

NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance groupe en couverture de prêts n° 7538T

Contrat souscrit auprès de CNP Assurances et CNP IAM par la société Crédit Immobilier de France Développement (CIFD), compagnie financière du groupe CREDIT IMMOBILIER DE FRANCE, au profit des Filiales Financières Opérationnelles du Groupe qui ont adhéré à ces contrats.

Ce contrat est régi par le Code des assurances français et les conditions générales ci-dessous.

CNP Assurances S.A. à Directoire et Conseil de surveillance au capital de : 594 151 292 euros entièrement libéré - 341.737.062 RCS Paris
CNP IAM S.A. à capital de 30 500 000 euros entièrement libéré 383.024.189 RCS Paris
ENTREPRISES REGIES PAR LE CODE DES ASSURANCES
Siège social : 4, Place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - TEL : 01. 42.18.88.88
Association CNP pour la Prévoyance - Association Loi 1901 - 4 place Raoul Dautry - 75015 PARIS

1. OBJET DU CONTRAT ET DEFINITIONS

Le présent contrat a pour objet de garantir le remboursement des prêts immobiliers consentis par le Prêteur, en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'Assuré.

Dans la présente notice : CNP Assurances et CNP IAM sont dénommées "l'Assureur", la Filiale Financière Opérationnelle qui accorde le ou les prêts couverts par l'assurance est dénommée "le Prêteur", l'emprunteur, le co-emprunteur et la caution d'un emprunteur qui demandent leur adhésion à l'un des présents contrats sont dénommés "le Candidat à l'Assurance" et toute personne physique dont au moins une des garanties d'un des présents contrats a pris effet est dénommée "l'Assuré".

L'Accident est défini comme toute action soudaine et imprévisible provenant exclusivement et directement d'une cause extérieure qui a pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré.

Le présent contrat a pour objet de garantir le remboursement des prêts immobiliers consentis par le Prêteur, en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'Assuré.

2. CONDITIONS D'ADHESION

2.1. PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables dans le cadre du présent contrat, à l'exception des Fonctionnaires en position d'activité, tels que définis par le statut général de la Fonction Publique, l'emprunteur et ses co-emprunteurs qui bénéficient des prêts définis en objet et les cautions d'un emprunteur personne physique ou d'un emprunteur personne morale qui bénéficient de ces mêmes prêts.

L'adhésion est réservée aux Candidats à l'Assurance âgés de moins de 70 ans (date anniversaire de naissance au jour de la signature du questionnaire de santé).

Les garanties sont proposées comme suit :

Les Candidats à l'Assurance âgés de moins de 65 ans au jour de la signature du questionnaire de santé simplifié ou approfondi (date anniversaire de naissance) sont assurables pour les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale.

Les Candidats à l'Assurance âgés de 65 à 70 ans au jour de la signature du questionnaire de santé simplifié ou approfondi (date anniversaire de naissance) sont assurables pour le risque

Décès seul quel que soit le type de prêt, jusqu'à leur 70^{ème} anniversaire (date anniversaire de naissance).

Les Candidats à l'Assurance de plus de 70 ans au jour de la signature du questionnaire de santé simplifié ou approfondi (date anniversaire de naissance) ne sont pas assurables au titre du présent contrat.

Les candidats à l'Assurance non résidents en France, c'est-à-dire au sens de la présente notice, non soumis au régime de protection sociale français sont assurables pour le risque décès seul, quel que soit leur âge et le type de prêt.

NOTA : Lorsque l'assurance est destinée à couvrir le remboursement des prêts Relais et des prêts In Fine avec différé de paiement du capital et des intérêts, les garanties concernent systématiquement et exclusivement et sous réserve de la décision de l'Assureur, les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

2.2. CHANGEMENT DE STATUT EN COURS D'ASSURANCE

Si l'Assuré devient Fonctionnaire en position d'activité, tel que défini par le statut général de la Fonction Publique, il peut adhérer au contrat n° 7539V. L'adhésion par l'Assuré à ce nouveau contrat n° 7539V prendra effet sans établissement d'un nouveau questionnaire de santé et sous réserve du paiement des primes au tarif en vigueur dans le contrat n° 7539V à la date de signature d'un nouveau bulletin d'adhésion, aux mêmes conditions particulières d'assurance :

- sans application d'un délai d'attente lorsque l'Assuré a adhéré depuis plus de 365 jours au contrat n° 7538T ;
- avec un délai d'attente égal à la part du délai non couru dans le contrat n° 7538T.

Cette nouvelle adhésion entraînera la résiliation de l'adhésion au présent contrat.

2.3. FORMALITES D'ADMISSION

Les formalités d'admission sont obligatoires et s'effectuent antérieurement ou concomitamment à l'acceptation de l'offre de prêt. Elles comportent dans tous les cas, un bulletin d'adhésion à l'assurance accompagné d'un questionnaire de santé :

• Si l'ensemble des critères suivants sont réunis, seul le Questionnaire de Santé Simplifié (QSS) sera renseigné et la décision de l'Assureur interviendra sur la base de ce Questionnaire :

- le montant total des prêts consentis par le Prêteur est inférieur ou égal à 100 000 euros pour une même opération,
- le Candidat à l'Assurance est âgé de moins de 50 ans,
- le Candidat à l'Assurance a répondu « NON » à toutes les questions du QSS.

Paraphe Emprunteur(s)

• Si l'ensemble des critères précités ne sont pas réunis, le Candidat à l'Assurance devra remplir le Questionnaire de Santé Approfondi ; la décision de l'Assureur interviendra alors sur la base du Questionnaire de Santé Approfondi (QSA).

