

NOTICE D'INFORMATION



ASSURANCE DE PRÊT
DOCUMENT À CONSERVER





NOTE D'INFORMATION relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n° A034Z

Cette note d'information vous concerne si, à l'adhésion, vous êtes âgé entre 66 ans et 80 ans. Dans ce cas, vous êtes assuré uniquement pour le risque Décès.

Entreprises contractantes :

L'Association pour l'Union et le Recours En Assurances – Association régie par la loi de 1901 – 848 Chemin de Saint Germain – 30100 ALES – Association déclarée à la préfecture de la Seine Maritime – N°SIRET 800 202 707 CODE APE 9499Z.

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

1. NOM COMMERCIAL DU CONTRAT

Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n° A034Z.

2. CARACTERISTIQUES DU CONTRAT

2.1 - Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° A034Z comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital des prêts immobiliers en cas de survenance du risque décès intervenant **avant votre 85^{ème} anniversaire**.

2.2 - Durée du contrat d'assurance de groupe

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

Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans la demande individuelle d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de garantie visés à l'article 9 de la notice d'information.

2.3 - Modalités de versement des cotisations

Vous vous engagez à payer les cotisations, calculées en pourcentage du capital restant dû et proportionnellement à la quotité d'assurance retenue lors de l'adhésion à l'assurance. Le taux de cotisation est indiqué dans l'attestation d'assurance. La cotisation est exigible dès la prise d'effet de la garantie et peut être prélevée par l'Assureur sur un compte ouvert à votre nom auprès d'un établissement de crédit domicilié en France.

Vous êtes tenu au paiement de l'intégralité de vos cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. En cas de non-paiement des cotisations, vous pouvez être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

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

2.4 - Délais et modalités de renonciation au contrat

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au contrat dans les **trente jours** calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 7.1 de la notice d'information.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse de l'Assureur selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (M. Mme).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n° **A034Z** que j'ai signée le...../...../..... (lieu d'adhésion). Le(date et signature) ».

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

2.5 - Formalités à remplir en cas de sinistre

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

- l'attestation d'assurance en vigueur,
- un bulletin de décès ou un acte de décès original,

- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,

- une attestation de décès (attestation selon un imprimé fourni par l'Assureur) indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis à l'article 13 de la notice d'information. En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront en apporter la preuve par tout moyen.

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

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

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

En cas de remboursement anticipé partiel, la nouvelle assiette de cotisation est égale au nouveau capital restant dû.

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

En cas de remboursement anticipé total, seules les cotisations encaissées postérieurement au remboursement anticipé total feront l'objet d'un remboursement.

En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un co-emprunteur ou d'une caution, la cotisation perçue est alors calculée sur le montant du capital restant dû au jour de la signature de la demande individuelle d'adhésion.

2.7 - Indications générales relatives au régime fiscal

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

3. PROCEDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Pour toute réclamation relative à la décision d'admission, vous pouvez, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, vous adresser à : CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service Souscription - Réexamens - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, vos ayants-droit peuvent s'adresser à CNP Assurances – Département Gestion Emprunteurs – Unité Réclamation – TSA 81566 – 4, place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15.

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

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

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

4. RAPPORT SUR LA SOLVABILITE ET LA SITUATION FINANCIERE

Vous pouvez consulter le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) de CNP Assurances sur le site www.cnp.fr.



NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative en couverture de prêts immobiliers n°A034Z est souscrit par l'Association pour l'Union et le Recours En Assurances, dénommée le « Souscripteur », auprès de CNP Assurances, dénommée « l'Assureur ».

Ce contrat est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation française en vigueur.

Ce contrat relève des branches 1, 2, et 20 de l'article R.321-1 du code des assurances.

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE (VAD)

Ce que vous devez savoir avant de vous engager :

1 - Le contrat n°A034Z est garanti par CNP Assurances - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris CEDEX 15 France.

L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 place de Budapest –CS 92459-75436 Paris Cedex 09.

2 - Les montants de cotisations mentionnés à l'article 14 de la présente notice sont indiqués dans votre attestation d'assurance.

3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article 7.1 de la présente notice.

Les garanties de votre adhésion sont mentionnées aux articles 3 et 4 de la présente notice.

Les exclusions au contrat sont mentionnées à l'article 13 de la présente notice.

4 - L'offre contractuelle d'assurance définie dans la présente notice d'information est valable 6 mois à compter de la date d'établissement du Projet d'assurance.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 7 de la présente notice.

L'adhésion au contrat n°A034Z s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 6 de la présente notice.

Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article 14 de la présente notice.

Les frais afférents à la vente à distance sont à votre charge. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par vous et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

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 8 de la présente notice. En contrepartie de la prise d'effet à la date de signature de l'offre de prêt, vous devez acquitter un premier versement de cotisation.

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

7 - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 19 de la présente notice.

Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n°99-532 du 25 juin 99 - article L.423-1 du code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n°90-86 du 23 janvier 90).

LEXIQUE

A

ACCIDENT

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

ACTIVITES NON PROFESSIONNELLES

Pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle, il s'agit des activités ménagères et de la gestion des affaires familiales et personnelles, réalisées de manière autonome et habituelle.

ADHERENT

Personne physique qui adhère au Contrat d'assurance de groupe. Dans le présent contrat l'Adhérent est également la personne Assurée.

AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

Signée par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs, la convention AERAS a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un grave problème de santé. (Source : site AERAS - La Convention AERAS en 10 points)

ASSURANCE DE GROUPE

Contrat d'assurance souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise, appelé Souscripteur, en vue de l'adhésion d'un ensemble de personne (appelés Adhérent) répondant à des conditions définies dans le contrat, pour la couverture de risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage.

Attention dans le présent Contrat le risque Chômage n'est pas couvert.

ASSURÉ

Personne sur la tête de laquelle portent les garanties prévues par le Contrat. Il s'agit d'une personne physique.

ASSUREUR

Personne morale qui s'engage, moyennant le paiement de vos Cotisations et conformément aux conditions prévues par le Contrat d'assurance, à garantir les conséquences des risques couverts par le Contrat.

Dans le présent Contrat l'Assureur est CNP Assurances.

B

BÉNÉFICIAIRE

Personne morale désignée par l'Adhérent pour recevoir les Prestations garanties en cas de Sinistre pris en charge. Dans le présent Contrat, le Bénéficiaire des Prestations est le Prêteur.

C

CAPITAL ASSURÉ

Part du Capital emprunté couvert par le Contrat d'assurance. Il s'agit du capital initial multiplié par la quotité.

CAPITAL INITIAL

Montant emprunté au jour de la souscription du contrat de crédit.

CAPITAL RESTANT DÛ

Part du Capital emprunté que l'emprunteur doit encore rembourser à l'organisme Prêteur, appréciée à une date déterminée.

CAUTION

Personne physique qui s'engage auprès du Prêteur à rembourser les échéances du prêt contracté par l'emprunteur, personne physique ou morale, à la place de celui-ci en cas de non-paiement.

