

PREVOYANCE

PREVOYANCE DU LOCATAIRE

N o t i c e n ° 0 1
M a r s 2 0 1 3



ECUREUIL VIE
CAISSE D'ÉPARGNE

Les produits d'assurance vie et de prévoyance « Ecureuil Vie » sont des contrats de CNP Assurances, commercialisés par le réseau des Caisses d'Épargne.

CNP Assurances - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - Tél : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr
Société anonyme au capital de 643 500 175 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances
GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS

NOTICE D'INFORMATION

A CONSERVER PAR L'ASSURE

du contrat d'assurance de groupe n° 1219A à adhésion facultative, dénommé "Prévoyance du Locataire", souscrit par BPCE, dénommé le "Souscripteur" pour le compte du réseau des Caisses d'Épargne et de leurs filiales, auprès de CNP Assurances et CNP IAM dénommées "L'Assureur" et géré par CBP Solutions pour le compte de CBP.

Mentions légales du souscripteur : BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital 467 226 960 € inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13, en sa qualité d'organe central des caisses d'épargne, des banques populaires et des établissements de crédit affiliés, par application de l'article L 512-107 du Code monétaire et financier. BPCE est un établissement de crédit agréé en qualité de banque et un intermédiaire d'assurance inscrit à l'Orias sous le numéro 08 045100. La société a notamment pour objet : 1° De définir la politique et les orientations stratégiques du groupe ainsi que de chacun des réseaux qui le constituent ; 2° De coordonner les politiques commerciales de chacun de ces réseaux et de prendre toute mesure utile au développement du groupe, notamment en acquérant ou en détenant les participations stratégiques ; 3° De représenter le groupe et chacun des réseaux pour faire valoir leurs droits et intérêts communs, notamment auprès des organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L 511-31, ainsi que de négocier et de conclure en leur nom les accords nationaux ou internationaux .

Mentions légales du courtier : CBP : Société par actions simplifiée au capital de 48.374 € Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 863 800 868, Dont le siège social est 3 rue Victor Schœlcher – Bâtiments E et F – 44800 Saint-Herblain Société de courtage d'assurances immatriculée auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 009 030.

Mentions légales de l'assureur : CNP Assurances - Société anonyme au capital de 643 500 175 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - www.cnp.fr et CNP IAM - Société Anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré - 383 024 189 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - Tél : 01 42 18 88 88 - Entreprises régies par le code des assurances - GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS

Ce contrat relève des branches : 1. Accident, 2. Maladie, et 16a. Risques d'emploi, mentionnées à l'article R 321-1 du code des assurances.

Ce contrat est régi par le Code des assurances et la réglementation en vigueur et leurs avenants ultérieurs.

DÉFINITIONS

Pour l'exécution du présent contrat, il est convenu des définitions suivantes :

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.

L'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne physique. C'est la personne physique sur laquelle repose l'assurance et dont l'ITT ou la perte d'emploi, déclenche le versement des prestations garanties.

Date d'échéance : date mensuelle de prélèvement des cotisations.

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

Délai de carence : période de 180 jours continus courant à compter de la prise d'effet des garanties. L'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et la Perte d'Emploi (PE) dont la date de survenance reconnue par l'Assureur se situe au cours des 180 premiers jours suivant la date de prise d'effet des garanties, n'est pas couverte, quelle que soit sa durée.

Collatéraux privilégiés : on entend par Collatéraux privilégiés, les frères et sœurs de l'Assuré et leurs descendants (neveux et nièces de l'Assuré).

Locataire : est le titulaire d'un contrat de bail, correspond à la personne qui assure le paiement des loyers et qui bénéficie de la chose louée.

Licenciement : le fait pour un employeur de rompre unilatéralement le contrat de travail à durée indéterminée le liant à l'un de ses salariés. Pour l'application du présent contrat, la date retenue pour le Licenciement est celle de la lettre de licenciement ou de la proposition du congé de conversion devant servir pour le calcul des droits.