A la demande de l'Assureur, le candidat à l'Assurance peut être invité à :

- produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé ;
- se soumettre à des examens de laboratoire au frais de l'Assureur ;
- passer une visite médicale auprès d'un médecin désigné par l'Assureur aux frais de ce dernier.

Durée de validité du Questionnaire de Santé Approfondi et du Questionnaire de Santé Simplifié :

Leur durée de validité est fixée à 4 mois à compter de leur date de signature par le Candidat à l'Assurance. Si la décision n'intervient pas dans ce délai, le Candidat à l'Assurance doit remplir un nouveau questionnaire de santé simplifié ou approfondi.

Toutefois si, avant la prise d'effet de l'assurance, une évolution de l'état de santé du Candidat à l'Assurance survient dans ce délai de quatre mois et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé simplifié ou approfondi signé lors des formalités d'admission, le Candidat à l'Assurance est tenu d'en informer l'Assureur.

Durée de validité des examens médicaux :

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois.

Cette durée commence à courir à compter de leur date d'établissement.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré ayant modifié ou atténué l'importance du risque accepté par l'Assureur lors des formalités d'admission peut entraîner la nullité du contrat en application de l'article L 113-8 du Code des assurances. Les primes versées sont alors conservées par l'Assureur.

2.4 DÉCISION DE L'ASSUREUR

Au terme de l'examen du bulletin d'adhésion et des questionnaires de santé (Questionnaire de Santé Approfondi et Questionnaire de Santé Simplifié), l'Assureur peut :

• **Accepter le Candidat à l'Assurance :**

Dans ce cas, cette acceptation peut être donnée :

- sans réserve : elle vaut pour tous les risques couverts ;
- avec réserve : elle exclura alors certaines garanties ou encore certaines pathologies pour des garanties précises.

Dans le cas où l'Assureur refuserait la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), cette restriction ne s'applique pas lorsque l'Incapacité Temporaire Totale est imputable à un accident (défini à l'article 1) survenu après la date d'acceptation dans l'assurance.

Les conditions d'admission dans l'assurance (qui constituent les conditions particulières de l'Assuré) sont notifiées au Candidat, soit sur le bulletin d'adhésion par l'intermédiaire du Prêteur, soit par lettre envoyée directement par l'Assureur. L'accord écrit du candidat à ces conditions d'admission est une condition pour la prise d'effet de l'assurance.

L'acceptation dans l'assurance ainsi que le tarif sont, en tout état de cause, déterminés pour les caractéristiques du ou des prêts figurant sur le bulletin d'adhésion (montant, durée et quotité garantie). Sauf exception, toute modification nécessite le renouvellement des formalités d'admission.

La durée de validité de la décision d'acceptation dans l'assurance est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle elle est prise. Si au terme de ce délai, l'offre de prêt n'a pas été acceptée par le Candidat à l'Assurance, les formalités d'admission devront être renouvelées.

• **Ajourner sa décision :**

En cas d'ajournement, l'acceptation est limitée au Décès et à la PTIA, imputable(s) à un Accident (défini à l'article 1) ; l'Assuré disposera d'un délai de deux ans maximum à compter de la prise d'effet de l'assurance, pour présenter de nouvelles formalités d'admission afin de bénéficier éventuellement des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes et Incapacité Temporaire Totale (ITT) toutes causes.

• **Refuser au Candidat à l'Assurance le bénéfice de l'assurance au titre du présent contrat :**

Cette décision déclenche automatiquement pour l'Assureur et dans le cadre de la Convention « AERAS » (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude dans le cadre d'un contrat spécifique.

2.5 QUOTITÉ D'ASSURANCE ET LIMITES DES PRESTATIONS

La quotité d'assurance est indiquée sur le bulletin d'adhésion en respectant les limites suivantes :

On appelle quotité le pourcentage, indiqué sur le bulletin d'adhésion qui, multiplié par les montants de prestations définis aux articles 5.1, 5.2.3 et 5.3.3, déterminera la prestation réellement due au Prêteur en cas de sinistre.

Deux cas de répartition peuvent se présenter :

⇒ Un seul Candidat à l'Assurance : la quotité indiquée doit obligatoirement être 100% ;

⇒ Plusieurs Candidats à l'Assurance au titre d'un même financement : chaque Candidat à l'Assurance peut indiquer une quotité maximale de 100% et minimale de 10% étant entendu que le total des quotités ne doit pas être inférieur à 100%.

Les Candidats à l'Assurance intervenant en qualité de caution, choisissent librement leur quotité avec un minimum de 10%.

Limites des prestations

Lorsque plusieurs Assurés sont garantis au titre d'une même opération, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux montants dus (tels que définis au 5.1, 5.2.3 et 5.3.3) au titre des prêts garantis, et figurant sur les tableaux d'amortissement ou sur le ou les échéanciers des prêts en vigueur.

3. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

La prise d'effet de l'assurance est fixée, sous réserve d'acceptation du Candidat à l'Assurance et du paiement de la prime d'assurance, à la plus tardive des dates :

- date de l'acceptation de l'offre de prêt,
- date d'acceptation par le Candidat à l'Assurance des conditions particulières d'assurance.

Toutefois, le présent contrat garantit le Candidat à l'Assurance en cas de décès imputable à un Accident (défini à l'article 1) s'il survient entre les deux dates précitées.