CONSOLIDATION

Stabilisation de l'état de santé de l'Assuré en arrêt de travail, médicalement reconnue par le médecin conseil de l'Assureur, suite à un accident ou une maladie garantie, dans les conditions prévues par le Contrat. Cet état n'est plus amené à évoluer ni vers une amélioration, ni vers une aggravation, compte tenu des connaissances de la médecine. Avant Consolidation, on parle d'incapacité. Après Consolidation, on parle d'invalidité.

CONTRAT D'ASSURANCE

Votre Contrat d'assurance se compose des documents d'adhésion suivants.

La Demande Individuelle d'Adhésion

Le Questionnaire de Santé

La Note d'information définit les dispositions pour les Assurés garantis uniquement contre le risque de Décès.

La Notice d'information définit les dispositions communes à tous les Assurés et décrit les garanties proposées ainsi que les obligations de l'Assuré et de l'Assureur.

Le Bon pour Accord formalise la décision de l'Assureur.

Le Certificat d'Adhésion indique les conditions dans lesquelles l'Assureur vous a accepté dans le Contrat d'assurance, lesquelles peuvent déroger aux dispositions de la Notice d'information.

Il est important de prendre connaissance de tous ces documents et de les conserver.

COTISATIONS

Versement périodique effectué par l'Assuré à l'Assureur, en contrepartie des garanties accordées par celui-ci. Les cotisations sont prélevées par Multi-Impact.

D

DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION

La date de conclusion de l'adhésion correspond à la date d'émission du Certificat d'Adhésion.

DATE D'EFFET DES GARANTIES

Date à laquelle les garanties prennent effet et peuvent être mises en jeu.

DEMARCHAGE

Le fait d'être sollicité à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail, même à votre demande, en vue de conclure un contrat d'assurance.

F

FACULTE DE RENONCIATION

Faculté qui vous permet de revenir sur une demande individuelle d'adhésion sans motifs et sans pénalités, dans un certain délai et sous réserve qu'aucun sinistre ne soit en cours de prise en charge.

FACULTE DE RESILIATION

Faculté qu'a l'Assuré de changer librement d'assurance emprunteur, sous réserve que le nouveau contrat présente un niveau de garanties équivalentes.

FAIT INTENTIONNEL

Fait commis volontairement pour provoquer un Sinistre.

FAUSSE DÉCLARATION

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui sont fournies à l'Assureur tant à l'adhésion qu'à l'occasion d'un Sinistre.

FINANCEMENT

Opération composée d'un ou plusieurs prêts de type définis à l'article 5.1 et souscrits auprès du même établissement Prêteur.

Seuls les prêts en euros sont assurables.

FRANCHISE

Période entre la date de survenance d'un Sinistre et le début de sa prise en charge par l'Assureur. La Franchise concerne uniquement la garantie Incapacité Temporaire Totale. Vous devez opter lors de votre demande individuelle d'adhésion pour une période de franchise valable pour toute la durée de votre adhésion. Vous avez le choix entre 180, 120, 90, 60 ou 30 jours de délai de Franchise.

G

GESTIONNAIRE

Organisme qui gère le Contrat d'assurance pour le compte de l'Assureur. Dans le présent Contrat il s'agit de Multi-Impact.

I

INACTIF

Personne qui n'est ni en emploi, ni en recherche d'emploi (chômage). *Exemples : personne au foyer, investisseur vivant des revenus de ses investissements....* Les retraités ne sont pas considérés comme des inactifs.

INTERMEDIAIRE D'ASSURANCE

Personne qui, contre rémunération, exerce une activité qui consiste à présenter, proposer ou aider à conclure des contrats d'assurance ou à réaliser d'autres travaux préparatoires à leur conclusion. Tout intermédiaire d'assurance doit être immatriculé à l'ORIAS.

M

MÉDIATEUR

Lors d'un litige ou d'un désaccord avec l'Assureur, l'Assuré a la possibilité de faire appel au Médiateur en dernier recours.

Le recours au Médiateur ne prive pas l'Assuré de la faculté d'une action judiciaire. Les coordonnées du Médiateur de l'assurance sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 - www.mediation-assurance.org.

P

PRESTATION

Prise en charge par l'Assureur du remboursement du Capital ou de (des) l'échéance(s), dans la limite de la Quotité assurée à la date du Sinistre.

PRÊTEUR

Le Prêteur désigne l'établissement de crédit qui vous a octroyé ou qui est susceptible de vous octroyer votre (vos) prêt(s) immobilier(s). Le Prêteur est le Bénéficiaire des Prestations.

Q

QUOTITÉ ASSURÉE

La Quotité, exprimée en pourcentage, représente la part du Capital assuré sur la tête de chaque Assuré. En cas de pluralité d'emprunteurs, cette Quotité peut être différente pour chacun des co-emprunteurs. La Quotité choisie s'applique sur l'ensemble des garanties.

Exemple d'un prêt de 100 000 €, où l'Emprunteur choisit une Quotité de 100% et le co-emprunteur une quotité de 40% :

- *L'emprunteur sera couvert à hauteur de 100 000 € (soit la part assurée du Capital emprunté). En cas de Sinistre couvert, la Prestation de l'Assureur s'élèvera à 100% du Capital restant dû ou de l'échéance de remboursement du prêt.*
- *Le co-emprunteur sera couvert à hauteur de 40 000 €. En cas de Sinistre couvert, la Prestation de l'Assureur s'élèvera à 40% du Capital restant dû ou de l'échéance de remboursement du prêt.*

R

RECHUTE

Cas d'un Assuré qui, suite à une même maladie ou un même événement, se trouve en situation d'Incapacité Temporaire Totale après :

- une première période d'ITT indemnisée,
- et une reprise de son activité professionnelle ou de ses occupations quotidiennes pendant moins de 90 jours.

RÉSIDENT FRANCAIS

Personne physique, quelle que soit sa nationalité, qui réside fiscalement en France.

RISQUE

Événement incertain quant à sa survenance ou sa date de survenance indépendant de la volonté de l'assuré, et pour lequel l'adhérent souhaite s'assurer.

S

SINISTRE

Événement susceptible de faire jouer les garanties du Contrat (exemples : décès, accident ou maladie provoquant un arrêt de travail...).

SOUSCRIPTEUR

Personne morale ou chef d'entreprise qui conclut le Contrat d'assurance de groupe avec l'Assureur.

Dans le présent Contrat le Souscripteur est l'Association pour l'Union et le Recours En Assurances.

V

VENTE À DISTANCE

Système de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance (Internet et téléphone notamment).

1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat n° A034Z a pour objet de vous garantir, suivant la nature de votre prêt et votre choix à l'adhésion, contre les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Invalidité AERAS (IA) et Mi-Temps Thérapeutique (MTT), tels que définis aux articles 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 et 3.6 de la présente notice d'information.