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de garantir aux clients du Souscripteur, titulaires d'un contrat bail en qualité de locataire ou colodataire, le versement d'une prestation forfaitaire mensuelle représentant tout ou partie de leur loyer charges comprises, aux conditions décrites à l'article 6 de la présente notice d'information en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) ou de Perte d'Emploi consécutive à un licenciement (PE)

ARTICLE 2 - INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

Les informations spécifiques à la commercialisation à distance sont :

2.1 - Le contrat n° 1219A est souscrit par BPCE pour le compte du réseau des Caisses d'Épargne conformément aux dispositions de l'article L 512-106 du Code Monétaire et Financier, auprès de CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 643 500 175 € entièrement libéré - RCS Paris 341 737 062, et CNP IAM, Société Anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré – RCS Paris 383 024 189 - Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15 - Entreprises régies par le code des assurances.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de l'Assureur.

2.2 - Les montants des cotisations sont indiqués sur le Bulletin d'adhésion et les modalités de révision des cotisations sont indiquées à l'article **18 COTISATIONS** de la notice d'information.

2.3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article **7.4 - DUREE DE L'ADHESION**. Les garanties de l'adhésion sont mentionnées aux articles **11.1 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL et 11.2 PERTE D'EMPLOI**. Les exclusions au contrat n° **1219A** sont mentionnées à l'article **14 RISQUES EXCLUS**.

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

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 7.2 « Date de conclusion de l'adhésion » et **7.3** « Prise d'effet des garanties ».

L'adhésion au contrat n° **1219A** s'effectuera selon les modalités décrites à l'article **7.1** « Formalités d'adhésion ». Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article **18-2 PAIEMENT DES COTISATIONS**. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré 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 **9. DROIT A RENONCIATION**.

En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'Assuré doit acquitter un premier versement de cotisation au moins égal au versement initial minimum.

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

2.7 - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article **20 RECLAMATION ET MEDIATION** de la notice.

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 – article L423-1 du code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

ARTICLE 3 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Comme tous les établissements de crédit et toutes les compagnies d'assurance, la Caisse d'Épargne et CNP Assurances sont soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en vertu du Code des monétaire et financier modifié par l'Ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009.

En conséquence, la Caisse d'Épargne a l'obligation d'identifier les clients titulaires de contrats d'assurance et de se renseigner sur l'origine des fonds. Ces informations sont recueillies par la Caisse d'Épargne pour le compte de CNP Assurances qui peut y accéder en application de la réglementation.

ARTICLE 4 - BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire des prestations est l'Assuré, pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Perte d'Emploi (PE).

ARTICLE 5 - POPULATION ASSURABLE

Peuvent adhérer au présent contrat les personnes physiques qui, au jour de la signature du bulletin d'adhésion, remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- être capables et âgées de plus de 18 ans révolus et moins de 60 ans (date anniversaire de naissance) ;
- être titulaires d'un bail de location pour un bien immobilier à usage de résidence principale situé en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou sur l'île de la Réunion ;
- être titulaires d'un compte ouvert à leur nom à la Caisse d'Épargne ;
- et exercer une activité professionnelle.

Les occupants à titre gratuit ainsi que les propriétaires ne peuvent pas adhérer au contrat.

L'Assuré devra informer CBP Solutions de tout changement relatif à son statut de locataire ou colocataire.

Les personnes physiques en situation de Travailleurs Non Salariés (TNS) ou fonctionnaires au jour de l'adhésion ne peuvent bénéficier de la garantie Perte d'emploi qu'en cas de changement de leur situation professionnelle au cours du contrat, tel que défini à l'article 11.2.

ARTICLE 6 - MONTANT MAXIMUM GARANTI

Le montant du forfait mensuel ne peut excéder le montant du loyer charges comprises de l'Assuré et est plafonné à **2 000 euros** maximum (deux mille euros) par mois.

Le montant forfaitaire de garantie est choisi par l'Assuré lors de sa demande d'adhésion pour un montant de **200 à 2000 euros** mensuel et par tranche de **100 euros**.

