

Assurance Emprunteur

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : CNP Assurances – Société anonyme régie par le code des assurances et immatriculée en France - SIREN : 341 737 062

Produit : Contrat d'assurance Décès Invalidité n°4371B

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

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

Assurance temporaire souscrite à l'occasion de la mise en place d'un crédit, qui garantit la prise en charge de tout ou partie du crédit en cas de survenance de certains événements (par exemple en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité AERAS(IA) et d'Incapacité Totale de Travail (ITT) de l'emprunteur).



Qu'est-ce qui est assuré ?

L'assureur prend en charge les sommes dues au prêteur (capital restant dû ou échéances), dans la limite de la quotité choisie et hors intérêts et pénalités de retard. Ce contrat est soumis à un plafond de garantie de 25 000 euros par personne assurée sur une durée de 15 ans maximum, quel que soit le nombre de prêts couverts pour une même opération, par ce contrat (capital restant dû multiplié par la quotité assurée).

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Décès Accidentel** : versement d'un capital en cas d'accident à l'établissement prêteur.
- ✓ **Décès** : versement d'un capital en cas de maladie ou d'accident à l'établissement prêteur.

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

GARANTIES PROPOSEES SOUS CONDITIONS

Au regard de son âge à l'adhésion ou au moment de la survenance du sinistre, l'assuré pourra bénéficier des garanties suivantes :

- ✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : lorsque à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assuré se trouve médicalement constatée dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller, se laver, manger, se déplacer).
- ✓ **Invalidité AERAS (IA)** : lorsque à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assuré se trouve médicalement constatée en interruption totale de toute activité professionnelle, en outre, son état d'invalidité doit être définitif et consolidé.
- ✓ **Incapacité Totale de Travail (ITT)** : lorsque à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assuré se trouve médicalement constatée dans l'impossibilité absolue d'exercer une activité professionnelle rémunérée, même partiellement.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres intervenus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les sommes dues au Prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).
- ✗ Les sinistres intervenus postérieurement aux limites d'âge prévues pour chaque garantie.



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

Ne sont pas couverts les sinistres dont l'origine directe ou indirecte est due aux cas suivants.

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! Le suicide pendant la première année d'assurance,
- ! Les exclusions visées à l'article L113-1 du code des assurances,
- * Les faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorismes,
- * Les participations à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, avec un engin à moteur,
- * Les vols sur appareils non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- * Les vols sur ailes volantes, ULM, deltaplane, parapente, parachute ascensionnel, vols d'essai, vol sur prototype, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne,
- * Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalations ou d'irradiations provenant de transmutation de noyaux d'atome.
- * Ces exclusions ne s'appliquent pas aux militaires dans le cadre de leur profession.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Restrictions spécifiques à la garantie Invalidité AERAS

- ! Seuls les assurés en activité professionnelle peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS.

Restrictions spécifiques à la garantie ITT

- ! Aucune indemnisation n'interviendra durant le délai de franchise de 90 jours.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties s'exercent dans le monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat

- Remplir de manière sincère et exacte tous les documents d'adhésion administratifs et/ou médicaux ;
- Fournir les documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler la première prime d'assurance ;
- Informer l'assureur en cas de modification de l'état de santé avant la date de conclusion.

En cours de contrat

- Régler la prime d'assurance prévue au contrat ;
- Informer l'assureur en cas de modification du prêt.

En cas de sinistre

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les primes sont mensuelles et dues par avance avec chaque échéance de prêt.
Par débit d'un compte bancaire au nom de l'assuré ouvert auprès d'un établissement français ou de l'union européenne.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de conclusion de l'adhésion est fixée selon les formalités d'assurance remplies soit à la date de signature du questionnaire de santé simplifié soit à la date de signature par l'emprunteur des conditions particulières.

Le contrat prend effet (date où les sinistres peuvent commencer à être pris en charge), sous réserve de l'encaissement de la première prime, à la plus tardive des deux dates suivantes : à la date de conclusion de l'adhésion ou à la date de déblocage des fonds.

Le contrat couvre la durée du prêt au maximum pendant 15 ans et prend fin dans les cas suivants :

- au terme contractuel du prêt,
- en cas de non-paiement de la prime d'assurance,
- en cas de transfert du prêt au non d'un autre emprunteur et en cas de renégociation du prêt,
- en cas de remboursement anticipé total du prêt,
- en cas de versement de la prestation Décès ou PTIA ou IA,
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
- en cas de renonciation au contrat par l'assuré,
- au jour où l'assuré notifie sa décision de refus ou d'ajournement,
- en cas de renonciation expresse de l'emprunteur à l'offre de prêt.

La garantie Décès cesse au 73ème anniversaire. En cas d'adhésion à la garantie Décès seul, elle cesse au 85ème anniversaire de l'assuré.

La garantie PTIA cesse au 31 décembre suivant le 65ème anniversaire de l'assuré.

La garantie ITT cesse à la date de mise à la retraite ou préretraite et au plus tard au 66ème anniversaire.

La garantie IA cesse au 65ème anniversaire de l'assuré.