2 – RECAPITULATIF DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

Les garanties	Prise en charge	Prestation pour les actifs (en fonction de la quotité assurée)	Prestation pour les inactifs (en fonction de la quotité assurée)
Décès	Jusqu'à 85 ans	Capital Restant Dû	Capital Restant Dû
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Jusqu'à 70 ans	Capital Restant Dû	Capital Restant Dû
Incapacité Temporaire Totale	Jusqu'à 70 ans	100 % de la mensualité du prêt	100 % de la mensualité du prêt
Invalidité Permanente Totale	Jusqu'à 70 ans	100 % de la mensualité du prêt	100 % de la mensualité du prêt
Invalidité Permanente Partielle	Jusqu'à 70 ans	50 % de la mensualité du prêt	_____
Mi-temps thérapeutique	Jusqu'à 70 ans	50 % de la mensualité du prêt *	_____
Invalidité AERAS	Jusqu'à 70 ans	100 % de la mensualité du prêt	_____

* Limité à 6 mois

Sous quelles conditions pouvez-vous bénéficier des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP, IA et MTT ?

- Si vous adhérez au contrat d'assurance en tant que caution, vous devez avoir actionné vos obligations de caution pendant plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre PTIA, ITT, IPT ou IPP pour demander le bénéfice des garanties.
- Les garanties ITT, IPT, IPP, MTT et IA ne s'appliquent pas durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les crédits en comportant, ni aux crédits non amortissables (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts),
- L'IPP, l'IA et le MTT s'appliquent exclusivement aux assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée ou qui sont en recherche d'emploi au jour du sinistre.

Les FORMULES

	Garanties couvertes	Franchise au choix Pour l'ITT
Formule 1		
Assuré âgé de moins de 66 ans à l'adhésion	Décès – PTIA	Néant
Assuré âgé de 66 ans à moins de 80 ans à l'adhésion	Décès	Néant
Formule 2		
Assuré âgé de moins de 66 ans à l'adhésion	Décès – PTIA – ITT – IPT – IPP – MTT	- 30 jours - 60 jours - 90 jours - 120 jours - 180 jours
	<u>En option :</u> - Avec rachat des exclusions* - Sans rachat des exclusions*	

*exclusions portant sur les garanties ITT – IPT– IPP – MTT prévues à l'article 13-2.

Les choix de formule, d'option de rachat et de Franchise s'effectuent à la date de signature de la demande individuelle d'adhésion et sont valables pour toute la durée de l'adhésion.

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
ITT : Incapacité Temporaire Totale
IPT : Invalidité Permanente Totale
IPP : Invalidité Permanente Partielle
MTT : Mi-Temps Thérapeutique

Pour les prêts avec différé total (différé de capital et intérêts), l'assurance couvre, pendant le différé, uniquement les risques de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT

3 - LES GARANTIES

Sous réserve de la décision de l'Assureur et du paiement des cotisations, tout ou partie des garanties vous est accordée selon la nature du (des) prêt(s). Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre attestation d'assurance.

3.1 - GARANTIE DÉCÈS

Cette garantie vous couvre en cas de décès survenant pendant la durée de votre adhésion et **avant votre 85^{ème} anniversaire**.

Qu'est-ce que la garantie Décès et que prenons-nous en charge ?

Nous versons au Prêteur proportionnellement à la Quotité assurée :

- pour les prêts amortissables :
 - le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement après l'échéance précédant immédiatement la date du décès (l'échéance qui se situerait le jour du décès serait réputée due),
 - les intérêts courus depuis cette dernière échéance jusqu'au jour du décès.
- pour les prêts non amortissables en capital et pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital (pendant la période de différé) :
 - le montant initial du prêt,
 - les intérêts courus depuis la dernière échéance d'intérêts jusqu'au jour du décès.

3.2 - GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Qu'est-ce que la PTIA ?

Vous êtes reconnu en état de PTIA lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'invalidité dont vous êtes atteint vous place dans l'impossibilité totale et définitive de vous livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée pouvant vous procurer gain ou profit,
- cette invalidité vous met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
- la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur se situe **avant votre 70^{ème} anniversaire**.

Que prenons-nous en charge en cas de PTIA ?

Le versement de la prestation est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de reconnaissance du sinistre. En cas de PTIA, la prestation versée par l'Assureur est identique à celle définie ci-dessus pour la garantie Décès. Cette prestation est calculée à la date de survenance du sinistre reconnue par l'Assureur.

Si vous êtes pris en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou Mi-Temps Thérapeutique (MTT) vous pouvez bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la garantie PTIA si vous venez à en remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT ou IPT ou IPP ou MTT qui vous auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

3.3 - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

Qu'est-ce que l'ITT ?

Vous êtes en état d'ITT lorsque, en cours d'assurance, les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

- **Si vous exercez une activité professionnelle ou êtes en recherche d'emploi au jour du Sinistre**

1. Vous vous trouvez, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant votre 70^{ème} anniversaire**, dans l'incapacité reconnue médicalement, d'exercer votre activité professionnelle, même à temps partiel.
Pour les Assurés en recherche d'emploi il s'agit de l'activité exercée à la veille de la perte d'emploi.
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de Franchise conformément à l'article 4, **période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur**.
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 15.3.

• Si vous n'exercez pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre

1. Vous vous trouvez, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant votre 70^{ème} anniversaire**, dans l'incapacité reconnue médicalement, d'exercer vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel.
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de Franchise conformément à l'article 4, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur.
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 15.3.

Que prenons-nous en charge en cas d'ITT ?

En cas d'ITT survenue **avant votre 70^{ème} anniversaire**, et après expiration du **délai de Franchise choisi à l'adhésion**, l'Assureur règle au Prêteur en fonction de la quotité du prêt garantie :

- les échéances en capital et intérêts pour les prêts amortissables et pour la phase d'amortissement des prêts comportant un différé,
- les échéances en intérêts seulement pour les prêts non amortissables en capital, ou avec différé d'amortissement du capital (pendant la phase de différé).

Cette prise en charge s'effectue au prorata du nombre de jours d'incapacité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur après expiration du délai de franchise de votre Incapacité Temporaire Totale, et ce au plus tard jusqu'à votre 70^{ème} anniversaire.

Que se passe-t-il si vous modifiez vos échéances en cours d'adhésion ?

a. Hors sinistre

Lorsque vous décidez de modifier à la hausse le montant de vos échéances de prêt, le surplus d'échéance ne sera pris en compte par l'Assureur qu'au terme d'un délai d'attente de 90 jours, et ce pour autant qu'aucun sinistre ne soit survenu pendant ledit délai.

- En cas de sinistre survenant pendant le délai d'attente, l'indemnisation portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation.
- En cas de sinistre survenant après le délai d'attente, l'indemnisation portera sur le montant de la nouvelle échéance.

