l'Arrêté(s) Administratif(s) précisant la nature du congé maladie accordé et sa durée (CLM, CLD) et ce, depuis le début de l'Incapacité Temporaire Totale,
- le cas échéant, une copie de l'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI),
- une copie du bulletin de paiement de la pension attribuée au titre de l'admission à la retraite pour invalidité. Dans ce cas, l'Assuré doit transmettre chaque année l'attestation fiscale envoyée de fin janvier à fin février par le centre de gestion des retraites servant à la déclaration annuelle des revenus.

• **Pour les travailleurs non salariés :**

- la copie du titre de pension pour incapacité au métier accompagnée des décomptes de pension,
- la copie des décomptes émanant de la couverture sociale obligatoire des travailleurs indépendants (RSI) ou autres organismes (MSA) couvrant au minimum l'intégralité du délai de franchise. A défaut un ou des certificats médicaux (validité trois mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT comme défini à l'article 16.4,
- 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.
- en cas d'invalidité : la copie du titre de pension d'invalidité total et définitive accompagnée des décomptes de pension.

• **Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle ou si l'Assuré est demandeur d'emploi :**

Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) couvrant au minimum l'intégralité du délai de franchise, précisant que l'Assuré est bien en ITT comme défini à l'article 16.4.

**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 n'engagent pas l'Apériteur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.**

**Pour la poursuite de la prise en charge au titre de la garantie ITT, les pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné et selon une périodicité fixée par l'Apériteur pour l'attestation médicale d'incapacité – invalidité. À défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.**



## ARTICLE 19

## CONTRÔLE MÉDICAL ET RECOURS

### Article 19.1. Contrôle médical

La production des justificatifs définis aux articles 18.2, 18.3 et 18.4 est indispensable mais parfois insuffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Apériteur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Apériteur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité AERAS ou d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) tel que définis aux articles 16.2.a, 16.3.a et 16.4.a. L'Assuré peut se faire assister du médecin de son choix.

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

Si après un contrôle, la décision de l'Apériteur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 19.2.

En cas de refus, l'Apériteur notifie sa décision au Souscripteur, à charge pour lui d'en informer l'Assuré.

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 reprend le cas échéant, à compter de la date de la visite médicale.

### Article 19.2. Conciliation

L'Assuré qui conteste la décision de l'Apériteur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut demander l'ouverture d'une procédure de conciliation dans les douze (12) mois suivant la date à laquelle la décision de l'Apériteur lui est notifiée. Cette demande doit être formulée par écrit.

Pour ce faire, l'Assuré doit retourner à l'Apériteur le document « procédure de conciliation en cas de sinistre » dans les trois (3) mois suivant son envoi par l'Apériteur, accompagné d'un certificat médical demandé dans ce document, ou à défaut, dans ce même délai, faire parvenir à l'Apériteur :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un Médecin 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'Apériteur ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le médecin contrôleur de l'Apériteur 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 oeuvre.

### Article 19.3. Tierce expertise

L'Apériteur invite son médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un Médecin tiers-expert afin de procéder à un nouvel examen. À défaut d'entente sur la désignation du Médecin tiers-expert, la procédure prend fin.

Les conclusions de ce Médecin tiers-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.

Les frais et honoraires du Médecin tiers-expert sont à la charge de la partie perdante, l'Assuré en faisant l'avance.

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

## ARTICLE 20

## TAUX DE PRIME - PAIEMENT DE LA PRIME

### Article 20.1. Taux de prime

Le montant de la prime est calculé en fonction d'un taux annuel appliqué au capital initial assuré en tenant compte de la quotité assurée et défini selon l'âge de l'Assuré et le délai de franchise choisi par l'Emprunteur à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

Les taux annuels de prime sont indiqués à l'annexe tarifaire. L'âge retenu pour le calcul de la prime est celui de l'Assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion. La prime reste inchangée jusqu'à la fin du prêt.

En cas de non renouvellement de la procédure d'adhésion suite à un réaménagement ou rachat d'un emprunt déjà couvert par le présent contrat mais ne nécessitant pas le renouvellement des formalités d'adhésion conformément aux dispositions de l'article 8.1, l'assiette servant de base au calcul des primes est le montant du prêt figurant sur le nouveau tableau d'amortissement.

En cas de renouvellement de la procédure d'adhésion conformément aux dispositions de l'article 8.2 consécutif :

1 - à un réaménagement d'un emprunt déjà couvert par le présent contrat et nécessitant de nouvelles formalités d'adhésion,

ou

2 - en cas de rachat d'un prêt non assuré par le présent contrat,

ou

3 - en cas de demande d'adhésion pour couvrir un prêt en cours d'amortissement, le taux annuel de prime applicable est celui défini selon l'âge de l'Assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et le délai de franchise choisi.

Dans les cas 1 et 2 mentionnés ci-dessus, l'assiette servant de base au calcul des primes est le montant du prêt figurant sur le nouveau tableau d'amortissement en tenant compte de la quotité assurée, de l'âge de l'Assuré et du délai de franchise mentionnés par l'Emprunteur lors du renouvellement des formalités d'adhésion (cas 1) ou de la demande d'adhésion (cas 2).