En cas de changement de statut de l'Assuré tel que défini au 2.2, son adhésion au contrat correspondant à son nouveau statut prend effet à la date de signature du bulletin d'adhésion à ce contrat. Cette prise d'effet entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat dans lequel il était assuré jusqu'au changement.

Paraphe Emprunteur(s)

4. ENCOURS MAXIMUM GARANTI SUR UNE MEME TETE

A une date donnée, l'encours assuré de prêts immobiliers reposant sur un même Assuré est égal à la somme des capitaux restant dus multipliée par les quotités assurées, pour l'ensemble des prêts immobiliers réalisés par le Prêteur.

L'encours maximum susceptible d'être garanti pour un Assuré, en tant qu'emprunteur, co-emprunteur ou caution, au titre d'un ou plusieurs prêts immobiliers accordés par le Prêteur, est fixé à 1.200.000 euros.

Pour le financement dont la mise en place a pour incidence de porter l'encours assuré de prêts reposant sur un même Assuré au-delà du plafond de 1.200.000 euros, les prestations en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou Incapacité Temporaire Totale (ITT), seront calculées, pour ce financement, proportionnellement au ratio :

Capital garanti pour ce financement (*)

Capital assurable pour ce financement pondéré par la quotité (*) où le Capital garanti pour ce financement est égal à la différence entre 1.200.000 euros et la somme des capitaux restant dus pondérés par les quotités assurées pour les prêts réalisés antérieurement et toujours en cours à la date du sinistre.

5. DEFINITION DES GARANTIES ET MONTANT DES PRESTATIONS

Sous réserve des conditions d'admission dans l'assurance qui lui ont été notifiées, l'Assuré est garanti contre les risques sous visés.

Les prestations sont déterminées en fonction de la quotité définie à l'article 2.5 et mentionnée sur le bulletin d'adhésion et de l'encours maximum garanti défini à l'article 4.

Par Capital assurable, on entend le capital initial emprunté ou le cas échéant le capital initial emprunté augmenté des intérêts capitalisés.

5.1 DECES

Le Décès est garanti quel que soit le pays où il survient.

Jusqu'au 75ème anniversaire de l'Assuré, le décès, quel qu'en soit sa cause est garanti.

A partir du 75ème anniversaire et jusqu'à son 85ème anniversaire, seul le décès imputable à un Accident (défini à l'article 1) est garanti.

Prestation garantie

Dans les deux cas sus-visés, l'Assureur verse au Prêteur, pour chaque prêt assuré :

• **Pour les prêts amortissables ou pour les prêts comportant un différé d'amortissement, durant la phase d'amortissement :**

- le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement, au lendemain de l'échéance précédant immédiatement la date du décès ;

• **Pour les prêts avec différé en capital mais pas en intérêts, durant cette phase de différé :**

- le Capital assurable ;

• **Pour les prêts comportant un différé en capital et en intérêts et durant cette phase de différé :**

- le Capital assurable tel que figurant sur le décompte de créance.

Si la déchéance du terme a été prononcée et que les primes ont continué à être réglées postérieurement à la déchéance, le tableau d'amortissement pris en compte sera celui en vigueur immédiatement avant la notification de la déchéance.

Le montant de la prestation sera alors égal aux prestations prévues ci-dessus.

La prise en charge par l'Assureur est limitée à ces seuls montants et n'inclura pas les éventuels intérêts et indemnités de retard qui pourraient être réclamés par le Prêteur à l'Assuré.

L'échéance qui se situerait le jour du décès, sera prise en charge par l'Assureur.

Si l'Assuré bénéficiait, avant son décès, d'une indemnisation au titre de l'Incapacité Temporaire Totale (ITT), la fraction de capital incluse dans les sommes versées par l'Assureur au titre de l'Incapacité Temporaire Totale (ITT) - entre la dernière échéance précédant le décès et le décès - est alors déduite du capital restant dû.

5.2 PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

5.2.1 - Définition

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

1° l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à la moindre activité rémunérée pouvant lui procurer gains 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 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnue par l'Assureur doit être survenue avant le 65ème anniversaire de l'Assuré ;

4° la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doit être constatée en France (France Métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer), quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

5.2.2 - Délai d'attente

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survenant au cours des 365 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance ne donne lieu à prestation que si elle résulte d'un Accident (défini à l'article 1) ou si elle fait partie des affections de longue durée figurant à l'article D. 322-1 du Code de la sécurité sociale.

5.2.3 - Prestation garantie

Le versement de la prestation est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (date de point de départ de la PTIA).

La prestation Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera calculée sur la base du capital restant dû arrêté au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Assureur, en France (France métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) reconnue par l'Assureur, ce dernier verse au prêteur, pour chaque prêt assuré :

• **Pour les prêts amortissables ou pour les prêts comportant un différé d'amortissement, durant la phase d'amortissement :**

- le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement, au lendemain de l'échéance précédant immédiatement la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur ;

• **Pour les prêts avec différé en capital mais pas en intérêts, durant cette phase de différé :**

- le Capital assurable ;

Paraphé Emprunteur(s)

• Pour les prêts comportant un différé en capital et en intérêts et durant cette phase de différé :

- le Capital assurable tel que figurant sur le décompte de créance.

Si la déchéance du terme a été prononcée et que les primes ont continué à être réglées postérieurement à la déchéance, le tableau d'amortissement pris en compte sera celui en vigueur immédiatement avant la notification de la déchéance. Le montant de la prestation sera alors égal aux prestations prévues ci-dessus.