ARTICLE 7 - ADHÉSION AU CONTRAT

7.1 : Formalités d'adhésion

Lors de son adhésion, l'Adhérent doit compléter un bulletin d'adhésion, sur lequel il précise en particulier le montant forfaitaire mensuel de garantie dans les conditions définies à l'article 6.

7.2 : Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle au jour de la signature de la demande d'adhésion au présent Contrat.

7.3 : Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion.

7.4 : Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle pour 1 an à partir de la date de signature de la demande d'adhésion, puis se renouvelle chaque année par tacite reconduction.

Elle peut être maintenue jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré sous réserve du paiement des cotisations.

ARTICLE 8 - TERRITORIALITÉ DU CONTRAT

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) n'intervient pas lorsqu'elle résulte de maladies ou d'accidents frappant un Assuré ne résidant pas sur le territoire français ou un Assuré résidant sur le territoire français mais séjournant temporairement hors de France.

Pour ce dernier, la mise en jeu de la garantie est toutefois possible, au retour de l'Assuré sur le territoire français à la condition suivante : le point de départ du délai de franchise se situera au plus tôt au jour de la constatation médicale par le médecin conseil de l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le territoire français.

La garantie Perte d'Emploi s'exerce sur le territoire français.

ARTICLE 9- DROIT A RENONCIATION EN CAS DE VENTE (PAR DEMARCHAGE OU) A DISTANCE

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

* Si le contrat est vendu par démarchage :

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

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

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

* 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, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir [à compter de la date de conclusion du contrat / à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 121-20-11 du code de la consommation] (*si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu*).

* Dans tous les cas :

Quel que soit le mode de commercialisation, l'adhérent bénéficie d'un délai de renonciation de **14 jours** calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat en cas de vente par démarchage ou vente à distance (délai légal), et ainsi qu'en cas de vente en face à face (délai contractuel).

b) Modalités de renonciation :

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à CBP Solutions - Prévoyance du locataire Caisse d'Epargne CS 20008- 44967 NANTES CEDEX 9 une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M. (Mme, Mlle) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat Prévoyance du Locataire n° 1219A que j'ai signée le à (Lieu de souscription ou d'adhésion). Le (Date et signature) ».

c) Effets de la renonciation :

CBP Solutions procède alors au remboursement de l'intégralité des primes ou cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec AR.

Les effets sur le contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- **si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face**, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par CBP Solutions de la lettre de renonciation en recommandé avec AR.
- **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 AR. L'Adhérent reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle 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 10 - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et l'ensemble des garanties cessent :

- à la date de renonciation à l'assurance par l'Assuré dans le délai et les conditions indiqués à l'article 9.c ;
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 18.2 ;

- au terme du mois civil, suivant la date de réception du courrier de demande de résiliation de l'adhésion envoyé par l'Assuré au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à :

CBP Solutions
Prévoyance du locataire Caisse d'Epargne
CS 20008
44967 NANTES CEDEX 9

- à la date à laquelle l'Assuré perd la qualité de locataire ou co locataire ;
- à la date de départ à la retraite ou préretraite ou de mise à la retraite quelle qu'en soit la cause (Invalidité, réforme, inaptitude ou autre) ;
- au jour du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- au jour du décès de l'Assuré.

ARTICLE II - DEFINITIONS DES GARANTIES ET MONTANT DES PRESTATIONS

11.1 INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

Délai de carence : période de **180 jours** continus courant à compter de la prise d'effet des garanties. L'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) dont la date de survenance reconnue par l'Assureur se situe au cours des 180 premiers jours suivant la date de prise d'effet des garanties n'est pas couverte, quelle que soit sa durée.

a) Définition de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

L'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) lorsqu'à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours, appelée délai de franchise, et avant son 65^{ème} anniversaire, il se trouve par suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité absolue médicalement constatée par le médecin conseil de l'assureur, d'exercer son activité professionnelle même à temps partiel.

b) Délai de franchise

Pendant la période dite délai de franchise, l'assureur ne verse pas de prestations.