Lorsque vous décidez de modifier à la baisse le montant de vos échéances de prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

b. En cours de sinistre

Lorsque vous décidez, en cours de sinistre, de modifier le montant de vos échéances de prêt, l'Assureur indemniserà sur les bases suivantes :

- modification à la hausse : la prise en charge portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation, et ce pendant toute la durée du sinistre ;
- modification à la baisse : la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

Que se passe-t-il en cas de rechute ITT ?

La période de franchise n'est pas appliquée en cas de nouvelle période d'ITT justifiée conformément à l'article 15.3, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à **90 jours**.

De quels délais disposez-vous pour déclarer votre état d'ITT ?

Il vous appartient de fournir à l'Assureur, à l'issue du délai de Franchise et au plus tard 90 jours après la fin de ce délai, les documents prévus à l'article 15.3. **A défaut de respect de ce délai, une déchéance partielle de garantie pourra vous être appliquée, conformément à l'article L.113-2 4 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La date de prise en charge pour l'évaluation et la mise en œuvre des prestations est celle de la réception de la demande de prestations par l'Assureur.**

En cas de prise en charge au titre de la garantie ITT, quand cesse le versement de vos prestations ?

En complément des causes de cessation des garanties visés à l'article 11, les prestations ITT cessent :

- dès que vous reprenez une activité professionnelle même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès que vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 15.3,
- dès que vous bénéficiez de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite (ou pré-retraite) résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat,
- dès que vous bénéficiez de prestations d'incapacité partielle (et notamment indemnités journalières, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3, pension de première catégorie pour les salariés sauf en cas de temps partiel thérapeutique),
- dès le moment où, après visite médicale initiée par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer votre activité professionnelle que vous exercez à la veille du sinistre,
- dès le moment où, après visite médicale initiée par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer vos activités habituelles non professionnelles, si vous n'exercez pas d'activité professionnelle à la veille du sinistre,
- dès que vous percevez une prise en charge au titre de la garantie IPT ou de la garantie IPP.

3.4 - GARANTIES INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Comment fonctionnent vos garanties IPT et IPP ?

Vous êtes reconnu en état d'IPT ou d'IPP à partir du jour de Consolidation de votre état de santé. A cette date, le Médecin Conseil de l'Assureur fixe, sur la base des documents médicaux transmis et/ou d'une expertise médicale, votre **taux global d'incapacité** (cf. tableau ci-dessous).

Si vous exercez une activité professionnelle rémunérée ou êtes en recherche d'emploi au jour du sinistre :

➔ ce taux est déterminé en fonction de votre taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Si vous êtes sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :

➔ ce taux est déterminé en fonction de votre taux d'incapacité fonctionnelle.

① Taux d'incapacité professionnelle

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité totale par rapport à votre profession. Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à votre accident ou à votre maladie, des conditions d'exercice normales de votre profession et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

② Taux d'incapacité fonctionnelle

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique

ou mentale, suite à votre accident ou à votre maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

Ces deux taux permettent de définir votre **taux global d'incapacité**, d'après le tableau suivant :

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

Etat d'IPP Vous bénéficiez d'une prestation égale à 50% de celle prévue dans le cadre de la garantie ITT	Etat d'IPT Vous bénéficiez d'une prestation identique à celle prévue dans le cadre de la garantie ITT
--	---

Comment lire ce tableau ?

Votre **taux global d'incapacité** détermine la garantie applicable et son niveau de prise en charge correspondant.

Par exemple, si vous avez un taux d'incapacité professionnelle de 40% et un taux d'incapacité fonctionnelle de 40%, alors vous avez un taux global d'incapacité de 46%. Vous êtes alors en état d'IPP.

Que prenons-nous en charge en cas d'IPT ou d'IPP ?

- **Votre taux global d'incapacité, fixé sur la base de ce tableau, est supérieur ou égal à 66% :** vous êtes reconnu en état d'IPT. La prestation est identique à celle de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge.
- **Votre taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau se situe entre 33% et 65% inclus :** vous êtes reconnu en état d'IPP. La prestation correspond à 50% de la prise en charge au titre de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge que pour la garantie ITT.
- **Votre taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est strictement inférieur à 33% :** vous n'êtes éligible à aucune des deux garanties et ne bénéficiez alors d'aucune prestation.

En cas de prise en charge au titre des garanties IPT et IPP, quand cesse le versement de vos prestations ?

En complément des causes de cessation des garanties visés à l'article 11, les prestations IPT et IPP cessent :

- dès que vous reprenez une activité professionnelle même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès que vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 15.4,
- dès que vous bénéficiez de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite (ou pré-retraite) résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat,
- dès que vous n'êtes plus en état d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle au sens du contrat,

- si vous exercez une activité professionnelle rémunérée ou êtes en recherche d'emploi au jour du sinistre : dès que votre taux contractuel d'incapacité est inférieur à 33%,
- si vous êtes sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre : dès que votre taux d'incapacité fonctionnelle devient inférieur à 66%.

Que se passe-t-il en cas de reprise de travail suite à une prise en charge IPT ou IPP ?

Si après avoir repris votre travail pendant une période inférieure ou égale à 90 jours, vous êtes victime d'une rechute provenant du même accident ou de la même maladie, la durée de la reprise du travail sera considérée comme une simple suspension de paiement des prestations qui reprendra dès survenance de la prochaine échéance de prêt.

Une rechute survenant plus de 90 jours après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera l'application d'un nouveau délai de franchise.

3.5 - GARANTIE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE (MTT)

A quelles conditions êtes-vous considéré en MTT ?

Vous êtes en état de mi-temps thérapeutique lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- vous avez bénéficié d'une prise en charge au titre au moins d'une de ces trois garanties, ITT ou IPT ou IA,
- vous reprenez une activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit médicalement.
- vous devez justifier de votre incapacité en produisant les pièces demandées par l'Assureur.

Que permet la garantie MTT ?

Cette garantie vous permet de continuer à bénéficier de 50% des prestations prévues en cas d'ITT si vous reprenez une activité professionnelle à temps partiel pour raisons médicales après une période d'Indemnisation en ITT ou après une période d'Indemnisation en IPT. La prise en charge est limitée à **6 mois** d'Indemnisation.

Cette garantie cesse dans les mêmes conditions que la cessation de la garantie ITT.

3.6 - LA GARANTIE INVALIDITÉ AERAS (IA)

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

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

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

Vous êtes en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

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

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

4. Vous devez justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - Si vous êtes salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - Si vous êtes non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de votre profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe **avant votre 70ème anniversaire.**

A quelles prestations avez-vous droit en cas d'Invalidité AERAS ?

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

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

Quand cessent les prestations de la garantie Invalidité AERAS ?

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés au paragraphe « CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES » ;
- lorsque vous n'êtes plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini au paragraphe « DEFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITE AERAS » ;
- lorsque vous n'êtes plus en mesure de fournir les attestations de versement de votre régime de protection sociale visé au point 4 de la définition de la garantie ;
- lorsque après contrôle médical votre taux d'incapacité fonctionnel est **inférieur à 70%** ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle sauf en cas de temps partiel thérapeutique.

3.7 - REGLE DE CALCUL DES PRESTATIONS

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

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

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

Dans le cas où vous avez souscrit plusieurs prêts immobiliers couverts par l'Assureur au titre du contrat **n°A034Z**, la prise en charge sera plafonnée au montant maximum garanti défini à l'article 5.3. En cas de dépassement du plafond maximum assurable, les prestations versées au titre des garanties ITT, IPT et IPP seront réduites proportionnellement.

Pour le financement dont la mise en place a pour incidence de porter l'encours de prêts reposant sur un même Assuré au-delà du plafond de **2 000 000 euros**, les prestations en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité Permanente Totale (IPT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), seront calculées, pour ce financement, proportionnellement au ratio :

Capital garanti pour ce financement

Capital initial emprunté pour ce financement pondéré par la quotité

Le capital garanti pour ce financement est égal à la différence entre **2 000 000 euros** et la somme des capitaux restant dus pondérés par les quotités assurées pour les prêts réalisés antérieurement et toujours en cours à la date du sinistre.

4 – LA FRANCHISE

Quels sont les différents niveaux de Franchise ?

Aucune prestation n'est due ni payée par l'Assureur pendant la période de Franchise.

Selon les cas, vous avez la possibilité de choisir un des niveaux de Franchise suivants :

- **180 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 181^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Assuré sera tenu d'honorer le remboursement des échéances pendant 180 jours à compter de la survenance du Sinistre.
- **120 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 121^{ème} jour après la survenance. L'Assuré sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 120 jours à compter de la survenance du Sinistre.
- **90 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 91^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Assuré sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 90 jours à compter de la survenance du Sinistre.
- **60 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 61^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Assuré sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 60 jours à compter de la survenance du Sinistre.
- **30 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 31^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Assuré sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances.

VOS CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION

5 - QUI PEUT ADHERER ?

Vous pouvez adhérer au présent Contrat si :

- Vous êtes membre de l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances.
- Vous êtes âgé de moins de 80 ans au jour de la demande d'adhésion (date anniversaire de naissance) pour la garantie Décès et de moins de 66 ans (date anniversaire de naissance) pour les autres garanties.
- Vous avez souscrit un emprunt en qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur ou, en tant que caution d'un emprunteur, personne physique ou personne morale, au titre des prêts assurables, tels que définis à l'article 5.1 de la notice d'information.
- Vous avez souscrit un emprunt auprès d'un organisme financier (établissement de crédit français ou succursale française d'établissement de crédit étranger).
- Vous résidez fiscalement en France.

Les non-résidents domiciliés en Europe peuvent adhérer et être **assurés pour la seule garantie Décès.**

5.1 Quels sont les types de prêts assurables ?

Le/les prêt(s) assurable(s) peut/peuvent être un/des :

- Prêt(s) immobilier(s) amortissable(s) d'une durée maximale de 30 ans avec ou sans différé total (différé de capital et intérêts) ou différé partiel (différé de capital seulement),
- Prêt(s) In fine d'une durée maximale de 10 ans,
- Prêt(s) Relais d'une durée maximale de 3 ans.

Seuls les prêts en euros sont assurables.

5.2 Quelle est la quotité assurée ?

Le montant du capital assuré dépend de la quotité que vous indiquez sur la demande individuelle d'adhésion.

Vous pouvez choisir la quotité assurée par tranche de 1% à 100%, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

La quotité d'assurance retenue s'applique à l'ensemble des risques couverts. En cas de modification des quotités en cours d'assurance qui entraîne une augmentation du capital garanti, vous devez renouveler les formalités d'adhésion définies à l'article 6.

5.3 Quels sont les montants assurables ?

L'encours correspond au capital garanti par l'Assureur au titre de l'ensemble de vos prêts consentis par le Prêteur et assurés par CNP Assurances au titre du contrat n°A034Z.

Par exemple, si vous empruntez 100.000 euros avec une quotité de 50%, votre encours (capital garanti) est de 50.000 euros.

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré au jour de l'adhésion est fixé à **2 000 000 euros** pour le contrat n°A034Z, quel que soit le nombre de prêts consentis par le Prêteur, en prenant en compte la quotité assurée.

6 - COMMENT ADHERER ?

Quelles sont les formalités d'adhésion ?

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

Les formalités d'adhésion sont obligatoires. Elles comportent une demande individuelle d'adhésion et un questionnaire de santé que vous devez intégralement renseigner, dater et signer.

Votre identification et, le cas échéant, votre authentification est (sont) effectuée(s) par votre intermédiaire en assurance.

Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'examens médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais. Vous pouvez, en outre, être invité à produire toute copie de documents se rapportant à votre état de santé.

- Lorsque vous avez choisi de signer votre questionnaire de santé sur un formulaire papier, vous avez la possibilité d'adresser ce questionnaire sous enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur.
- Lorsque vous avez choisi de signer votre questionnaire de santé par signature électronique, procédure de télé déclaration sécurisée, le questionnaire de santé est transmis directement à l'Assureur à la fin de la procédure.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à **6 mois** à compter de la date de sa signature. L'Assureur doit recevoir le questionnaire dans ce délai, à défaut vous devez renouveler les formalités d'adhésion. La durée de validité des examens médicaux est fixée à **6 mois** à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Si une évolution de votre état de santé survient durant le délai de 3 mois et avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 7.1, et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, vous êtes tenu de renouveler les formalités d'adhésion.

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

Quelles réponses pouvons-nous apporter à votre demande ?

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

- **Accepter votre adhésion à l'assurance.**

L'acceptation peut être donnée :

- sans réserve : elle vaut pour tous les risques couverts.

- avec réserves : elle restreint certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises.
- avec ou sans majoration de tarifs.
- **Ajourner la décision.** Dans ce cas, vous n'êtes pas assuré pour le(s) prêt(s), objet de la demande individuelle d'adhésion, mais vous pourrez présenter une nouvelle demande d'adhésion à l'assurance à la fin du délai d'ajournement qui vous sera indiqué.
- **Refuser votre adhésion à l'assurance.** Cette décision, prise à l'issue de l'examen de votre demandes dans les conditions du 2^{ème} niveau de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), déclenche automatiquement (sous condition d'âge et de montant emprunté) une étude de votre dossier par le pool de réassurance du 3^{ème} niveau.

Comment serez-vous informé(e) de notre décision ?

> En cas de décision sans restriction et sans majoration, L'Assureur vous adresse un Certificat d'Adhésion par courrier ou par support durable.

> En cas de décision avec réserve et/ou majoration de tarif, L'Assureur vous adresse un Bon pour Accord notifiant la décision par courrier ou par support durable. Dans le cadre d'une décision avec réserve, le Médecin conseil de l'Assureur vous adresse en parallèle un courrier avec le détail de la réserve.

Le Bon pour accord est valable **6 mois** à compter du jour de son envoi. Si au terme de ce délai, votre offre de prêt n'a pas été signée, vous devrez renouveler les formalités d'adhésion à l'assurance.

Sur le Bon pour accord, il vous est indiqué la possibilité de prendre contact par courrier avec le Médecin Conseil de l'Assureur, directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine de la décision de l'Assureur.

Si vous recevez un Bon pour accord :

- Si vous **acceptez** la proposition de l'Assureur, vous devez signer électroniquement ou de façon manuscrite le Bon pour accord qui vous a été adressé ; en cas de signature manuscrite, vous retournez la partie destinée à l'Assureur complétée datée et signée.

- Si vous **refusez** la proposition d'assurance ou à défaut de réponse dans un délai de 6 mois, à compter du jour d'envoi du Bon pour accord, votre demande d'adhésion ne sera pas prise en compte et vous ne serez pas assuré.

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

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

Les formalités peuvent être renouvelées en cours de vie du prêt à la demande d'un nouveau co-emprunteur ou d'une nouvelle caution ou en cas de changement de quotité à la hausse.

A réception du Bon pour accord signé, un Certificat d'Adhésion vous sera transmis soit sur support papier ou sur support durable.

VIE DU CONTRAT

7 - LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE ADHESION

7.1 Date de conclusion de votre adhésion

La date de conclusion de l'adhésion correspond à la date d'émission du Certificat d'Adhésion.

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans la demande individuelle d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 11.

7.2 Date de prise d'effet de vos garanties

Vos garanties prennent effet selon une date que vous choisissez sur la demande individuelle d'adhésion, sous réserve :

- du paiement de la première cotisation d'assurance,
- de la signature de votre offre de prêt,
- de la validité des formalités d'adhésion selon les conditions définies à l'article 6,

La date de prise d'effet de vos garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de votre adhésion.

Dans le cadre de la vente à distance et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, vous donnez expressément votre accord pour une prise d'effet immédiate des garanties.

8 - Qu'est-ce que la faculté de renonciation ?

La signature de la demande individuelle d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif si vous avez adhéré au contrat n° **A034Z** par vente à distance, en face à face ou par démarchage. Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

a) Quel est le délai pour exercer votre faculté de renonciation ?

- Si le contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou internet). Dans ce cas, ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où vous recevez les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

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

Si au regard de votre âge au moment de la demande d'adhésion, vous ne bénéficiez que de la garantie Décès (car vous êtes âgé de plus de 66 ans et de moins de 80 ans), un délai de **30 jours calendaires** révolus s'applique.

Ces délais commencent à courir à compter de la date de conclusion de votre adhésion telle que définie à l'article 7.1.

- Si le contrat est vendu par démarchage (assurés bénéficiant des garanties Décès, PTIA, ITT, IPT, IPP et MTT) :

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

En vertu de l'article L.112-9 alinéa 1er du code des assurances « *toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins 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 un délai de **14 jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités* ». La date de conclusion de votre adhésion est définie à l'article 7.1.

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.

- Si le contrat est vendu en face-à-face (emprunteurs assurables uniquement pour la garantie décès à l'adhésion) :

Le contrat est vendu en face à face lorsque le client, n'ayant pas préalablement fait l'objet d'une sollicitation personnalisée - envoi d'un courrier ou autre -, à son domicile, son lieu de résidence ou son lieu de travail, se rend dans les locaux du professionnel de l'assurance pour adhérer au contrat.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie décès seul, le délai de renonciation est de **30 jours calendaires** révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

b) Quelles sont les modalités de renonciation ?

Pour exercer votre droit à renonciation, vous devez adresser à l'Assureur une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante : Multi-Impact – 41/43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX. Le courrier peut être rédigé selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (M. Mme) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à l'adhésion au contrat n° A034Z que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion).
Le (Date et signature) ».

c) Quelles sont les effets de votre renonciation ?

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

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face (et uniquement si vous bénéficiez de la garantie Décès seul), l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

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

Vous restez cependant tenu au paiement intégral de la cotisation dès lors que, après avoir renoncé, vous demandez la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie mais dont vous n'aviez pas connaissance au jour de la renonciation.

9 - VOS DÉCLARATIONS EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

Vous devez nous tenir informés si, au cours de votre Contrat :

- vous changez de domicile,
- le tableau d'amortissement de votre emprunt est modifié.

Vous pouvez effectuer vos déclarations en ligne directement sur le site de Multi-Impact dans la rubrique dédiée, ou nous adresser vos déclarations ainsi que tous les documents justificatifs à l'adresse suivante : Multi-impact - 41/43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.

10 - TERRITORIALITE DE VOTRE CONTRAT

Les garanties s'exercent dans tous les pays du monde sous réserve de la production des justificatifs demandés par l'Assureur.

En cas de sinistre, si l'Assureur demande que vous effectuiez une visite médicale conformément à l'article 17, elle doit obligatoirement s'effectuer sur le sol français.

Les frais que vous auriez éventuellement engagés pour vous rendre à la convocation médicale de l'Assureur sur le sol français, restent à votre charge. Les honoraires du médecin désigné par l'Assureur sont pris en charge par ce dernier.

11 - CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES

Votre adhésion et vos garanties cessent :

- en cas d'exercice de votre faculté de renonciation selon les dispositions de l'article 8 de la présente notice,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du code des assurances,
- en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions fixées à l'article 12 de la présente notice,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date d'exigibilité avant terme de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme de chaque prêt,
- si vous êtes caution, à la date à laquelle votre engagement de caution est résilié,
- en cas de nullité de l'adhésion consécutive à une fausse déclaration intentionnelle ayant changé l'objet du risque pour

l'Assureur, conformément à l'article L.113-8 du code des assurances,

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

En tout état de cause, vos garanties cessent au plus tard :

- Garantie Décès : le jour de votre 85^{ème} anniversaire.
- Garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité AERAS, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanent Totale, Invalidité Permanente Partielle et Mi-Temps Thérapeutique : le jour de votre 70^{ème} anniversaire.

En outre, les garanties Invalidité AERAS, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanent Totale, Invalidité Permanente Partielle et Mi-Temps Thérapeutique cessent au jour du départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou de la mise en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable.

12 - VOTRE FACULTÉ DE RÉSILIATION

Conformément aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation et aux articles L.113-12-2 et L.113-12 du code des assurances, vous disposez d'une faculté de substitution et de résiliation du présent contrat d'assurance soit :

- dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt. Vous notifiez à l'Assureur votre demande de résiliation par courrier recommandé au plus tard quinze jours avant le terme de cette période de douze mois.

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

- Soit 10 jours après réception de la décision du Prêteur par l'Assureur,
 - Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.
- à expiration de ce délai d'un an, à chaque échéance annuelle de votre adhésion au contrat d'assurance. Vous devez alors adresser votre demande de résiliation en lettre recommandée à l'Assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. **La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties.** En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à la date anniversaire de l'adhésion.