La prise en charge par l'Assureur est limitée à ces seuls montants et n'inclura pas les éventuels intérêts et indemnités de retard qui pourraient être réclamés par le Prêteur à l'Assuré.

L'échéance qui se situerait le jour de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), sera prise en charge par l'Assureur.

Si l'Assuré bénéficiait, avant la date de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'une indemnisation au titre de l'Incapacité Temporaire Totale (ITT), la fraction de capital incluse dans les sommes versées par l'Assureur au titre de l'Incapacité Temporaire Totale (ITT) - entre la dernière échéance précédant la date de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et la date de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) - est alors déduite du capital restant dû.

5.3 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

5.3.1 - Définitions

L'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) lorsque, à l'expiration d'une période d'interruption continue d'Activité de 90 jours décomptée à partir du 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident, appelée délai de franchise, il se trouve dans l'impossibilité absolue médicalement constatée,

- pour un Assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre (y compris recherche d'emploi), d'exercer même partiellement son activité professionnelle.

- pour un Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, d'exercer même partiellement ses activités habituelles non professionnelles.

Lorsque l'Assuré est assuré social, il doit en outre bénéficier de prestations en espèces de l'organisme de protection sociale dont il dépend (indemnités journalières maladie ou accident, pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du Code de la sécurité sociale ou rente d'accident du travail et maladies professionnelles pour un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 %). Ceci est une condition nécessaire à l'étude du dossier mais non suffisante pour apprécier la réalisation du risque.

L'Incapacité Temporaire Totale doit être constatée en France (France métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer), quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

Les ITT pendant la grossesse ou après accouchement ne seront prises en charge qu'en dehors de la période du congé légal de maternité. Celui-ci suspend la prise en charge ou le décompte du délai de franchise au titre de la garantie ITT qui reprend à l'issue du congé légal si un nouvel arrêt d'activité se produit. Pour les Assurées exerçant une activité professionnelle non salariée et les Assurées sans profession, la période de congé de maternité est décomptée par assimilation à la période de congé légal de maternité du régime général de la Sécurité Sociale applicable aux travailleurs salariés.

Paraphe Emprunteur(s)

5.3.2 - Délai d'attente

L'Incapacité Temporaire Totale (ITT) survenant au cours des 365 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance n'est couverte que si elle résulte d'un Accident (défini à l'article 1).

Toutefois, l'Incapacité Temporaire Totale (ITT) imputable à une maladie dont le premier diagnostic a été établi durant cette période sera prise en charge si elle fait partie des affections de longue durée figurant à l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale.

5.3.3 - Prestations garanties

Pour bénéficier d'une indemnisation, l'Assuré, par application de son statut, de sa convention collective, des accords de son entreprise, de son contrat de travail et de son régime de prévoyance complémentaire, doit avoir un niveau de prestations inférieur à 75% de son salaire brut (revenu servant de base au calcul des cotisations du régime général de sécurité sociale).

Cette disposition n'est pas applicable à l'Assuré non salarié ou sans profession.

Pour pouvoir demander le bénéfice de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'Assuré caution devra avoir participé au remboursement des échéances du prêt depuis plus de six mois à la date du 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident le concernant.

Délai de franchise :

Le délai de franchise est la durée minimale de l'interruption temporaire de travail pour pouvoir prétendre à une prise en charge. Il est de 90 jours consécutifs à partir du premier jour d'arrêt de travail. Pendant cette période, les mensualités restent à la charge de l'Assuré.

Le début du décompte du délai de franchise précédant la mise en jeu de la garantie Incapacité Totale de Travail se situera au jour de la constatation médicale par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré, en France (France métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer) quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

Toute reprise temporaire d'Activité d'une durée inférieure ou égale à 60 jours n'a qu'un effet suspensif sur le versement de la prestation. Ce versement reprend, si toutes les autres conditions d'indemnisation sont réunies, sans application d'un nouveau délai de franchise.

A l'inverse, toute Incapacité Temporaire Totale (ITT) survenant après une reprise temporaire d'Activité d'une durée supérieure à 60 jours sera considérée comme un nouveau sinistre et fera donc l'objet de l'application du délai de franchise de 90 jours, conformément à l'article 5.3.1.

Montant des prestations :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) reconnue par l'Assureur et pour chaque prêt assuré, l'Assureur verse au Prêteur, à compter du 91ème jour une prestation calculée sur la base du montant des échéances, en capital et intérêts y compris les primes d'assurances définies à l'article 8, au prorata du nombre de jours d'incapacité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur.

Si la déchéance du terme a été prononcée et que les primes ont continué à être réglées postérieurement à la déchéance, le tableau d'amortissement pris en compte sera celui en vigueur immédiatement avant la notification de la déchéance.

La prise en charge par l'Assureur est limitée à ces seuls montants et n'inclura pas les éventuels intérêts de retard et / ou

indemnités de retard qui pourraient être réclamés par le Prêteur à l'Assuré.

La prise en charge par l'Assureur au titre de l'ITT n'interrompt pas l'exigibilité de la prime d'assurance due par l'Assuré.

Modifications des échéances en cours de prêt par l'Assuré

Pour un Assuré, qui souhaite modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, le nouveau montant de l'échéance n'est pris en compte par l'Assureur pour le calcul des prestations que lorsque la demande de modification d'échéance est intervenue avant le 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident.

5.3.4 - Cessation du versement des prestations

La prise en charge cesse dans les cas ci-dessous :

⇒ A la date où la situation de l'Assuré ne correspond plus à la définition contractuelle du risque ITT et notamment :

- pour un Assuré social, dès qu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de ces prestations ;

- dès qu'il bénéficie de prestations destinées à couvrir une invalidité partielle ou une incapacité partielle (indemnités journalières pour temps partiel thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalide au 2/3, pension de première catégorie...);

⇒ A la date où après contrôle médical initié par l'Assureur, l'Assuré est reconnu capable d'exercer, même partiellement, son activité professionnelle ou ses activités non professionnelles habituelles ;

⇒ Au jour de la survenance d'un des cas de cessation des garanties défini à l'article 6.

6. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

⇒ au terme contractuel du prêt ou à l'issue du nouveau terme défini par avenant dans le cadre de l'article L.312-14-1 du Code de la consommation, par le plan conventionnel de surendettement (loi Neiertz) ou par l'accord amiable visé aux articles L. 611-7 et suivants du Code de commerce dans la limite toutefois, dans ces deux cas, d'une durée supplémentaire maximum de 7 ans ou après exécution d'une décision judiciaire relative au traitement des situations de surendettement ou prise en application des articles L. 631-1 et suivants du Code de commerce ou prise en vertu de l'article 1244-1 du Code civil ;

⇒ à l'égard de l'Assuré, à la date à laquelle le Prêteur ou une décision judiciaire ayant force de chose jugée dégage l'Assuré de toute obligation à son égard ;

⇒ à la date du remboursement anticipé total du prêt ;

⇒ à la date de transfert du prêt à un autre emprunteur ;

⇒ en cas de modifications substantielles des conditions du(des) prêt(s) ;

⇒ en cas de non-paiement des primes définies à l'article 8 ;

⇒ dès le départ en retraite ou en préretraite, quelle qu'en soit la cause, pour la garantie ITT ;

⇒ dès que l'Assureur verse la prestation Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ;

⇒ au 75ème anniversaire de l'Assuré, pour la garantie Décès toutes causes hors celles imputables à un Accident (défini à l'article 1) ;

⇒ au 85ème anniversaire de l'Assuré, pour la garantie Décès imputable à un Accident (défini à l'article 1) ;

⇒ au 65ème anniversaire de l'Assuré pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Temporaire Totale (ITT), sans entraîner de modification du

montant de la prime globale qui reste alors due au titre de la seule garantie Décès.

7. RISQUES EXCLUS

Ne sont garantis en aucun cas :

• le suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance; Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année dans la limite d'un plafond de 120 000 € ;

• les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome ;

• les exclusions visées à l'article L 113-1 du Code des assurances (Accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires) ;

• les conséquences du fait de guerres civiles, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active ;

• les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;

• les conséquences de vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;

• les conséquences de vols sur aile volante, ULM, parapente, parachute ascensionnel;

• les conséquences d'une maladie ou d'un Accident ayant fait l'objet d'une exclusion à l'admission .

Ne sont pas garanties les Incapacités Temporaires Totales imputables à :

• des affections psychiatriques, psychiques, neuro-psychiques dont les états dépressifs quelle que soit leur nature SAUF si cette affection a nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 10 jours continus ;

• des atteintes discales, vertébrales, para-vertébrales, intravertébrales et leurs complications neuromusculaires SAUF si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité.

8. PRIMES

8.1 MONTANT DES PRIMES

Le taux des primes mensuelles, sont payables en même temps que les échéances de remboursement du prêt sauf en cas de prime unique. Ils sont définis dans l'offre de prêt ou le bulletin d'adhésion.

L'assiette de prime est déterminée selon les trois options définies ci-après ; le choix de l'option appartient au Prêteur.

Les garanties sont consenties moyennant le paiement soit d'une prime mensuelle calculée, en pourcentage du capital initial du prêt ou en pourcentage du capital restant dû, soit d'une prime unique :

• Prime sur capital initial puis à compter du 70ème anniversaire de l'Assuré sur le capital restant dû

Le montant de la prime mensuelle de chaque personne assurée est calculé sur la base du taux de prime indiqué dans l'offre de prêt ou le bulletin d'adhésion multiplié par le capital initial multiplié par la quotité garantie et divisé par 12.

Paraphe Emprunteur(s)

100190574 - 10-03:44 - ARE - O88984.IGN - 200

Page 33

Pour les prêts comportant une période de différé de paiement du capital et des intérêts, le montant de la prime sera recalculée, le cas échéant, sur le capital initial augmenté des intérêts capitalisés multiplié par la quotité garantie, à compter de l'entrée en amortissement du prêt.

A partir du 70ème anniversaire de l'Assuré, le taux de prime indiqué dans l'offre de prêt ou dans le bulletin d'adhésion est calculé sur le capital restant dû.

En cas de remboursement anticipé partiel, la nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

• Prime sur capital restant dû

Le montant de la prime mensuelle de chaque personne assurée est calculé sur la base du taux de prime indiqué dans l'offre de prêt ou le bulletin d'adhésion multiplié par le capital restant dû multiplié par la quotité garantie et divisé par 12.

• Prime unique

- Pour les prêts d'une durée initiale d'amortissement comprise entre 84 et 180 mois, le montant de la prime unique est calculé sur la base du capital initial multiplié par la quotité garantie et par le taux de prime applicable en cas de prime sur capital initial, divisé par 100, multiplié par la durée initiale d'amortissement divisée par 12 et multiplié par 0,80.

- Pour les prêts d'une durée comprise entre 181 et 300 mois, le montant de la prime unique est calculé sur la base du capital initial multiplié par la quotité garantie et par le taux de prime applicable en cas de prime sur capital initial, divisé par 100, multiplié par la durée initiale d'amortissement divisée par 12 et multiplié par 0,75.