Dans le cas 3 ci-dessus, l'assiette servant de base au calcul des primes est le montant du capital restant dû à la date de l'échéance précédant la signature de Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion en tenant compte de la quotité assurée et du délai de franchise mentionnées par l'Emprunteur lors de sa demande d'adhésion.

En cas de remboursement anticipé partiel d'un prêt, le montant du capital assuré est égal au nouveau montant du prêt, la quotité assurée restant inchangée. Dans ce cas, la décision d'assurance émise par l'Apériteur lors de la demande initiale d'adhésion au contrat pour couvrir le prêt concerné par ce remboursement anticipé partiel est maintenue.

En cas de remboursement anticipé total du prêt, volontaire ou forcé, celui-ci met immédiatement fin aux garanties pour toutes les personnes assurées au titre du prêt garanti.

**L'assuré est tenu d'informer le souscripteur en cas de remboursement total ou partiel du prêt.**

### Article 20.2. Paiement de la prime

**Le paiement de la prime est dû à partir de la date de prise d'effet des garanties.**

Le paiement de la prime peut être notamment effectué directement par prélèvement sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré, auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

Le Souscripteur procède à ces prélèvements.



La prime reste exigible en cas de cessation des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité AERAS et PTIA ainsi qu'en cas de refus de prise en charge d'un sinistre par l'Apériteur. Le taux de prime a été nivelé sur la durée du prêt ; par conséquent, la cessation de ces garanties n'a pas d'incidence sur le montant de la prime.

#### **Article 20.3. Modalités de paiement de la prime**

Les primes dues par l'Assuré sont payables d'avance par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, et selon la date de prise d'effet des garanties :

- si les garanties prennent effet entre le 1<sup>er</sup> et le 15 du mois, la prime est alors appelée le 1<sup>er</sup> jour du mois en cours,
- si les garanties prennent effet entre le 16 et la fin du mois, la prime est alors appelée le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.

## **ARTICLE 21 DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA PRIME**

L'Assuré est tenu au règlement de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion.

Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'a pas pu être prélevée dans un délai minimum de dix (10) jours à compter de son échéance, ou si l'Assuré qui a exercé le droit à remboursement de son prélèvement n'a pas régularisé le paiement de sa prime ou fraction de prime, le Souscripteur adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer à l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances. L'exclusion intervient au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de cet envoi, conformément à l'article L. 141-3 du code des assurances.

Toutefois, le cas échéant, à compter de la décision déclarant la recevabilité de la demande de classement en surendettement, le délai de quarante (40) jours fixés ci-dessus est contractuellement porté à cent vingt (120) jours, sous réserve que la présente assurance figure dans l'état du passif définitivement arrêté par la commission de surendettement ou le juge.

## **ARTICLE 22 NOTICE D'INFORMATION**

Le Souscripteur est tenu :

- de remettre aux Assurés, l'exemplaire du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion qui leur est destiné, accompagné de la notice d'information dont la rédaction incombe à l'Apériteur. Elle définit les modalités d'entrée en vigueur, le champ d'application des garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- d'informer par écrit, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur, les Assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations sur la base d'une nouvelle notice dont la rédaction incombe à l'Apériteur.

## **ARTICLE 23 PRESCRIPTION**

En vertu de l'Article L. 114-1 du code des assurances, toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite au terme d'un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui lui 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'Apériteur 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'Apériteur 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, ce délai est porté à dix (10) ans à compter de sa connaissance du décès.

Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

Conformément aux dispositions 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 avec avis de réception adressée par l'Apériteur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Apériteur en ce qui concerne le règlement des prestations.

## **ARTICLE 24 RÉCLAMATIONS - MÉDIATION**

- pour toute réclamation relative à la décision d'adhésion de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à :  
**CNP Assurances - Service souscription - 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 - service sinistres - TSA 81566 - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15 ;**

En cas de désaccord avec une décision de l'Apériteur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser à la Médiation de l'Assurance :

- par voie postale à La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09,

- ou directement sur le site internet [www.mediation-assurance.org](http://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'adhésion dans l'assurance.**

## **ARTICLE 25 INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS**

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi Informatique, «fichiers 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, aux Coassureurs, responsables du traitement, aux Souscripteurs ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification voire d'opposition pour motif légitime 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**



## **ARTICLE 26**      **LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE**

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

## **ARTICLE 27**      **COÛT INHÉRENT AU MODE DE COMMERCIALISATION**

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'Apériteur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(les) Emprunteurs et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

## **ARTICLE 28**      **FONDS DE GARANTIE**

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25 juin 1999 (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 janvier 1990).

## **ARTICLE 29**      **AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

L'Autorité de Contrôle des Coassureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : **ACPR – 61, rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09.**

**MFP**Prévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

**CNP Assurances** | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | [www.cnp.fr](http://www.cnp.fr) | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances



