

NOTICE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts N° 5027P souscrit par Boursorama auprès de CNP Assurances.
Ce contrat relève des branches 1, 2 et 20 du code des assurances. Il est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur.

1. OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir la population définie à l'article 3 contre les risques de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et d'Incapacité Totale de Travail (ITT). Il est souscrit auprès de CNP Assurances, dénommée ci-après l'Assureur, par Boursorama, dénommée ci-après le Prêteur, en couverture des prêts qu'il consent.

2. INFORMATIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

- Le contrat d'assurance de groupe n° 5027P est souscrit par Boursorama, auprès de CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - RCS Paris 341.737.062 et CNP IAM Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré - RCS Paris 383.024.189 - Siège social : 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15 - Entreprises régies par le code des assurances.
- L'Autorité de contrôle prudentiel (61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09) est chargée du contrôle de l'Assureur.
- Le montant de la prime est indiqué sur l'offre de prêt.
- L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction. Les garanties de votre adhésion sont mentionnées aux articles 13.1 « Prestation garantie en cas de Décès », 14.2 « Prestation garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie », et 15.2 « Prestation garantie en cas d'Incapacité Totale de Travail ». Les exclusions sont mentionnées à l'article 10. « Risques exclus ».
- L'offre contractuelle définie dans la notice d'information est valable pendant la durée de validité de l'offre de prêt.
- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 8. « Date de conclusion et prise d'effet des garanties ». L'adhésion au contrat n° 5027P s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 5. « Formalités d'adhésion ». Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 19. « Prime ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de CNP assurances et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- 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 24. « Délai de renonciation ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'Assuré doit acquitter le montant de la prime d'assurance.
- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 20 « Réclamations - Médiation » de la 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 25/06/99 - article L. 423-1 du code des assurances) et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

3. PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables dans le cadre du présent contrat, l'Emprunteur et le coemprunteur, personnes physiques, qui bénéficient de prêts définis en objet, les cautions d'un emprunteur personne physique ou personne morale, qui n'ont pas atteint leur 65^e anniversaire à la signature des formalités d'adhésion.

Dès lors qu'ils sont couverts par le présent contrat, ils prennent alors la qualité d'Assurés.

Les personnes physiques n'exerçant aucune activité professionnelle rémunérée ne peuvent pas bénéficier de la garantie Incapacité Totale de Travail (ITT). Les investisseurs locatifs peuvent renoncer à la garantie ITT pour les investissements immobiliers à caractère locatif. Ce choix est exercé lors de l'adhésion et est définitif pour toute la durée du prêt.

4. PLAFOND ET LIMITES DES GARANTIES

Un Assuré est garanti, au titre de l'ensemble des financements consentis par le Prêteur, à hauteur de 1 000 000 euros maximum. Les prestations de l'Assureur ne peuvent excéder le montant de la dette de l'Emprunteur au titre du ou des prêt(s) garanti(s) par le présent contrat.

5. FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'admission est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les Candidats à l'assurance. Elles comportent un bulletin d'adhésion et un questionnaire de santé qui sont remplis et signés par le Candidat à l'assurance. Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'une visite médicale et d'un bilan biologique à la charge de l'Assureur. Le Candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire tout autre document se rapportant à son état de santé, dont les frais sont à sa charge.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 3 mois. L'Assureur doit recevoir le questionnaire dans ce délai, à défaut le Candidat à l'assurance doit renouveler les formalités d'adhésion.

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

Si l'état de santé du Candidat à l'assurance se modifie après la signature du questionnaire de santé et avant la date de conclusion de l'adhésion, le Candidat à l'assurance doit renouveler les formalités d'adhésion (art. L.113-8 du code des assurances).

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L.113-8 du code des assurances).

6. DÉCISION DE L'ASSUREUR

Au terme de l'examen du dossier du Candidat à l'assurance, l'Assureur peut

• **Accepter le Candidat à l'assurance** ; cette acceptation pouvant se faire :

- **sans réserve** : elle vaut pour tous les risques couverts,

- **avec réserves** : elle écarte alors certains risques ou certaines garanties.

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 la garantie Invalidité Aeras (IA) telle que définie à l'article 16.

En tout état de cause, dans le cas où la garantie Incapacité Totale de Travail (ITT) est refusée par l'Assureur, cette restriction ne s'applique pas lorsque l'Incapacité Totale de Travail est imputable à un Accident, tel que défini ci-dessous, survenu après la date de conclusion de l'adhésion.