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage ou vente à distance ou vente en face à face), l'Adhérent bénéficie d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion. Ce délai est porté à trente (30) jours en cas d'adhésion à la garantie Décès seule.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat : à la date d'échéance annuelle du contrat, en adressant au prêteur une lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant cette date.

Contrat n° 4371B
Collectivité n° 00270

IDENTIFICATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

M. Mme Mlle Agissant en qualité de : Emprunteur Coemprunteur
 Nom patronymique : Nom marital :
 Prénoms : Profession :
 Né(e) le : / / Lieu de naissance : Département ou pays :
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Nationalité française : OUI Autre (à préciser obligatoirement)

CARACTERISTIQUES DU OU DES PRETS (à compléter par IGESA)

Montant du prêt	Durée du prêt	Quotité à assurer*
euros	mois	100 %
euros	mois	100 %
euros	mois	100 %

* La quotité est obligatoirement de 100 %.

GARANTIES DEMANDEES (sous réserve d'acceptation de l'Assureur)

Candidat âgé de plus de 18 ans et de moins de 66 ans	Candidat âgé de 66 ans ou plus et de moins de 75 ans
<input type="checkbox"/> (1) Décès – PTIA – ITT OU <input type="checkbox"/> (1) Décès – PTIA	<input type="checkbox"/> (1) Décès seul

(1) Cochez la case correspondant à votre réponse.

DECLARATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

Je soussigné(e) Déclare :

- avoir plus de 18 ans et moins de 75 ans au jour de la demande d'adhésion,
- demander à adhérer au contrat d'assurance de groupe n°4371B pour le ou les prêt(s) indiqué(s) ci-dessus et les garanties désignées sur le présent bulletin.
- résider fiscalement en France.
- avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation (tel que présenté à l'article 8 b) de la notice d'information. Dans le cadre d'une vente à distance, je demande expressément la prise d'effet des garanties telle que définie dans la notice d'information sans attendre l'expiration du délai de renonciation, moyennant le paiement de ma prime d'assurance.
- donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.
- avoir reçu et pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance, de la note d'information et de la notice d'information (réf. IGESA_L4371B_janvier 2019_V2) exposant les modalités du contrat d'assurance auquel j'ai demandé à adhérer et de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli ». Je conserve un exemplaire de chaque document.
- m'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler notamment par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne.
- accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Assureur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.
- être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par CNP Assurances entraînera la nullité de l'assurance (art. L113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à CNP Assurances toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion.



BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (2/2)

Contrat n° 4371B
Collectivité n° 00270

IGESA

DÉCLARATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE (suite)

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 ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

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

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.

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 et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel (dpo@cnp.fr).

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, Tél : 01 53 73 22 22.

Fait à :

Le :

Nom du Candidat à l'assurance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Signature du Candidat à l'Assurance

--

Document d'information AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance relatif au remboursement d'un emprunt

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies, la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) révisée du 2 septembre 2015 puis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ont mis en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

- D'une part, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur.
- D'autre part, par la mise en place d'une grille de référence qui fixe :
 - les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies ;
 - des taux de surprimes maximaux applicables par les organismes assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.

1) L'accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard

1.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer : le « droit à l'oubli »

Ce dispositif s'applique aux contrats d'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt à la consommation affecté ou dédié, d'un prêt professionnel pour l'acquisition de locaux et de matériels, ou d'un prêt immobilier.

Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

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

➔ **Vos droits** : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.

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

➔ **Vos droits** : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.

Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1.1, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 1.1 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.

1.2 L'absence de surprime et d'exclusion de garantie, sous réserve de la déclaration des antécédents de santé, pour les personnes souffrant de pathologies définies par la grille de référence

a) Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif il est nécessaire que les trois conditions suivantes soient réunies :

- Nature du prêt : votre demande d'assurance concerne des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;

- Montant assuré :
 - si votre demande d'assurance porte sur un financement immobilier en lien avec votre résidence principale, la part assurée hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - si votre demande porte sur un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale, la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie,
- Age à l'échéance du contrat d'assurance : votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^{ème} anniversaire.

b) Les droits associés à la grille de référence

La grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses, ainsi que pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer.

Cette grille est consultable sur le site internet de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

→ **Vos droits** : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et si vous remplissez les conditions mentionnées au a).

2) L'accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard pour les personnes souffrant de pathologies fixées par la grille de référence. sous réserve de la déclaration des antécédents de santé

Pour les personnes souffrant de certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à l'assurance emprunteur dans des conditions standard, la grille de référence mentionnée au 1.2 prévoit également un dispositif permettant d'accéder à une assurance emprunteur à des conditions se rapprochant des conditions standard, c'est-à-dire avec des taux de surprimes plafonnés.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif, il est nécessaire que vous remplissiez les conditions (nature de crédit, montant de la part assurée et âge en fin du contrat d'assurance) définies au a) du 1.2.

La grille de référence fixe par pathologie et par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité) les taux de surprimes maximum applicables du fait de ces antécédents.

Dans ces conditions, vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée dans la limite des plafonds de taux de surprimes fixés par la grille.

→ **Vos droits** : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille.

3) Évolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence mentionnée au 1.2 et au 2.) a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance est accordée aux personnes qui en souffrent ou en ont souffert dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se font en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail prévu pour l'année à venir pour faire évoluer cette grille de référence de pathologies.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » inférieurs à ceux mentionnés au 1.1.

Lexique

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

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

IDENTIFICATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

NOM : PRENOM : Date de naissance/...../.....

Le bulletin d'adhésion à l'assurance doit impérativement être accompagné d'un Questionnaire de Santé Simplifié ou d'un Questionnaire de Santé dans les conditions indiquées ci-dessous :

- Si vous êtes âgé de **moins 66 ans**, et que vous remplissez toutes les conditions du QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE (QSS) ci-après, datez et signez-le.
- **Sinon**, vous devez signer le présent bulletin individuel de demande d'adhésion et remplir le QUESTIONNAIRE DE SANTE ci-joint.



QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE (1/2)

La confidentialité de vos réponses est garantie par le secret professionnel de votre organisme prêteur.

Avant de répondre, lisez intégralement le questionnaire ci-dessous.

Attention : ce document ne doit être ni raturé, ni surchargé.

- Si vous devez répondre Oui à au moins une des questions, complétez uniquement le cadre **B**, et remplissez le questionnaire de santé
- Si vous pouvez répondre Non à chaque question, complétez le cadre **A**, et signez le questionnaire de santé simplifié

A. - Cochez si la réponse est Non à chaque question									
En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il celui indiqué dans le tableau ci-dessous ? :									Non <input type="checkbox"/>
Taille en centimètres	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	Plus de 180	
Poids en kilogrammes	80	83	88	92	98	102	108	110	
Etes-vous actuellement									
• en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?									Non <input type="checkbox"/>
• titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?									Non <input type="checkbox"/>
• pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?									Non <input type="checkbox"/>
Au cours des 3 dernières années, avez-vous :									
• été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ?									Non <input type="checkbox"/>
• été atteint, à votre connaissance, d'une affection rhumatismale, d'un lumbago, d'une sciatique, d'une dépression nerveuse, d'une affection psychiatrique, d'une affection cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de diabète, d'une affection cancéreuse, neurologique, rénale ou respiratoire (hors allergies) ?									Non <input type="checkbox"/>
• A votre connaissance, devez-vous subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), une hospitalisation, une intervention chirurgicale, un traitement médical dans les 12 mois à venir ?									Non <input type="checkbox"/>
B - Cochez si la réponse est Oui									
Devez-vous répondre Oui à au moins une des questions ci-dessus ?									Oui <input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE (2/2)

DECLARATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.
 Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion.

J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'Assureur, ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

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 ou par l'organisme prêteur ou son 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 ; les statistiques commerciales ; 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. CNP Assurances pourra en outre utiliser vos données à caractère personnel pour vous adresser des offres ouvertes à tous nos assurés mais qui sont particulièrement adaptées à votre profil.

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

Vos informations personnelles pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées. Les informations relatives à ces transferts (pays concernés, existence de décisions d'adéquation de la Commission Européenne, destinataires et références aux garanties adaptées qu'ils présentent) peuvent être consultées au lien suivant : (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>.)

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 (i) en vous connectant sur votre espace personnel CNP Assurances www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel (dpo@cnp.fr).

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, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Fait à :
 Le :

 Nom du Candidat à l'assurance :
 Prénom :
 Date de naissance :

Signature du Candidat à l'Assurance



QUESTIONNAIRE DE SANTE (1/2)

(A compléter très lisiblement par le Candidat à l'assurance)

Contrat n° 4371B

Collectivité n° **0 | 0 | 2 | 7 | 0**

NOM : PRENOM : Date de naissance :/...../.....

1 Indiquez : Votre taille cm - Votre poids kg			
Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI , complétez.			
** : ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 10 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)			
Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical », à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée peut être remise au prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir.			
TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNE			
2 Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?	.....	Pourquoi ?..... Depuis quand ?.....	
3 Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	.....	Pourquoi ?..... Depuis quelle date ?..... À quel taux ou quelle catégorie ?..... Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?.....	
4 Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? **	.....	** Pourquoi ?..... Quand (mois/année) ? Durée ?.....	
5 Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?	.....	Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ?.....	
6 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? **	.....	** Pourquoi ?..... Quand ? Durée ?.....	
7 Avez-vous subi au cours de votre existence, une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? **	.....	** Pourquoi ?..... Quand ?.....	
8 Etes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence :		Laquelle ?	Quand ?
- d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ?	.....	.....	.....
- d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ?	.....	.....	.....
- d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? **	.....	** .....	.....
- de diabète ?	.....	.....	.....
- d'une affection digestive ?	.....	.....	.....
- d'une affection neurologique ou du système nerveux ?	.....	.....	.....
- d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ?	.....	.....	.....
- d'une affection rénale ?	.....	.....	.....
- d'une affection respiratoire ?	.....	.....	.....
- d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ?	.....	.....	.....
- de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	.....	.....	.....
9 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ? **	.....	** Précisez pour chaque traitement : Lequel ?..... Pourquoi ?..... Quand (mois/année) ? Durée ?.....	
10 Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ? **	.....	** Lesquelles ?..... Depuis quand ?.....	
11 Etes-vous actuellement sous surveillance médicale ?	.....	Pourquoi ? Depuis quand ?.....	
Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	.....	Lequel ?..... Pourquoi ?..... Depuis quand ?.....	
12 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de :		Pourquoi ?	Quand ?
- réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ?	.....	.....	.....
- être hospitalisé, traité ou opéré ?	<input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Opéré	.....
(si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)		.....	.....

QUESTIONNAIRE DE SANTE (2/2)

DECLARATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur entraîne la nullité de l'assurance (article L113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature.

J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

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

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 ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

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

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.

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 et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel (dpo@cnp.fr).

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, Tél : 01 53 73 22 22.

Fait à :

Le :

Nom du Candidat à l'assurance :

Prénom :

Date de naissance :

Signature du Candidat à l'Assurance



Entreprise contractante :

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

NOTE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE

relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêt « Habitat »
n°4371B pour l'emprunteur âgé de 66 ans et plus et assuré pour le Décès seul

1° **Nom commercial du contrat :** Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°4371B.

2° **Caractéristiques du contrat :**

2.1 Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance de groupe n° 4371B comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital des prêts « Habitat » du Ministère des armées consentis par l'IGESA en cas de décès de l'Assuré intervenant **avant son 85^{ème} anniversaire.**

2.2 Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue sous réserve du paiement de la première prime d'assurance à la date de signature par l'Emprunteur des conditions particulières d'assurance.

2.3 Durée du contrat

Durée du contrat d'assurance groupe :

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

Durée de l'adhésion :

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionné dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de garantie contractuels visés à l'article 10 de la notice d'information.

2.4 Modalités de versement des primes

L'Emprunteur s'engage à payer les primes, calculées en pourcentage du capital initial du prêt.

Le taux de prime est indiqué dans l'offre de prêt. Cette prime est exigible dès la prise d'effet de la garantie et prélevée par le Prêteur sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union européenne.

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

2.5 Délais et modalités de renonciation au contrat

L'Emprunteur ayant adhéré au contrat pour la garantie décès seul peut renoncer à son adhésion au présent 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 du Prêteur selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme, Mlle)..... (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n° 4371B conclue le..... à..... ».

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

2.6 Formalités à remplir en cas de sinistre

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

- un bulletin de décès ou un acte de décès original,

- une attestation de décès indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus par l'article 13 « Risques exclus ». En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit) : le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.

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.

- une copie de l'offre préalable de crédit signée et de l'éventuel avenant de réaménagement,
- une copie du tableau d'amortissement ou de l'échéancier du contrat de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt,
- une copie du bulletin individuel de demande d'adhésion, accompagné de la déclaration d'état de santé ou du questionnaire de santé,
- un exemplaire des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré.

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

2.7 Nom et adresse du souscripteur, formalités de résiliation

Le contrat n° 4371B est souscrit par IGESA - siège social : Caserne Saint Joseph - BP 190 - 20293 BASTIA - auprès de CNP Assurances. Le Souscripteur et l'Assureur peuvent résilier le présent contrat, au moyen d'une lettre recommandée envoyée au moins **3 mois** avant la date d'échéance. La résiliation du contrat fait cesser les admissions dans l'assurance. Elle n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours dont les garanties restent acquises aux assurés dans les conditions prévues dans la présente notice d'information.

2.8 Informations sur les primes relatives aux garanties principales et complémentaires

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

2.9 Loi applicable et indications générales relatives au régime fiscal

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

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

3° Procédure d'examen des litiges

- **Pour toute réclamation relative à la décision d'admission**, l'Assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, s'adresser à : CNP Assurances - Département Relations clients emprunteurs - Service Souscriptions- TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.
- **Pour toute réclamation relative à un sinistre** : CNP Assurances - Département Relations clients emprunteurs - Service Réclamations - TSA 81566 - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.
- **En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur**, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront saisir la Médiation 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.**

Relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°4371B souscrit par l'IGESA, dénommée le « Souscripteur », auprès de CNP Assurances, dénommées « l'Assureur ».

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

Ce contrat est régi par le code des assurances et la réglementation en vigueur.

DEFINITIONS

Pour l'exécution et l'interprétation de la présente notice d'information, il est convenu des définitions suivantes :

- **Accident** : On entend par Accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Candidat à l'assurance** : toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance groupe mais pour lesquelles la garantie n'a pas encore pris effet ; il s'agit des emprunteurs et des coemprunteurs.
- **Assuré** : tout emprunteur pour lequel au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.
- **Assureur** : CNP Assurances.
- **Prêteur** : l'IGESA, établissement qui consent le(s) prêt(s) couverts par l'assurance.
- **Delai de franchise** : période durant laquelle l'Assureur ne verse pas de prestations.

1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat n° 4371B souscrit par l'Institution de Gestion Sociale des Armées est destiné à garantir le remboursement de prêt «Habitat», **plafonnés à 25 000 euros sur une durée de 15 ans maximum** » consentis par le Prêteur à ses emprunteurs en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité AERAS (IA) et, le cas échéant, d'Incapacité Totale de Travail (ITT) tels que définis aux articles 11.1, 11.2a), 11.2b), 11.2c) et 13.

2. INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

2.1 - Le contrat n° 4371B est assuré par CNP Assurances - RCS Paris 341 737 - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris CEDEX 15 - France.

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

2.2 - Les modalités de calcul de primes sont indiquées à l'article 18 PRIMES de la notice et dans l'offre de prêt ou le contrat de prêt.

2.3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article 7 DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION.

Les garanties du contrat n° 4371B sont mentionnées à l'article 11 DEFINITION DES GARANTIES et à l'article « 13 –Convention AERAS révisée (IA) ». Les exclusions au contrat n° 4371B sont mentionnées à l'article 14 RISQUES EXCLUS.

2.4 - L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date limite de validité de l'offre de prêt ou le contrat de prêt qui y est indiquée.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 7 DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION et 9 PRISE D'EFFET DES GARANTIES.

L'adhésion au contrat n° 4371B s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 5 FORMALITES D'ADHESION. Les modalités de paiement de la prime sont indiquées à l'article 18 PRIMES ET CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de (des) Emprunteur(s). Ainsi, les frais d'envois postaux, au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Emprunteur/les coemprunteurs et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

2.5 - Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 8 DROIT A RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE. En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à

la date de conclusion de l'adhésion, l'adhérent doit acquitter un versement de prime tel que fixé à l'article 18.

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

2.7 - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 19 RECLAMATIONS-MEDIATION de la notice.

2.8 – Le Document d'information sur le produit d'assurance a été remis à l'Assuré en même temps que la présente notice d'information.

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25 juin 1999 – article L423-1 du code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).

3. PERSONNES ASSURABLES

Le contrat d'assurance s'adresse à l'ensemble des emprunteurs ressortissants du Ministère des armées, ainsi qu'à leurs coemprunteurs, âgés de **plus de 18 ans et de moins de 75 ans** au jour de la demande d'adhésion et bénéficiaires de prêts Habitat du Ministère des armées consentis par l'IGESA.

a) **Peuvent demander leur adhésion pour les garanties Décès, PTIA et le cas échéant ITT (garanties « standards»), les emprunteurs âgés de plus de 18 ans et de moins de 66 ans** (date anniversaire de naissance) au jour de la demande d'adhésion.

b) **Peuvent demander leur adhésion pour la garantie Décès seul, les emprunteurs âgés de 66 ans et plus et de moins de 75 ans** (date anniversaire de naissance) au jour de la demande d'adhésion.

Dans la suite de la présente notice d'information, ces personnes sont dénommées « l'Emprunteur » avant la prise d'effet de l'assurance. Lorsque l'assurance a pris effet, ces personnes sont dénommées « l'Assuré ».

4. QUOTITE

Chaque Emprunteur doit s'assurer à 100% du montant du prêt. Ce taux, appelé «quotité», s'applique pour l'ensemble des risques couverts.

5. FORMALITES D'ADHESION

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

Elles comportent un bulletin individuel de demande d'adhésion à l'assurance, un questionnaire de santé simplifié (QSS) ou un questionnaire de santé (QS) qui doivent être intégralement renseignés et signés par l'Emprunteur.

Le questionnaire de santé simplifié est à renseigner si l'emprunteur et/ou le coemprunteur est (sont) âgé(s) de moins de 66 ans et remplissent toutes les conditions précisées dans cette déclaration.

Si l'emprunteur et/ou le coemprunteur ne remplissent pas une de ces conditions, il(s) devra (devront) compléter, dater et signer le questionnaire de santé.

Le questionnaire de santé peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir.

Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'examen médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur aux frais de ce dernier.

L'Emprunteur peut en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.

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

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

Si une évolution de l'état de santé de l'Emprunteur survient durant le délai de 3 mois et avant la date de conclusion de l'adhésion et modifie les réponses portées sur le questionnaire signé lors de la demande d'adhésion, l'Emprunteur est 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, et les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts, conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances.

6. DECISION DE L'ASSUREUR

Au terme de l'examen des formalités d'admission, l'Assureur peut :

- **Soit accepter le Candidat à l'assurance.** Cette décision peut être donnée :

✓ **Sans réserve,** l'acceptation vaut pour tous les risques couverts.

✓ **Avec réserve(s),** l'acceptation est prononcée en excluant certaines pathologies et/ou certaines garanties. Le détail de(s) l'exclusion(s) partielle(s) de garantie(s) est communiqué directement au Candidat à l'assurance par courrier séparé signé du Médecin Conseil de l'Assureur.

- **Soit ajourner la décision :** dans ce cas le Candidat à l'assurance n'est pas assuré mais pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué par l'Assureur.

- **Soit refuser au Candidat à l'assurance le bénéfice de l'assurance.** Cette décision déclenche automatiquement et dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ») une étude du dossier dans un contrat de 2^{ème} niveau. Si à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier sera examiné (sous condition d'âge et de montant emprunté) par un 3^{ème} niveau national.

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

Toute autre opération d'emprunt nécessite une nouvelle demande d'adhésion.

Toute modification des conditions initiales de l'emprunt induisant un report d'échéances supérieur à 60 mensualités et/ou d'un montant supérieur à 8000 euros nécessite obligatoirement une nouvelle demande d'adhésion, selon les conditions contractuelles applicables au jour du report et dont l'assiette de calcul du taux est le montant du capital restant dû après report.

Si l'Emprunteur est âgé de 66 ans ou plus au jour de cette nouvelle adhésion, il ne pourra bénéficier, sous réserve de la décision de l'Assureur, que de la garantie Décès seul.

Notification de la décision de l'Assureur

L'Assureur informe par courrier le Candidat à l'assurance de sa décision.

En cas d'acceptation avec réserves, le Candidat à l'assurance devra, s'il accepte les conditions particulières d'assurance proposées, retourner à l'IGESA l'un des deux exemplaires dûment complétés, datés et signés.

En cas de réserve partielle ou totale portant sur la garantie ITT, l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS révisée, d'une proposition de garantie Invalidité AERAS telle que définie à l'article 13.1.

La durée de validité de la décision d'acceptation dans l'assurance est fixée à 6 mois. Si au terme de ce délai, l'offre de prêt n'a pas été signée par l'Emprunteur, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

7. DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION

7.1 Date de conclusion de l'adhésion :

Lorsque l'Emprunteur a été admis dans l'assurance en signant un questionnaire de santé simplifié (QSS), l'adhésion est conclue à la date de signature du QSS.

Lorsque l'Emprunteur a été admis dans l'assurance en signant un questionnaire de santé, l'adhésion est conclue à la date de signature par l'Emprunteur des conditions particulières d'assurance.

7.2 Durée de l'adhésion :

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 10.

8. DROIT A RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

La signature du bulletin individuel de demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

Si le contrat est vendu à distance :

Le contrat est vendu en vente à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

Conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, **pour les assurés bénéficiant des garanties décès, PTIA et le cas échéant l'ITT, un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus s'applique** en cas de Vente A Distance.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie décès seul, un délai de 30 jours calendaires révolus s'applique.

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

Si le contrat est vendu en face à face :

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) Modalités de la renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser au Prêteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigé selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme, Mlle).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n° 4371B que j'ai signé le..... à..... (lieu d'adhésion). Le (date et signature).».

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la prime versée dans un délai de **30 jours calendaires** à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec AR.

Lorsque l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face (et uniquement pour les assurés bénéficiant de la garantie décès seul), l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec AR.

9. DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- à la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 7.1, ou
- à la date de déblocage des fonds.

Le décès Accidentel est garanti pendant deux mois à compter de la signature du Questionnaire de Santé ou du Questionnaire de Santé Simplifié. Cette garantie est subordonnée au versement ultérieur des fonds.

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

10. CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent :

1. au terme contractuel du prêt ;
2. à la date de remboursement total anticipé du prêt ;
3. en cas de renonciation expresse de l'Emprunteur à l'offre de prêt ;
4. à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt ;
5. à la date de versement de la prestation en cas de Décès ou PTIA, ou d'Invalidité AERAS (IA) ;
6. en cas de non-paiement de la prime selon les modalités prévues à l'article 18 ;
7. en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur et en cas de renégociation du contrat de prêt ;
8. au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement ;
9. au jour de réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 8.

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

- ✓ Pour les garanties « Standard » telles que visées à l'article 3a) :
 - en ce qui concerne la garantie Décès, au 73^{ème} anniversaire de l'Assuré (date anniversaire de naissance).
 - en ce qui concerne la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, au 31 décembre suivant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.
 - en ce qui concerne la garantie Incapacité Totale de Travail, à la date de départ ou de mise à la retraite ou en préretraite de l'Assuré quelle qu'en soit la cause, et au plus tard au 66^{ème} anniversaire de l'Assuré (date anniversaire de naissance).
- ✓ Pour la garantie Invalidité AERAS telle que visée à l'article 13.1.5 : avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- ✓ Pour la garantie Décès seul telle que visée à l'article 3b) : au 85^{ème} anniversaire de l'Assuré (date anniversaire de naissance).

11. DEFINITIONS DES GARANTIES

Sous réserve de la décision de l'Assureur et des cas d'exclusion précisés à l'article 14 et dans les conditions prévues à l'article 12, l'assurance couvre les risques énumérés ci-dessous :

11.1 Garantie Décès seul (telle que visée à l'article 3b) :

Le Décès seul est garanti jusqu'au 85^{ème} anniversaire de l'Assuré (date anniversaire de naissance).

11.2 Garanties « standards » (telles que visées à l'article 3a) :

a) Le Décès.

Le décès est garanti jusqu'au 73^{ème} anniversaire de l'Assuré (date anniversaire de naissance).

b) La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Pour ouvrir droit à prestation, la PTIA doit répondre aux conditions suivantes :

Un Assuré est en état de PTIA lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

1. l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit ;
2. elle le 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 ;
3. la date de survenance du sinistre reconnue par l'Assureur se situe avant le 31 décembre suivant son 65^{ème} anniversaire.

c) L'Incapacité Totale de Travail (ITT) :

L'Assuré est en état d'ITT lorsqu'il se trouve, à l'expiration du délai de franchise de 90 jours (tel que précisé à l'article 12.2.a) et par suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité absolue médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle rémunérée, même partiellement.