Pour l'ITT, ce délai est de **90 jours** et est décompté à partir du :

- 1^{er} jour d'hospitalisation ou du jour du jugement de mise sous tutelle ou curatelle, en cas d'affection psychiatrique, psychique, neuropsychique, dont les états dépressifs quelle que soit leur nature.

Les hospitalisations de jour n'entrent pas dans le calcul du nombre de jours d'hospitalisation.

- du 1^{er} jour de l'intervention chirurgicale dans le cas d'atteinte discale, vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatalgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, si elle donne lieu à prise en charge.
- 1^{er} jour d'arrêt de travail dans tous les autres cas.

Non-application du délai de franchise en cas de rechute :

Si, après avoir repris son travail pendant une durée inférieure ou égale à **60 jours**, l'Assuré est victime d'une rechute provenant du même accident ou de la même maladie, la durée de reprise du travail avant la rechute sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations. L'indemnisation reprendra sans application d'un délai de franchise, sur la base du reliquat de la durée maximum de prise en charge d'un sinistre.

En revanche une rechute survenant plus de 60 jours après la reprise du travail, ou moins de 60 jours après la reprise de travail mais du fait d'un nouvel accident ou d'une autre maladie, sera considérée comme un nouvel arrêt de travail avec application du délai de franchise.

c) Montant des prestations

La prise en charge par l'Assureur est effectuée sur présentation des justificatifs prévus à l'article 15.1 de la présente notice.

En cas d'ITT, et pendant la durée d'indemnisation, l'Assureur règle 100 % du forfait mensuel figurant sur le bulletin d'adhésion, au prorata du nombre de jours d'ITT justifiés par l'Assuré.

La prestation ne peut pas excéder le montant maximum de loyer charges comprises et est plafonnée à **2 000 euros**.

La durée d'indemnisation maximum est de **12 mois** par sinistre (sauf cas particulier visé à l'article 11.3).

11.2 PERTE D'EMPLOI

Délai de carence : période de **180 jours** continus courant à compter de la prise d'effet des garanties. La perte d'emploi dont la date de survenance reconnue par l'Assureur (date notifiée sur la lettre de licenciement) se situe au cours des 180 premiers jours suivant la date de prise d'effet des garanties n'est pas couverte, quelle que soit sa durée.

a) Définition de la garantie Perte d'Emploi

Pour pouvoir bénéficier de la garantie Perte d'Emploi, l'Assuré doit :

- être en **chômage total** suite à licenciement à l'initiative de l'employeur et imputable à celui-ci.

La Perte d'Emploi doit résulter directement d'une rupture de contrat de travail à durée indéterminée de plus de 6 mois

ET

- percevoir les allocations d'assurance chômage prévues aux articles L.5421-1 du Code du Travail, ou les allocations de formation qui y sont liées. En cas de versement par Pôle Emploi d'allocations de formation, la prise en charge par l'Assureur n'interviendra que s'il y a rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur.

Les personnes physiques en situation de Travailleurs Non Saliés (TNS) ou fonctionnaires au jour de l'adhésion ne peuvent bénéficier de la garantie Perte d'emploi que si, après changement de leur situation professionnelle au cours du contrat, elle correspond aux critères définis ci-dessus.

b) Délai de franchise

Le délai de franchise, période pendant laquelle aucune prestation n'est versée par l'Assureur, est constitué par les **90 premiers jours** continus qui suivent le premier jour de versement de prestations versées par Pôle Emploi ou assimilé.

La prise en charge s'effectue à partir du 91^{ème} jour d'indemnisation par Pôle Emploi.

c) Droits à prise en charge

L'Assuré peut bénéficier de droits à prise en charge s'il justifie d'une durée d'activité en contrat de travail à durée indéterminée d'au moins 6 mois continus à la date du licenciement.

d) Montant des prestations

La prise en charge par l'Assureur est effectuée sur présentation des justificatifs prévus à l'article 15.2 de la présente notice.

L'Assureur verse à l'Assuré au chômage total suite à licenciement, le montant forfaitaire mensuel choisi figurant sur le bulletin d'adhésion, au prorata du nombre de jours de Perte d'emploi justifiés par l'Assuré.

La prestation mensuelle ne peut pas excéder le montant maximum de loyer charges comprises et est plafonnée à 2000 euros.

La durée d'indemnisation maximum est de 12 mois par sinistre (sauf cas particulier visé à l'article 11.3).

11.3 CAS PARTICULIERS

- un Assuré pris en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) fait l'objet d'un licenciement et remplit les conditions pour bénéficier des prestations au titre de la garantie Perte d'emploi :

La prise en charge au titre de la garantie Perte d'emploi se fait sans application d'un délai de franchise et pour une durée maximum correspondant au reliquat de droits de la durée maximum d'indemnisation de la garantie ITT.

- un Assuré pris en charge au titre de la garantie Perte d'Emploi (PE) fait l'objet d'un arrêt de travail et remplit les conditions pour bénéficier des prestations au titre de la garantie ITT :

La prise en charge au titre de la garantie ITT se fait sans application d'un délai de franchise et pour une durée maximum correspondant au reliquat de droits au titre de la durée maximum d'indemnisation de la garantie Perte d'emploi.

Les prestations ne sont pas cumulables au titre des deux garanties. Le montant pris en charge au titre de l'une ou de l'autre garantie correspond au forfait assuré.

ARTICLE 12 - CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS ITT et PERTE D'EMPLOI

a) INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

Le versement des prestations Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) cesse :

- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en ITT tel que défini à l'article 11.1 :
 - lorsqu'il est reconnu apte à exercer son activité même à temps partiel suite à contrôle médical effectué par le médecin contrôleur de l'assureur,
 - pour l'Assuré social, lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement des prestations de son régime de protection sociale,
 - lorsqu'il bénéficie de prestations attestant d'une incapacité partielle, notamment mi-temps thérapeutique.
- à la date à laquelle la durée maximale d'indemnisation d'un sinistre est atteinte ;
- au jour du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- à la date de départ à la retraite ou préretraite ou de mise à la retraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre) ;
- à la date de cessation de l'adhésion et des garanties, telle que définie dans l'article 10.

b) PERTE D'EMPLOI

Le versement des prestations Perte d'Emploi cesse :

- au jour d'une reprise d'activité professionnelle rémunérée totale ou partielle ;
- pour un Assuré dont la Perte d'Emploi résulte d'un Licenciement, au jour où les allocations d'assurance chômage prévues aux articles L 5421-1 du Code du travail et suivants, ou les allocations de formation versées par Pôle Emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente, cessent d'être versées ;
- à la date de départ à la retraite ou préretraite ou de mise à la retraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre) ;
- à la date de cessation de l'adhésion et des garanties, telle que définie dans l'article 10 ;
- à la date à laquelle la durée maximale d'indemnisation d'un sinistre est atteinte.

ARTICLE 13 - MODIFICATIONS DU MONTANT GARANTI

L'Assuré a la possibilité de changer le montant de l'indemnité mensuelle en cours d'adhésion sans dépasser le montant du loyer charges comprises et plafonné à 2000 euros.

Il doit contacter CBP Solutions par courrier à l'adresse suivante :

CBP Solutions
Prévoyance du locataire Caisse d'Epargne
CS 20008
44967 NANTES CEDEX 9

en précisant la date d'effet à laquelle il souhaite la prise en compte de ce changement de montant.

Toute demande de modification de montant de la garantie prendra effet à la prochaine date d'échéance mensuelle suivant la date de réception du courrier.

Suite à cette demande de modification, CBP Solutions adresse à l'Assuré un certificat de modification qui prend acte de cette demande.

Cette modification prend effet à la date précisée sur le certificat.

Le nouveau montant de cotisation d'assurance prend effet à la date de modification.

13.1 Modification du montant garanti à la baisse :

L'Assuré peut modifier le montant garanti à la baisse autant de fois qu'il le souhaite.

Le nouveau montant est pris en compte sans application d'un délai d'attente.

La cotisation d'assurance du nouveau montant sera prélevée à l'échéance mensuelle qui suit la demande de diminution.

13.2 Modification du montant de garantie à la hausse :

L'Assuré peut modifier le montant garanti à la hausse autant de fois qu'il le souhaite sous réserve de respecter les conditions de l'article 6.

Le nouveau montant ne peut être pris en compte qu'au terme d'un délai d'attente de **180 jours** décompté à partir de la date de la demande d'augmentation. Dans le cas où un sinistre interviendrait avant la fin du délai d'attente, le sinistre serait indemnisé sur la base du montant non revalorisé, et ce pendant toute la durée du sinistre.

La cotisation d'assurance du nouveau montant sera prélevée à l'échéance qui suit la demande d'augmentation. Dans ces deux cas, la cotisation est recalculée en tenant compte de ces modifications conformément à l'article 18.

L'assuré ne pourra pas modifier le montant de garantie à la hausse, ou à la baisse durant une période d'indemnisation.

Les modifications du montant de garantie seront prises en compte à la fin de la période d'indemnisation et telles que définies aux articles 13.1 et 13.2.

ARTICLE 14 - RISQUES EXCLUS

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

Pour la garantie ITT sont exclus :

- la mise en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),
- le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré (blessures, maladies ou mutilations volontaires, article L.113-1 du Code des assurances),
- les conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences de faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les conséquences de vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- les conséquences de vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parapente et parachute ascensionnel, des vols d'essai, vols sur prototype, tentatives de records,
- des sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes,
- les conséquences d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L234-1 du Code de la route et relevant des délits, dans le cas d'accident où l'Assuré est le conducteur,
- les conséquences d'usage de stupéfiants absorbés par l'Assuré en dehors de toute prescription médicale,
- les incapacités temporaires totales de travail qui résultent, par suite de maladie ou d'accident :
 - d'une affection psychiatrique, psychique, neuropsychique dont les états dépressifs quelle que soit leur nature, SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus (hors hospitalisation de jour), ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, à la suite d'une affection citée dans la présente clause,
 - d'une atteinte discale, vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatalgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, SAUF si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité.

Dans les 2 cas susvisés, la durée de l'hospitalisation de plus de 15 jours continus (hors hospitalisation de jour) ou l'intervention chirurgicale s'apprécie à chaque demande de prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail

- les affections suivantes antérieurement survenues à la date d'effet des garanties et connues de l'Assuré au moment de l'adhésion :
 - hypertension artérielle et veineuse,
 - diabète,
 - asthme,
 - tumeurs malignes,

Pour la garantie Perte d'Emploi sont exclus :

- la mise en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre) ;
- le chômage après démission même indemnisé par Pôle Emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente versée aux personnes relevant de l'article L 5424-1 du Code du Travail ;
- le chômage consécutif à une rupture du contrat de travail intervenue au cours ou à l'issue d'une période d'essai ou de stage, ou à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée ;
- le chômage partiel visé à l'article L 5122-1 du Code du Travail ou saisonnier ;
- le chômage non indemnisé par Pôle emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente versée aux personnes relevant de l'article L 5424-1 du Code du Travail ;
- le chômage alors que l'Assuré était, avant son licenciement, salarié d'une entreprise contrôlée ou dirigée par lui-même ou par son conjoint, ses ascendants, ses descendants ou ses Collatéraux privilégiés ou par les ascendants, les descendants ou les Collatéraux privilégiés de son conjoint ;
- le chômage suite à un licenciement pour faute grave ou lourde ;
- le chômage suite à une rupture conventionnelle ; celle-ci se définit comme le fait pour un employeur et son salarié de convenir en commun, par la signature d'une convention, des conditions de la rupture du contrat de travail qui les lie ;
- le chômage à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée.

ARTICLE 15 - FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Déclaration du Sinistre : sauf cas fortuit ou force majeure, l'Assuré ou les ayants droit doivent déclarer le sinistre et transmettre les pièces, dans les **180 jours** suivant la date de début de sinistre, à CBP Solutions – Prévoyance du locataire Caisse d'Epargne – CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9.

A défaut de respect de ce délai, la prise en charge débutera au jour de la réception de la déclaration de sinistre par CBP Solutions, sans application du délai de franchise.

Le versement des prestations est subordonné à la production de justificatifs. Si l'une ou plusieurs des pièces limitativement énumérées ci-dessous fait défaut, l'Assureur pourra à titre supplétif demander que lui soit produite toute autre pièce strictement nécessaire pour permettre l'instruction du sinistre.

En outre, pour apprécier le bien fondé de la mise en jeu de la garantie ITT, l'Assureur se réserve, à ses frais, le droit de soumettre l'Assuré à un examen médical auprès d'un médecin indépendant qu'il désignera à cet effet. En cas de refus, l'adhérent sera considéré comme ayant renoncé au bénéfice de la prestation.

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

15.1 Formalités à remplir en cas d'ITT

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur pour chaque nouveau sinistre Incapacité Temporaire Totale de travail, à l'issue du délai de franchise défini à l'article 11.1 et au plus tard **90 jours** après la fin du délai de franchise :

- une attestation médicale d'incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin,
- la dernière quittance ou le dernier justificatif de loyer en sa possession

Doivent être produits en outre :

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

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

II) Pour les Assurés assujettis à des régimes similaires au régime général de la Sécurité Sociale :

La copie des décomptes de prestations en espèces émanant de ces régimes, depuis l'arrêt de travail, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent la subrogation.

III) Pour les fonctionnaires ou assimilés :

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

IV) Pour les travailleurs non salariés :

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

Tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), et sans pouvoir excéder les limites maximales d'indemnisation fixées à l'article 11.1, les pièces justificatives et de nouvelles attestations médicales d'incapacité devront être fournies à la demande de l'Assureur.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité Sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

Les pièces émanant de la CDAPH ne permettent pas de justifier d'un arrêt de travail.

En cas de prolongation de l'incapacité, les pièces justificatives de l'état d'ITT doivent être renouvelées, faute de quoi, les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

15.2 Formalités à remplir en cas de Perte d'Emploi

15.2.1 Déclaration du sinistre

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur pour chaque nouveau sinistre Perte d'Emploi, à l'issue du délai de franchise défini à l'article 11.2 et au plus tard **90 jours** après la fin du délai de franchise :

- le certificat de travail du dernier employeur, à défaut une attestation de l'employeur certifiant que l'Assuré était employé, avant son licenciement, sous contrat de travail à durée indéterminée dont la période d'essai contractuelle a été suivie d'une confirmation d'embauche et précisant la date exacte du recrutement (à défaut : copie du contrat de travail en vigueur au moment du licenciement) ;
- la copie de la lettre de licenciement signée indiquant qu'il s'agit d'un contrat de travail à durée indéterminée dont la période d'essai contractuelle a été achevée de manière satisfaisante ;
- la copie de l'attestation que l'employeur a remplie afin que le salarié Assuré puisse faire valoir ses droits aux allocations de l'assurance chômage versées par Pôle Emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente ;
- la copie de la notification d'admission aux allocations de l'assurance chômage servies par Pôle Emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente ;
- la dernière quittance ou le dernier justificatif de loyer en sa possession

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

A défaut de présentation de ces pièces dans le délai indiqué ci dessus, l'Assureur règlera seulement les sommes dues à compter de la réception du dossier dans ses services.

15.2.2 Justificatif en cours d'indemnisation

L'Assuré doit adresser, tant que dure l'indemnisation du chômage et sans pouvoir excéder les limites maximales d'indemnisation fixées à l'article 11.2, une copie de l'avis de paiement mensuel attestant du versement d'allocations à ce titre.

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

A défaut de présentation de ces pièces dans un délai de **30 jours** à compter du 1^{er} jour concerné par l'avis de paiement, l'Assureur reprendra l'indemnisation à compter de la réception des justificatifs dans ses services.

ARTICLE 16 – CONTRÔLE MÉDICAL

La production des justificatifs définis à l'article 15.1 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état d'ITT tel que défini à l'article 11.1.