Dans les deux cas mentionnés ci-dessus, l'Assuré devra transmettre au Prêteur le contrat de substitution qu'il souhaite souscrire. Il devra par la suite notifier à l'Assureur, par lettre recommandée, la décision du Prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance si celui-ci est accepté.

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

Comment procéder à la résiliation de Votre Contrat ?

Vous devez nous notifier votre demande de résiliation accompagnée de l'acceptation par votre Prêteur de la Substitution, par lettre recommandée au plus tard 15 jours avant l'expiration du délai des 12 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt ou au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat d'assurance, à l'adresse suivante : Multi-impact - 41/43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.

13 - EXCLUSIONS DU CONTRAT

13.1 Exclusions générales :

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

- le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement

principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,

- les sinistres résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré visés à l'article L.113-1 du code des assurances,
- les conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active.
- les 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,
- les conséquences des vols d'essai, vols sur prototype, tentatives de records,
- les conséquences 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.

13-2 Exclusions spécifiques sur l'ITT, l'IA, l'IPT, l'IPP et MTT

En sus des exclusions ci-dessus, ne sont pas couverts l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale, l'Invalidité Permanente Partielle et le Mi-Temps Thérapeutique qui résultent, par suite de maladie ou d'accident :

*- quelle qu'en soit la cause, d'une affection psychiatrique: affection psychotique; affection névrotique; dépression nerveuse; syndrome anxiodépressif; état dépressif; anxiété SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 9 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'invalidité ou d'incapacité.

Dans les 2 cas susvisés, la durée de l'hospitalisation de plus de 9 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 et Invalidité Totale et Définitive.

()Si vous en faites la demande lors de votre adhésion au contrat, les exclusions ci-dessus, marquées d'un astérisque peuvent être supprimées moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.*

14 - CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est exigible dès la prise d'effet de votre adhésion et est prélevée par Multi-Impact sur un compte ouvert à votre nom auprès d'un établissement de crédit domicilié en France, et selon la périodicité que vous avez choisie lors de votre demande individuelle d'adhésion (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Pendant la prise en charge au titre des garanties ITT, IPT, IPP et MTT, le prélèvement de la cotisation d'assurance est suspendu.

Comment les Cotisations sont-elles calculées ?

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une cotisation calculée en fonction :

- de votre âge à la date d'adhésion ;
 - du type de prêt ;
 - des garanties choisies ;
 - des caractéristiques des garanties ITT, IPT et IPP souscrites (franchise choisie et rachat des exclusions) ;
 - de votre activité professionnelle ;
 - de votre statut de fumeur ou de non-fumeur ;
 - du nombre de kilomètres parcourus par an lors de vos déplacements professionnels ;
 - de l'exercice ou non de travaux manuels et/ou nécessitant l'utilisation d'outillage mécanique lourd et/ou à bois, et/ou avec utilisation occasionnelle d'explosifs et/ou d'échafaudages.
- Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital restant dû. Le taux d'assurance est indiqué dans le certificat d'assurance.

En cas de remboursement anticipé partiel :

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

En cas de renouvellement de la procédure d'adhésion consécutive à une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert, le taux annuel de cotisation applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement ; et la cotisation est calculée sur le montant du nouveau capital restant dû assuré.

En cas de remboursement anticipé total, seules les cotisations encaissées postérieurement au remboursement anticipé total feront l'objet d'un remboursement.

En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un co-emprunteur ou d'une caution, l'assiette de cotisation est alors calculée sur le montant du capital restant dû au jour de la signature de la demande d'adhésion.

Que se passe-t-il en cas de non-paiement des Cotisations ?

Vous êtes tenu au paiement de l'intégralité de vos cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. Si vous ne réglez pas vos cotisations ou si vous avez exercé votre droit de remboursement de votre prélèvement et que vous n'avez pas régularisé le paiement de votre cotisation ou fraction de cotisation, vous pouvez être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, adressée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

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

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

Si vous bénéficiez d'une prise en charge ITT, IA, IPT ou IPP vous devez faire l'avance de vos cotisations qui vous seront ensuite remboursées par l'Assureur lors du versement de ses prestations.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE

15 - LES FORMALITÉS À REMPLIR

Où envoyer votre déclaration ?

Le sinistre doit être déclaré à CNP Assurances, soit en ligne via son site @dèle accessible via votre espace client; soit par voie postale à l'adresse suivante : CNP Assurances – Département Gestion emprunteurs – TSA 67162 – 75716 Paris Cedex 15.

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

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances - TSA 77163 - 75716 Paris Cedex 15.

15.1 Quelles sont les pièces à fournir en cas de décès ?

- une attestation d'assurance en vigueur,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- un bulletin de décès original,
- une attestation de décès indiquant si le décès est dû ou non à une cause accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis à l'article « RISQUES EXCLUS » (attestation selon un imprimé fourni par l'Assureur).
- En outre, en cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit) vos ayants droits devront en apporter la preuve par tout moyen.

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

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

La déclaration doit être faite dans les jours qui suivent la survenance du décès.

15.2 Quelles sont les pièces à fournir en cas de PTIA ?

- votre attestation d'assurance en vigueur,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- si vous êtes caution : les pièces justifiant que vous vous substituez à l'Emprunteur depuis au moins trois mois.
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, document pré établi par l'Assureur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical confirmant :
 - que vous êtes dans l'incapacité totale et définitive de vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant vous procurer gain ou profit,
 - 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,
 - que votre état vous oblige à recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
- Joindre également une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.

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

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

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

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être remis dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité.

15.3 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'ITT ?

A l'issue de la période de Franchise et au plus tard dans le délai de 90 jours suivant cette date, vous devez fournir les documents ci-après.

A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance partielle de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L.113-2 4 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

- votre attestation d'assurance en vigueur,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,

- si vous êtes caution : les pièces justifiant que vous vous substituez à l'Emprunteur depuis au moins trois mois.
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, document pré établi par l'Assureur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical indiquant :
 - la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT,
 - la date de l'accident ou de début de la maladie,
 - la durée probable de l'incapacité.

Joindre également :

- pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de votre organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation. Le titre de pension invalidité 1^{ère} catégorie n'est pas éligible à l'Incapacité Temporaire Totale.
- pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative.
- pour les personnes sans profession : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : les indemnités journalières pour les personnes relevant du Régime Social des Indépendants, à défaut un certificat médical précisant les périodes d'arrêt de travail, ou le Titre de pension (TP) pour incapacité au métier.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

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

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

15.4 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'IPT ou IPP ?

- votre attestation d'assurance en vigueur,
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, document pré établi par l'Assureur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical indiquant :
 - la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'IPT ou l'IPP,
 - la date de l'accident ou de début de la maladie,
 - la durée probable de l'invalidité.