12. MONTANTS DES PRESTATIONS VERSEES

12.1 BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire de l'assurance est le Prêteur, désigné sur le bulletin individuel de demande d'adhésion, qui a consenti le prêt. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues par l'Assuré, fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du contrat de prêt transmis par le Prêteur.

12.2 MONTANT DES PRESTATIONS

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

Lorsque l'assurance repose sur la tête de plusieurs Assurés, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures au capital ou aux échéances dues au titre du ou des prêts garantis.

• Garantie Décès seul (telle que visée à l'article 3b) :

En cas de Décès d'un Assuré survenant en période de garantie et avant le 85^{ème} anniversaire (date anniversaire de naissance), l'Assureur rembourse au Prêteur et selon le tableau d'amortissement, le paiement :

- soit du capital restant dû au lendemain du décès, à l'exclusion de toutes échéances arriérées,
- soit du capital initial, si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

• Garanties « standards » (telle que visée à l'article 3a) :

► Prestation garantie en cas de Décès

En cas de décès d'un Assuré survenant en période de garantie et avant son 73^{ème} anniversaire (date anniversaire de naissance), l'Assureur rembourse au Prêteur et selon le tableau d'amortissement, le paiement :

- soit du capital restant dû au lendemain du décès, à l'exclusion de toutes échéances arriérées,
- soit du capital initial, si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

► Prestation garantie en cas de PTIA

En cas de PTIA d'un Assuré survenant avant le 31 décembre suivant son 65^{ème} anniversaire, 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.

Le versement de la prestation est également subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de survenance du sinistre.

L'Assuré, pour lequel sont versées des prestations au titre de la garantie Incapacité Totale de Travail définie ci-après, peut bénéficier du paiement du capital au titre de la PTIA s'il vient à remplir les conditions précisées ci-dessus.

Le capital dû au titre de la PTIA sera alors diminué des sommes réglées au titre de l'Incapacité Totale de Travail qui se rapporteraient à des périodes postérieures à la date reconnue comme point de départ de la PTIA.

► Prestations garanties en cas d'ITT

a) Délai de franchise:

Pendant la période dite délai de franchise, l'Assureur ne verse pas de prestation. Ce délai est de 90 jours continus. Il est décompté à partir du 1^{er} jour d'interruption d'activité professionnelle.

b) Non application du délai de franchise en cas de rechute

Le délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré (conformément à l'article 15), due à la même affection que celle qui motivait la demande précédente, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 60 jours.

c) Prestations garanties en cas d'ITT

En cas d'ITT telle que définie à l'article 11, survenant avant le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré (date anniversaire de naissance), et se prolongeant sans interruption durant plus de 90 jours, l'Assureur prend en charge à compter du 91^{ème} jour le paiement des échéances dues par l'Emprunteur au prorata temporis du nombre de jours d'ITT reconnue et de la quotité assurée.

d) Cessation du versement des prestations ITT

Le versement des prestations dues au titre de l'ITT cesse dans les cas suivants :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties définies à l'article 10 (à l'exclusion du cas au 5° de l'article 10),
- lorsque l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs mentionnés à l'article 15.3, ou qu'il bénéficie de prestations attestant d'une incapacité partielle, notamment mi-temps thérapeutique, ou assimilables à une 1^{ère} catégorie de Sécurité sociale (tel qu'exploitant agricole invalide aux 2/3),
- à la date où l'Assuré est reconnu apte à exercer une activité professionnelle quelconque, même partiellement,
- lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle, même partiellement,
- lorsque l'Assuré cesse de percevoir des prestations en espèce,
- à la date du départ à la retraite ou préretraite de l'Assuré quel qu'en soit le motif.

13. CONVENTION AERAS REVISEE

Les Organismes Assureurs s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion.

Si la garantie Incapacité Totale de Travail est refusée pour raisons médicales, ou si elle est accordée mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer dans les dispositions particulières adressées à l'Assuré une **garantie Invalidité AERAS**.

13.1 - Définition de la garantie Invalidité AERAS (IA)

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

L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

1. Son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.
2. Son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. Son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N° 2001-99 du 31 janvier 2001). La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 19.1 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.
4. L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'aptitude totale à l'exercice de sa profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

13.2 - Prestation garantie en cas d'IA

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement, ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article 14 (risques exclus) et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie ITT, 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.

13.3 - Cessation du versement des prestations IA

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 10 ;

- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 13.1 ;
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection sociale visé au point 4 de la définition de la garantie à l'article 13.1 ;
- lorsqu'après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

13.4 - Formalités à remplir en cas d'IA

Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité AERAS, en sus des justificatifs au titre de la garantie ITT visés dans la notice d'information, les éléments suivants :

- une copie de l'offre préalable de crédit ;
 - une copie du tableau d'amortissement ou de l'échéancier du contrat de prêt, certifiée par le Prêteur ;
 - un exemplaire des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré ;
 - une attestation médicale d'incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité.
- ✓ Pour les salariés, joindre également : une copie de la notification par la Sécurité sociale 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.
- ✓ Pour les fonctionnaires et assimilés, joindre également : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme ou une copie de l'arrêt de position administrative ou une copie du titre de pension.
- ✓ Pour les non-salariés, joindre aux justificatifs également : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

Ces documents sont nécessaires à l'étude du dossier mais n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du risque.