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

En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

ARTICLE 17 – PROCÉDURE DE CONCILIATION ET TIERCE EXPERTISE

Tout refus de prise en charge par l'Assureur à la suite d'un contrôle médical effectué par le médecin contrôleur de l'Assureur peut être contesté par l'Assuré.

L'Assuré peut demander la mise en place d'une procédure de conciliation dans les 90 jours suivant la date du contrôle médical effectué par le médecin contrôleur de l'Assureur. Pour ce faire, l'Assuré doit accompagner sa demande écrite d'un certificat du médecin qu'il aura désigné pour le représenter.

Ce certificat doit détailler l'état de santé de l'Assuré au jour du contrôle médical effectué par le médecin contrôleur de l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date. Cette demande doit en outre mentionner que l'Assuré accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après. La procédure de conciliation sera initiée dans les 12 mois qui suivent la date du contrôle médical.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le Médecin contrôleur de l'Assureur, rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. Si celui-ci n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son Médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert. Les conclusions de cet expert s'imposeront aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation.

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

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

ARTICLE 18 - COTISATIONS

18.1 - Montant de la cotisation

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle calculée en fonction du forfait mensuel garanti et choisi sur le bulletin d'adhésion.

En cas de modification du montant assuré, la cotisation mensuelle est calculée de la même manière que ci-dessus.

18.2 - Paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance; elle est exigible dès la date de conclusion de l'adhésion. Elle peut être prélevée sur le compte bancaire que l'Assuré aura ouvert à son nom auprès du réseau des Caisses d'Épargne ou de leurs filiales.

La prise en charge par l'Assureur au titre de l'ITT, de la PE ou la cessation d'une des garanties :

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

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

Les cotisations cessent d'être dues à la date à laquelle survient un cas de cessation des garanties cité à l'article 10-CESSTATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES.

En cas de non paiement des cotisations par l'Assuré, CBP Solutions adresse dans les 10 jours après l'échéance de la cotisation d'assurance, une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L.141-3 du code des assurances, par laquelle il informe, qu'à l'expiration d'un délai de **40 jours** à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement par lui de la cotisation, ainsi que celles venues à échéance au cours dudit délai, entraîne son exclusion dudit contrat.

18.3 - Révision des cotisations

L'Assureur se réserve le droit de majorer le montant de la cotisation en fonction de la sinistralité du contrat. Pour ce faire, le Souscripteur informe l'Assuré de la modification de montant 3 mois avant sa date d'entrée en vigueur.

En cas de désaccord avec cette modification, l'Assuré peut résilier son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception à CBP Solutions.

L'adhésion est résiliée à effet du 1^{er} janvier qui suit cette décision de revalorisation.

ARTICLE 19 - INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui le concernent. Il peut exercer ce droit à tout moment en adressant

un courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, Place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

Ces données sont nécessaires au traitement de son adhésion et à la gestion de son contrat et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances et à ses prestataires.

ARTICLE 20 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de réclamation portant sur la mise en œuvre de la garantie, l'Assuré peut s'adresser par écrit à CBP Solutions qui veillera à lui répondre dans les meilleurs délais. Si la réponse obtenue ne le satisfait pas, l'Assuré peut s'adresser à l'Assureur (CNP Assurances – Unité Réclamations – TSA 81566 - 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15).

Après épuisement de toutes procédures de traitement des réclamations, l'Assuré, peut saisir le Médiateur de CNP Assurances, en adressant leur demande au Secrétariat de l'Instruction de la Médiation - 4, Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

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

ARTICLE 21 - PRESCRIPTION

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

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;
- Quand l'action de l'Assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

En vertu de l'article L. 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 22 - RESILIATION DU CONTRAT GROUPE

En cas de non renouvellement du contrat d'assurance de groupe souscrit par BPCE auprès de l'Assureur, les adhésions en cours se poursuivront, selon la décision arrêtée d'un commun accord entre le Souscripteur et l'Assureur auprès de CNP Assurances et CNP IAM et resteront régies par les présentes dispositions.

ARTICLE 23-AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout - 75009 Paris - est chargée du contrôle de CNP I.A.M et CNP Assurances.