Définition de l'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.

• **Refuser le Candidat à l'assurance.** Le refus déclenche automatiquement pour l'Assureur une étude d'assurabilité ou non du Candidat à l'assurance dans un dispositif de 2^e ou 3^e niveau conformément aux dispositions de la convention AERAS « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ».

• **Ajourner sa décision** : le Candidat à l'assurance n'est pas assuré mais il pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué.

La décision de l'Assureur est communiquée au Candidat à l'assurance, **elle est valable 6 mois à compter de sa notification.**

A défaut de prise d'effet des garanties dans ce délai, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

L'acceptation est donnée pour un financement déterminé et à ses conditions initiales. Une autre opération d'emprunt ou une modification d'un emprunt déjà couvert, nécessite un renouvellement des formalités d'adhésion.

Toutefois, lorsque la modification intervient dans l'un des cas suivants, elle ne donne pas lieu au renouvellement des formalités d'adhésion :

- réaménagement des prêts consécutifs à une modification des taux d'intérêts ou dans le cadre de lois sur le surendettement des particuliers, lorsque le report de durée n'excède pas 5 ans et que le capital garanti n'augmente pas de plus de 8 000 euros,
- allongement des prêts « crédits relais » lorsque cet allongement n'excède pas un an par rapport à la durée initiale,
- allongement des prêts à durée révisable si l'allongement n'excède pas 5 ans par rapport aux conditions initiales.

7. RÉPARTITION DE L'ASSURANCE SUR LA TÊTE DES ASSURÉS

Un financement doit toujours être couvert à 100 % minimum de son montant initial, dans la limite du plafond de garantie.

Deux cas de répartition peuvent se présenter :

- l'assurance est souscrite par un seul Emprunteur : elle repose obligatoirement à 100 % sur sa tête ;
- l'assurance est souscrite au titre d'un même financement par plusieurs coemprunteurs ; chaque Candidat à l'assurance peut s'assurer :
 - au maximum à 100 % du montant du financement,
 - au minimum à 10 %, étant entendu que le total des quotités ne doit pas être inférieur à 100 %.

Les modulations de quotité garanties sont déterminées en accord avec le Prêteur.

La quotité retenue s'applique pour l'ensemble des risques couverts.

8. DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

8.1 Date de conclusion de l'adhésion :

L'adhésion est conclue :

- à la date de notification des conditions d'acceptation par l'Assureur en cas d'acceptation "sans réserve",
- à la date de l'acceptation écrite par l'Assuré de ses conditions particulières d'assurance en cas d'acceptation "avec réserves".

8.2 Date de prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'application du délai d'attente et du paiement de la première prime, à la plus tardive des dates suivantes :

- la date de conclusion de l'adhésion,

ou

- la date de signature de l'offre de prêt par l'Emprunteur.

Le décès consécutif à un Accident est toutefois garanti à partir de la date de signature des formalités d'adhésion, s'il survient entre cette date et la prise d'effet des garanties. Cette couverture cesse en tout état de cause en cas d'ajournement ou de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard 3 mois après la signature des formalités d'adhésion.

Définition de l'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.

9. DURÉE DE L'ADHÉSION - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation mentionnés ci-dessous.

Les garanties et l'adhésion cessent :

- au jour de la réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 24,

- au terme contractuel du prêt,
- à la date de versement de la prestation au titre de la PTIA ou du Décès,
- en cas de non paiement des primes selon les termes de l'article 19,
- au cas où l'Assuré caution résilie son engagement de caution, avec l'accord du Prêteur,
- en cas de remboursement total anticipé du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme, à la date du prononcé de la déchéance du terme,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur,
- au plus tard, au 80^e anniversaire de l'Assuré.

Par ailleurs, les garanties cessent pour chaque Assuré :

- Pour la garantie provisoire Décès consécutif à un Accident : au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement et en tout état de cause, au plus tard trois mois après la signature des formalités d'adhésion.
- Pour les garanties PTIA, ITT et IA : au 65^e anniversaire de l'Assuré.
- Pour l'ITT : au jour où l'Assuré n'exerce plus d'activité professionnelle rémunérée. L'Assuré est tenu d'informer le Prêteur de cette nouvelle situation. S'il estime que celle-ci revêt un caractère provisoire, il peut, sur sa demande écrite et sous réserve du paiement des primes ITT être maintenu dans le groupe Assuré sans pouvoir bénéficier des prestations durant cette période.

10. RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne sont pas couverts :

- le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires),
- les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences des faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les conséquences de vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne, vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parapente, parachute ascensionnel,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atome,
- les affections psychiatriques, psychiques ou neuropsychiques dont les états dépressifs quelle que soit leur nature, SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 10 jours continus (hors hospitalisation de jour),
- les atteintes discales ou vertébrales : lumbago, lombalgie, sciatralgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité,

Pour l'Assuré caution d'une personne physique, les risques PTIA et ITT ne sont pas couverts, sauf s'il participe au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre.

11. TERRITORIALITÉ DU CONTRAT

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

Les garanties PTIA, ITT et IA ne peuvent être mises en oeuvre lorsqu'elles résultent de maladies ou d'accidents frappant un Assuré hors de France.

Dans ce cas, la mise en jeu des garanties est toutefois possible, au retour de l'Assuré sur le sol français, dans les conditions suivantes :

- la prestation PTIA sera calculée sur la base du capital restant dû au tableau d'amortissement ou à l'échéancier du contrat de prêt, arrêté au jour de la constatation médicale, par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français.
- la prestation ITT ou IA est subordonnée à la présence de l'Assuré sur le sol français. Le point de départ du délai de franchise se situera au plus tôt au jour de la constatation médicale, par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français.

12. VERSEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve des cas d'exclusions précisés à l'article 10 et de la décision de prise en charge de l'Assureur, les prestations sont calculées en tenant compte de la quotité assurée. Lorsque plusieurs Assurés sont pris en charge au titre d'un même financement, les prestations de l'Assureur ne sont en aucun cas supérieures aux montants dus au titre des prêts garantis par le présent contrat et figurant sur le tableau d'amortissement ou sur l'échéancier du prêt.

Le Prêteur est bénéficiaire des prestations garanties à concurrence des sommes qui lui sont dues.

13. DÉCÈS

13.1 PRESTATION GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS :

En cas de décès d'un Assuré avant son 80^e anniversaire, l'Assureur verse en fonction de la quotité et du prêt garanti :

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

13.2 FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE DÉCÈS :

En cas de décès, il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- Un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès.
- Un certificat médical indiquant en particulier si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non à un risque exclu.
- En cas de décès consécutif à un Accident, tout document précisant l'origine du sinistre (notamment rapport de gendarmerie et coupure de presse).

Ces documents devront être libellés en français ou le cas échéant traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'établissement des documents. **Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prestation.**

14. PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

14.1 DÉFINITION

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

- l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,

• elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),

• la PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue avant son 65^e anniversaire.

14.2 PRESTATION GARANTIE EN CAS DE PTIA

Le versement des prestations est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur détermine la date de survenance de la PTIA. La prestation est calculée à la date de survenance de la PTIA déterminée par l'Assureur, elle est identique à celle prévue en cas de décès.

L'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 15, peut bénéficier d'une prise en charge au titre de la garantie PTIA, s'il vient à remplir les conditions propres à cette dernière. Toutefois, les prestations ITT qui auraient été versées postérieurement à la date de survenance de la PTIA, seraient déduites du montant de la prestation versée au titre de la PTIA.

Nota : l'Assuré caution d'une personne physique doit participer au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

14.3 FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE PTIA

Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans le délai de 2 ans, faute de quoi les prestations garanties seront calculées à la date de réception du dossier par l'Assureur :

- Une attestation préétablie, remplie par le médecin et l'Assuré, et valant certificat médical. Cette attestation élaborée par l'Assureur est mise à disposition des Assurés par le Prêteur. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant :

- qu'il est totalement et définitivement incapable de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- que son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
- 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.

- Si l'Assuré est assuré social, joindre au(x) justificatif(s) une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.

- Pour les Assurés cautions d'une personne physique, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant de la participation au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs qui ne sauraient à eux seuls justifier la réalisation du risque et n'engagent donc pas l'Assureur qui se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

15. INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

Cette garantie est réservée aux Assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée.