- Pour les prêts d'une durée comprise de plus de 300 mois, le montant de la prime unique est calculé sur la base du capital initial multiplié par la quotité et par le taux de prime applicable en cas de prime sur capital initial, divisé par 100, multiplié par la durée initiale d'amortissement divisée par 12 et multiplié par 0,60.

En cas de remboursement anticipé partiel, la nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

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

Le taux de prime a été nivelé sur la durée du prêt ; par conséquent, la cessation d'une garantie n'a pas d'incidence sur le montant de la prime.

8.2 EXIGIBILITE

La prime est exigible dès la prise d'effet de l'assurance et prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt.

Pour les prêts comportant une période de différé de paiement du capital et des intérêts, la prime d'assurance est prélevée dès la date de prise d'effet des garanties telle que déterminée à l'article 3.

La prime reste exigible en cas de cessation de la garantie d'ITT et /ou de PTIA, ainsi qu'en cas de refus de prise en charge d'un sinistre par l'Assureur.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité des primes jusqu'au terme du prêt. S'il le règle pas une prime à son échéance, le Prêteur peut lui adresser une lettre recommandée de mise en demeure de payer l'informant de son exclusion du contrat dans les conditions prévues par l'article L 141-3 du Code des assurances.

9. JUSTIFICATIFS A PRODUIRE EN CAS DE SINISTRE

Paraphe Emprunteur(s)

100190574 - 10:03:44 - ARE - O88984.IGN - 200

Tout sinistre doit être déclaré par l'Assuré ou ses ayants cause auprès de l'Assureur ou du Prêteur. L'Assureur examine la demande en vue de son éventuelle prise en charge sous réserve de la production des justificatifs et dans les conditions ci-dessous.

9.1 EN CAS DE DÉCÈS

Il revient aux ayants cause de l'Assuré de fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès et au plus tard dans un délai de 2 ans conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances :

- un bulletin de décès ou un acte de décès ;

- un certificat médical indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est lié ou non à un risque exclu.

Le cas échéant, l'Assureur pourra demander à ce que ce certificat soit établi sur la base d'un document établi par l'Assureur, sur lequel figurent notamment les exclusions contractuelles. En cas de décès accidentel, l'Assureur pourra demander une déclaration détaillée des circonstances de l'Accident (procès-verbal de police, de gendarmerie, déclaration sur l'honneur,...) ;

Pour les ressortissants de pays étrangers et les Assurés français décédés dans un pays non francophone, ces documents devront être libellés ou traduits en français.

- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement ;

- le cas échéant, une copie du plan conventionnel de surendettement, de l'accord amiable visé aux articles L.611-7 et suivants du Code de commerce, de toute décision judiciaire relative au traitement des situations de surendettement ou prise en application des articles L. 631-1 et suivants du Code de commerce ou prise en vertu de l'article 1244-1 du Code civil ;

- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier (des échéanciers) du (des) Contrat(s) de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt ;

- une copie du (des) bulletin(s) de demande d'adhésion accompagné du Questionnaire de Santé Simplifié ou du Questionnaire de Santé Approfondi ;

- une copie de l'acceptation de l'Assuré aux conditions particulières d'assurance, lorsque cette acceptation ne figure pas sur le bulletin d'adhésion.

9.2 EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants cause de fournir à l'Assureur dans les jours qui suivent l'invalidité (telle que définie au 5.2) et au plus tard dans un délai de 2 ans conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances

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 et établie en France (métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer) ;

• un certificat médical établi en France (métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer) attestant que l'Assuré :

- est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à la moindre activité rémunérée pouvant lui procurer gain ou profit ;
- que son état l'oblige à recourir à l'assistance totale et permanente d'une tierce personne pour accomplir les quatre

tes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se placer) ;

a date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la ture de la maladie ou de l'Accident dont résulte l'invalidité ;

une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement ;

le cas échéant, une copie du plan conventionnel de surendettement, de l'accord amiable visé aux articles

L.611-7 et suivants du Code de commerce, de toute décision judiciaire relative au traitement des situations de

surendettement ou prise en application des articles L. 631-1 et suivants du Code de commerce ou prise en vertu de l'article

L.144-1 du Code civil ;

une copie du (des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier (des échéanciers) du (des) Contrat(s) de prêt en

cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt ;

une copie du (des) bulletin(s) de demande d'adhésion accompagné du Questionnaire de Santé Simplifié ou du

Questionnaire de Santé Approfondi ;

une copie de l'acceptation de l'Assuré aux conditions particulières d'assurance, lorsque cette acceptation ne figure pas sur le bulletin d'adhésion.

pour les Fonctionnaires, joindre une attestation de l'employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés de maladie ;

pour les salariés : joindre une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité en 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

qualification du sinistre ;

lorsque le sinistre survient dans les 365 premiers jours de la prise d'effet des garanties, une déclaration détaillée des

circonstances de l'Accident (procès-verbal de police, de gendarmerie, déclaration sur l'honneur,...) ou un document

justifiant que la PTIA est due à une Affection de Longue Durée figurant à l'article D322-1 du Code de la sécurité sociale dont

le premier diagnostic a été établi pendant cette période.

défaut de présentation des pièces ci-dessus au plus tard dans le délai de 2 ans indiqué ci-dessus, aucune prise en

charge ne pourra intervenir.