14. RISQUES EXCLUS

LES EXCLUSIONS PREVUES EN 3), 4), 5) 6) 7) et 8) NE S'APPLIQUENT PAS AUX MILITAIRES DANS LE CADRE DE LEUR PROFESSION.

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 :

1. le suicide de l'Assuré dans la 1^{ère} année d'assurance ;
2. les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances ;
3. les conséquences de faits de guerres civiles ou étrangères quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active ;
4. 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 ;
5. les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallies de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
6. 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 ;
7. les conséquences de vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parapente, parachute ascensionnel, des vols d'essai, vols sur prototype, tentatives de records, des sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne ;
8. les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome.

15. FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs visés au présent article 15.

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

15.1 - Formalités à remplir en cas de Décès

Il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir au Prêteur qui transmettra à l'Assureur les pièces justificatives suivantes, dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- un bulletin de décès ou acte de décès original,
- une attestation de décès indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus par l'article 14 « Risques exclus ». En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droits) : le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.

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.

15.2 - Formalités à remplir en cas de PTIA

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

- une attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin,
- un certificat médical attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte,

Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel secret-médical » à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir.

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

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

REMARQUE : Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. Les pièces émanant de la Sécurité sociale, de la CDAPH ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

15.3 - Formalités à remplir en cas d'ITT

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir au Prêteur qui transmettra à l'Assureur pour chaque nouveau sinistre Incapacité Totale de Travail, à l'issue du délai de franchise défini à l'article 12 et au plus tard 90 jours après la fin du délai de franchise :

- une attestation médicale d'incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel secret-médical » à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir.
- Doivent être produits en outre :
- ✓ I) Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale : la copie des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale depuis l'arrêt de travail, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise (Indemnités Journalières, ou titre de pension 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou rente supérieure ou égale à 66 %). A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent toutes la subrogation.
 - ✓ II) Pour les Assurés assujettis à des régimes similaires au régime général de la Sécurité sociale : la copie des décomptes de prestations en espèces émanant de ces régimes, depuis l'arrêt de travail, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent toutes la subrogation.
 - ✓ III) Pour les fonctionnaires ou assimilés : une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

- ✓ IV) Pour les travailleurs non-salariés : un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT au sens du contrat, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

Tant que dure l'ITT, de nouvelles attestations médicales d'incapacité/invalidité devront être fournies à la demande de l'Assureur.

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

REMARQUE : Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. Les pièces émanant de la Sécurité sociale, ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur. Les pièces émanant de la CDAPH ne permettent pas de justifier d'un arrêt de travail.

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

16. CONTROLE MEDICAL

La production des justificatifs demandés en cas d'Invalidité AERAS, d'ITT et de PTIA est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin mandaté par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état d'Invalidité AERAS, d'ITT et de PTIA tel que défini à l'article 13.1, 11-2 b) et 11-2c).

Au vu des conclusions du rapport du médecin mandaté, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge. En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'incapacité ou de l'invalidité AERAS, des contrôles médicaux auprès d'un médecin mandaté par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de tierce expertise peut-être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 17.

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

17. PROCEDURE DE TIERCE EXPERTISE

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, 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.

18. PRIMES ET CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES

18.1 - PRIMES

Les garanties sont consenties moyennant le paiement par l'Assuré d'une prime annuelle fractionnable mensuellement assise sur le montant du capital initial du prêt. Le taux d'assurance est indiqué dans l'offre de prêt. Il n'est procédé à aucun remboursement de prime, les trop-versés éventuels viennent en diminution des primes à échoir.

18.2 - CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES

La prime d'assurance est due dès la date de prise d'effet des garanties. Elle est notamment prélevée mensuellement par le Prêteur et incluse dans la mensualité de remboursement du prêt, sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

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

19. RECLAMATIONS - MEDIATION

Les réclamations au titre du présent contrat doivent être formulées auprès de l'Assureur.

Pour toute réclamation relative à l'admission de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances – Département Relations clients emprunteurs - Service Souscriptions – TSA 57161 – 4, place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droits peuvent s'adresser à CNP Assurances – Département Relations clients emprunteurs - Service réclamations – 4 place Raoul Dautry - TSA 81566 – 75716 Paris Cedex 15.

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

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

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

La saisine par l'Assuré du Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article 19.

20. DELAI DE PRESCRIPTION

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

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

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

adressée par l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

21. 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 ou par l'organisme prêteur ou son 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, CNP Assurances est amenée 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.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels de CNP Assurances ou de l'organisme prêteur, 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 (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel (dpo@cnp.fr) ; 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.

22. AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 4 place de Budapest – CS 92459 – 75009 PARIS est chargée du contrôle de l'Assureur.

23. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

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