Joindre également :

- pour les salariés une copie de la notification par votre organisme de protection sociale de votre mise en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66% ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- pour les personnes sans profession : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

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

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

15.5 Quelles sont les pièces à fournir en cas de MTT ?

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

Joindre également :

- pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de votre organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation.
- pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative justifiant la période de travail à mi-temps thérapeutique
- pour les Travailleurs Non-Salariés : un certificat médical précisant les périodes de mi-temps thérapeutique

15.6 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'Invalidité AERAS (IA) ?

Vous devez fournir à l'Assureur, dans les **180 jours** qui suivent la survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- votre attestation d'assurance en vigueur,
- une attestation médicale d'Incapacité / Invalidité (document fourni par l'Assureur), que vous remplissez avec l'aide de votre médecin traitant.

Si l'attestation est partiellement remplie, vous devrez également fournir un certificat médical attestant la date à laquelle votre état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Secret Médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur, CNP Assurances - TSA 77163 - 75716 Paris Cedex 15.

Vous devez produire en outre :

- si vous êtes assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent : une copie de la notification par la Sécurité sociale ou du régime équivalent d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale.
- si vous relevez du statut de la fonction publique ou assimilé :
 - une copie de l'avis du comité médical ou de la commission de réforme,
 - une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension.
- si vous êtes travailleurs non-salariés : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

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

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

16 - BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations d'assurance est le Prêteur qui a consenti le prêt. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues et fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du contrat de prêt que vous nous aurez transmis au jour du sinistre.

17 - CONTRÔLE ET EXPERTISE

La production des justificatifs définis aux articles 15.2, 15.3, 15.4, 15.5 et 15.6 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 auprès d'un médecin contrôleur qu'il aura mandaté, afin de vérifier que vous êtes bien en état de PTIA, d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IA tel que défini dans le contrat. Vous pouvez vous faire accompagner de la personne de votre choix et/ou vous faire assister du médecin de votre choix lors du contrôle médical.

Au vu des conclusions du rapport du médecin mandaté, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge de votre sinistre.

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

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'incapacité / invalidité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin contrôleur mandaté par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge de votre sinistre. Si après l'un de ces contrôles, vous contestez la décision de l'Assureur, vous pouvez demander une procédure de tierce expertise selon les modalités prévues à l'article 18.

Si vous refusez de vous soumettre à la visite médicale ou si vous ne pouvez être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale. **Cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions du contrôle médical.**

18 - TIERCE EXPERTISE

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

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

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

Les conclusions du médecin tiers expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

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

INFORMATIONS GENERALES

19 - COMMENT FAIRE UNE RECLAMATION ?

Pour toute réclamation, relative à votre admission, vous pouvez vous adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service Souscription - Réexamens - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, vous ou vos ayants droit pouvez/peuvent s'adresser à CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Unité Réclamations - TSA 81566 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, vous ou vos ayants droit pouvez/peuvent s'adresser à la **Médiation de l'Assurance** - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09 ou sur le site internet : www.mediation-assurance.org.

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

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

La saisine du Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article 21.

20 - BLOCTEL

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

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'évènement qui y donne naissance et à 10 ans en cas de décès. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

22 – LUTTE ANTI-BLANCHIMENT

Le courtier en assurance 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 application du code monétaire et financier modifié par l'Ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009.

Le courtier en assurance a donc l'obligation d'identifier et de connaître ses clients et de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de leurs contrats d'assurances. Ces informations sont recueillies par le courtier en assurance pour le compte de CNP Assurances qui peut y accéder en application de la réglementation.

23 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances et Multi Impact ou leur mandataire.

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

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, Multi Impact et CNP Assurances sont amenés à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Vos données

de santé sont collectées aux fins exclusives d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

CNP Assurances peut être amenée à utiliser des traitements décisionnels notamment pour l'acceptation du candidat à l'assurance et la tarification de son contrat. Ces traitements constituent des décisions individuelles automatisées.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels de CNP Assurances, de Multi Impact, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de retrait du consentement au traitement de vos données personnelles ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer en contactant directement le service DPD par courrier de CNP Assurances (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel (dpo@cnp.fr) et/ou le service DPD de Multi Impact, en vous connectant sur votre espace personnel ou par courrier (MULTI-IMPACT – Délégué à la Protection des Données, 41-43 Avenue Hoche, CS 110002, 51687 REIMS Cedex).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, 01 53 73 22 22.

24 - LOIS APPLICABLES

La langue du Contrat est le français.

Les relations précontractuelles sont régies par la loi française, à laquelle vous et l'Assureur déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

25 – ADHESION A L'ASSOCIATION POUR L'UNION ET LE RECOURS EN ASSURANCES

25.1 Objet

L'Association pour l'Union et le Recours En Assurances a pour objet :

- étudier tout type de produits d'assurance susceptibles d'améliorer la protection de ses adhérents ;
- souscrire tout type de contrats d'assurance auprès de société ou de mutuelle d'assurance, pour le compte de ses adhérents présents et à venir, afin de leur permettre de bénéficier de solutions récentes, performantes et économiques ;
- faire évoluer les contrats d'assurance en cours afin d'améliorer la protection de ses adhérents tout en respectant une équité entre eux ;

- accompagner les sociétés ou mutuelles d'assurance pour les aider à adapter les contrats afin qu'ils soient plus en adéquation avec les besoins de ses adhérents ;
- réunir et communiquer au profit de ses adhérents toutes informations susceptibles de les renseigner sur le niveau de leur protection et sur les différentes formules existantes sur le marché ;
- réaliser des études statistiques et des analyses comparatives qui pourront être diffusées auprès des adhérents
- accompagner les adhérents présents et à venir dans leurs démarches d'adhésion et de gestion de leurs contrats afin de leur obtenir des conditions optimales de garanties ;
- mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aide aux adhérents à travers un fonds d'action sociale ;
- permettre la mutualisation des risques en instaurant un principe de solidarité entre les adhérents ;
- assurer la défense des intérêts des adhérents ;
- offrir à ses adhérents, de manière plus générale, tous autres services destinés à conforter leurs intérêts matériels et moraux.

25.2 Adhésion

Toute personne physique peut devenir Membre Adhérent à l'occasion de sa demande d'adhésion à un contrat d'assurance de groupe ou collectif souscrit par l'Association. Dès lors que la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par l'Association est acceptée par l'Assureur et que la cotisation annuelle est acquittée, la personne acquiert la qualité de Membre Adhérent.

25.3 Cotisation

Le Membre Adhérent doit s'acquitter d'un Droit d'entrée de 8 € prélevé avec la première cotisation. La cotisation annuelle de 8 € est prélevée en janvier de chaque année suivant l'adhésion.

26 – AUTORITE DE CONTRÔLE

L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 place de Budapest- CS 92459-75436 Paris Cedex 09.

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris
Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15

Tél : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Entreprise régie par le code des assurances - GROUPE CAISSE DES DEPOTS

Association pour l'Union et le Recours En Assurances – Association régie par la loi de 1901 – 848 Chemin de Saint Germain – 30100 ALES
Association déclarée à la préfecture de la Seine Maritime – N° SIRET 800 202 707 CODE APE 9499Z