Les pièces émanant de la sécurité sociale, ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur. Les pièces émanant de

COTOREP ne sont pas suffisantes en elles-mêmes pour justifier la réalisation du risque.

3 EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

3.1 - Pièces nécessaires à la justification de l'état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT)

La déclaration doit être faite à l'issue de la période de franchise et au plus tard dans le délai de 180 jours qui

suivent le 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident.

défaut, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L113-2 du Code des

assurances et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur pour chaque nouveau sinistre Incapacité Temporaire Totale (ITT), les justificatifs suivants :

Pour tous les dossiers ITT

- une Attestation Médicale d'Incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin et établie en France (métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer) ;

- En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra compléter les pages 1, 2 et 4 de l'AMI et fournir un certificat médical reprenant l'intégralité des informations demandées en page 3 de l'AMI.

- le cas échéant, une déclaration détaillée des circonstances de l'Accident (procès-verbal de police, de gendarmerie, déclaration sur l'honneur,...) lorsque l'Accident est survenu dans un pays non francophone, ce document devra être libellé ou traduit en français ;

- lorsque le sinistre survient dans les 365 premiers jours de la prise d'effet des garanties, une déclaration détaillée des circonstances de l'Accident (procès-verbal de police, de gendarmerie, déclaration sur l'honneur,...) ou un document justifiant que la PTIA est due à une Affection de Longue Durée figurant à l'article D322-1 du Code de la sécurité sociale dont le premier diagnostic a été établi pendant cette période.

- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement ;

- le cas échéant, une copie du plan conventionnel de surendettement, de l'accord amiable visé aux articles

L.611-7 et suivants du Code de commerce, de toute décision judiciaire relative au traitement des situations

de surendettement ou prise en application des articles L. 631-1 et suivants du Code de commerce ou prise en vertu de l'article

L.144-1 du Code civil ;

- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier (des échéanciers) du (des) Contrat(s) de prêt en

cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt ;

- une copie du (des) bulletin(s) de demande d'adhésion accompagné du Questionnaire de Santé Simplifié ou du

Questionnaire de Santé Approfondi ;

- une copie de l'acceptation de l'Assuré aux conditions particulières d'assurance, lorsque cette acceptation ne figure pas sur le bulletin d'adhésion.

Les pièces émanant de la sécurité sociale, ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur. Les pièces émanant de

la COTOREP ne sont pas suffisantes en elles-mêmes pour justifier la réalisation du risque.

Doivent être produits, en outre dans les 180 jours qui suivent le 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la

maladie ou l'Accident :

- **pour les Assurés assujettis au régime général de la sécurité sociale ou à un régime similaire**, les attestations de paiement

des prestations en espèces de la sécurité sociale ou du régime équivalent couvrant au minimum l'intégralité de la période de

franchise (indemnités journalières maladie ou accident, pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie, rente accident du

travail ou maladie professionnelle) ;

- **pour les personnes involontairement privées d'emploi à la suite de la rupture de leur contrat de travail**, un certificat

médical mentionnant qu'elles se trouvent, par suite de maladie ou d'Accident, dans l'impossibilité constatée médicalement

d'effectuer leur activité professionnelle même partiellement ;

- **pour les Fonctionnaires en position d'activité**, une attestation de l'employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie ;

Signature Emprunteur(s)

- pour les Assurés, travailleurs non salariés, un certificat médical mentionnant que l'incapacité nécessite la cessation effective de leur activité professionnelle même partiellement ;
- pour les Assurés sans activité professionnelle, un certificat médical mentionnant que l'incapacité ne leur permet pas d'exercer même partiellement leurs activités habituelles non professionnelles.

• Tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale (ITT), de nouvelles Attestations Médicales d'Incapacité/invalidité devront être fournies à la demande de l'Assureur. Chaque attestation devra avoir été établie en France (métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer).

Les pièces justificatives de prolongation de l'Incapacité Temporaire Totale (ITT) précitées doivent être fournies à l'Assureur par l'Assuré au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical, et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité.

A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées à la date du dernier jour de la dernière période justifiée.

Les pièces émanant de la sécurité sociale, ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur. Les pièces émanant de la COTOREP ne sont pas suffisantes en elles-mêmes pour justifier la réalisation du risque.

9.3.2. - Pièces nécessaires à la détermination du niveau de prestations

En outre dans les 180 jours qui suivent le 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident, il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur :

• Pour les Assurés ayant, à la veille du 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident, une activité professionnelle rémunérée ou dont le contrat de travail est suspendu :

- les justificatifs de rémunérations, indemnités et prestations imposables versées par l'employeur, les organismes de sécurité sociale ou assimilés et par les organismes de prévoyance complémentaire, au cours des 12 mois précédant le 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident ;

- une attestation de l'employeur précisant la nature de l'emploi exercé à la veille du 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident ainsi que les règles d'indemnisation en cas d'arrêt de travail pour maladie ou Accident en application du statut, du contrat de travail, de la convention collective et des accords d'entreprise ;

- une attestation de l'organisme de protection sociale complémentaire définissant les prestations versées en cas d'arrêt de travail ;

- le dernier bulletin de salaire de l'année précédent l'Incapacité Temporaire Totale.

• Pour les travailleurs non salariés, un extrait KBIS ou une copie de l'interrogation Infogreffe de moins de 3 mois, un extrait D1 d'immatriculation auprès du Centre de Formalités des Entreprises, une attestation d'affiliation à leur Caisse de retraite, précisant la nature de l'emploi exercé au 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident.

• Pour les Assurés involontairement privés d'emploi, à la veille du 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident, à la suite de la rupture de leur contrat de travail :
- le certificat de travail établi par le dernier employeur ;

- copie de l'attestation que l'employeur a remplie afin que le salarié Assuré puisse faire valoir ses droits aux allocations de chômage.

A défaut de présentation des pièces dans les 180 jours qui suivent le 1er jour d'interruption d'Activité consécutive à la maladie ou l'Accident pour Incapacité Temporaire Totale (ITT), la date de prise en charge éventuelle sera celle de la réception du dossier complet par l'Assureur dans les conditions prévues à l'article L 113-2 du Code des assurances.

Les pièces émanant de la sécurité sociale, ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur. Les pièces émanant de la COTOREP ne sont pas suffisantes en elles-mêmes pour justifier la réalisation du risque.

9.4 CONTRÔLE MÉDICAL

Le contrôle médical ne peut s'effectuer qu'en France (métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer).

La production des justificatifs définis aux 9.1, 9.2 et 9.3 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le versement des prestations.

En effet, au terme de l'examen de l'ensemble des pièces fournies par l'Assuré et, le cas échéant par le Prêteur, l'Assureur peut :

- accepter la prise en charge ;

- refuser la prise en charge ;

- suspendre la prise en charge dans l'attente de la production de justificatifs supplémentaires et (ou) des conclusions du rapport d'une visite de contrôle médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin mandaté par ce dernier et à ses frais.

Cette visite médicale permettra de vérifier que l'Assuré est bien en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) telles que définies à l'article 5.2.1 et 5.3.1.

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

Si après l'un des contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut-être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 10.2.

A défaut de réalisation du contrôle médical, la prise en charge au titre du sinistre est suspendue. Le cas échéant, la prise en charge au titre de ce sinistre reprendra à compter de la date de la visite médicale. Cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions du contrôle médical si le contrôle n'a pu être effectué par le fait intentionnel de l'Assuré.

10. DROITS ET INFORMATION DES ASSURÉS

10.1. RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute réclamation relative à sa décision d'acceptation, l'Assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation définie à l'article 2.4, s'adresser à :

CNP Assurances - Direction Souscription et Maîtrise des risques Assurances - Service FA 6 - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré peut s'adresser à :

CNP Assurances - CF5 - Service réclamations - Portefeuille Crédit Immobilier de France - TSA 27167 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

Paraphe Emprunteur(s)

Après épuisement de toutes les procédures internes de traitement des réclamations, l'Assuré peut demander la saisine du Médiateur de l'Assureur. Les réclamations ayant pour objet l'entrée dans l'assurance n'entrent pas dans le champ de compétence du Médiateur.

La demande écrite et signée, devra autoriser le Médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier et en particulier des pièces médicales confidentielles. Cette demande sera adressée au :

Secrétariat de l'Instruction de la Médiation - CNP Assurances - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

La saisine par l'Assuré du Médiateur de l'Assureur, n'interrompt pas les délais de prescription des articles L.114-1 et L. 114-2 du Code des assurances.

10.2 PROCÉDURE DE CONCILIATION - TIERCE EXPERTISE

Tout refus de prise en charge par l'Assureur suite à un contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet, à la demande de l'Assuré, d'une procédure de conciliation

La demande de l'Assuré, formulée par écrit, doit indiquer qu'il sollicite la mise en place de cette procédure et doit être accompagnée d'un certificat de son médecin traitant. Ce certificat doit détailler l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date. La demande de l'Assuré doit, en outre, mentionner qu'il accepte les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après et qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert, éventuellement désigné.

Cette demande doit être adressée à l'Assureur, dans les 90 jours qui suivent le contrôle médical. A défaut de réception de ce courrier dans ce délai de 90 jours, la procédure de conciliation ne pourra être mise en place.

Le médecin de l'Assuré et le médecin conseil de l'Assureur ayant effectué le contrôle médical objet de la contestation, rechercheront une position commune relative à son état de santé. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son médecin conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers expert.

A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers expert, la procédure de conciliation prendra fin.

Les conclusions du médecin tiers expert s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin.

Les frais et honoraires du médecin tiers expert sont à la charge de la partie perdante.

En tout état de cause, l'Assuré conserve, ainsi que l'Assureur, la faculté d'exercer une action en justice.

10.3 DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toute action née du présent contrat se prescrit par 2 ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance (articles L 114-1 et 114-2 du Code des assurances). L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception interrompt le délai de prescription.

10.4 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09) est chargée du contrôle de CNP Assurances et CNP IAM .

10.5 INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS

Les données concernant l'Assuré sont destinées à l'Assureur, aux réassureurs éventuels et au Prêteur. Elles sont obligatoires pour la gestion de son contrat d'assurance.

Par ailleurs, conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés », le Prêteur pourra adresser à l'Assuré des offres sur ses produits et services, sauf opposition de la part de ce dernier.

Dans ce cas, l'Assuré lui adressera un courrier en ce sens. Conformément à la même loi, l'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry - 75015 Paris.

Réf. 7538T - 01 2007

Paraphe Emprunteur(s)

100190574 - 10:03:44 - ARE - O88984.IGN - 200

Page 37

CREDIT IMMOBILIER DE FRANCE MEDITERRANEE
SA AU CAPITAL DE 78 775 064 EUROS - 391654399 RCS MARSEILLE
7, RUE JEAN FIOLE 13291 MARSEILLE CEDEX 6