Délai d'attente : Les ITT dont la date d'origine reconnue par l'Assureur se situe pendant les 180 premiers jours qui suivent la date de conclusion de l'adhésion ne peuvent faire l'objet d'aucune prise en charge sauf lorsqu'elles résultent d'un Accident tel que défini à l'article 8 survenant durant cette même période ou d'une maladie ayant donné lieu à l'exonération du ticket modérateur par la Sécurité sociale.

Nota : l'Assuré caution d'une personne physique doit participer au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

15.1 DÉFINITION

L'Assuré est en état d'Incapacité Totale de Travail (ITT) lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies : à l'expiration d'une période d'interruption continue de travail de **90 jours** (appelée délai de franchise), il se trouve par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité absolue et reconnue médicalement, d'exercer une activité professionnelle quelconque, même partiellement.

Pour les Assurés sociaux, outre les conditions ci-dessus, il est nécessaire de bénéficier de prestations en espèces (indemnités journalières maladie ou accident, pension d'invalidité de 2^e ou 3^e 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 %).

Le délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvel arrêt si la durée de la reprise d'une activité a été inférieure à **90 jours**.

15.2 PRESTATIONS GARANTIES EN CAS D'ITT

En cas d'ITT de l'Assuré survenue avant son 65^{ème} anniversaire, et après expiration du délai de franchise qui n'est jamais indemnisé, l'Assureur règle au Prêteur en fonction de la quotité du prêt garantie sur la tête de l'Assuré :

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

Cette prise en charge s'effectue au prorata du nombre de jours d'incapacité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur, et ce au plus tard jusqu'au 65^e anniversaire de l'Assuré.

Pour les Assurés indemnisés de façon continue au titre de la garantie ITT depuis plus de trois ans et pour lesquels les éléments médicaux du dossier conduiraient à conclure au caractère définitif de leur état d'incapacité, l'Assureur se réserve la faculté de procéder au règlement du capital restant dû. Ce versement en une fois met fin à l'adhésion.

Modifications des échéances en cours d'adhésion sous réserve des dispositions de l'article 6.

a) Assuré non sinistré

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

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

Lorsqu'un Assuré décide de modifier à la baisse le montant de ses échéances de prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

b) Assuré sinistré

Lorsqu'un Assuré décide, en cours de sinistre, de modifier le montant de ses échéances de prêt, l'Assureur indemniserà sur les bases suivantes :

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

c) Suspension des échéances

- En cas de suspension totale : l'Assureur suspend ses garanties et, le cas échéant, les prestations pendant la période de suspension.
- En cas de suspension partielle : l'Assureur verse ses prestations, le cas échéant, sur les bases d'indemnisation précédant la suspension.

15.3 CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS ITT

L'Assuré cesse d'être pris en charge dans chacun des cas suivants :

- à la date de survenance d'un des cas de cessation défini à l'article 9,
- l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement des prestations en espèces indiquées à l'article 15.1,
- l'Assuré bénéficie de prestations assimilables à une 1^{ère} catégorie de Sécurité sociale,
- l'Assuré bénéficie de prestations attestant d'une incapacité partielle, notamment mi temps thérapeutique,
- l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),

- au moment où, après contrôle médical, l'Assuré est reconnu capable d'exercer une activité professionnelle, même partiellement.

15.4 FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS D'ITT

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, à l'issue du délai de franchise et au plus tard 90 jours après la fin de ce délai, les documents ci-après. A défaut de respect de ce délai, la date de prise en charge pour l'évaluation et la mise en oeuvre des prestations est celle de la réception de la demande de prestations par l'Assureur.

• Une attestation préétablie, remplie par le médecin et l'Assuré, et valant certificat médical. Cette attestation élaborée par l'Assureur est mise à disposition des Assurés par le Prêteur. 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 nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT,
- le point de départ de la maladie ou de l'accident,
- la durée probable de l'incapacité.

• En cas d'Accident, une déclaration détaillée des circonstances de l'Accident (procès verbal de police, de gendarmerie, déclaration de l'Assuré,...). Lorsque l'Accident est survenu dans un pays non francophone, ce document doit être libellé ou traduit en français.

• Si l'Emprunteur est assuré social, joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus :

- un document délivré par l'organisme de protection sociale dont il dépend, justifiant le versement des prestations visées à l'article 15.2 ci-dessus.
- en cas de subrogation de l'employeur dans les droits du salarié, un avis d'arrêt de travail certifié par l'employeur.

Les pièces justificatives de l'état d'ITT doivent être renouvelées tous les trois mois, faute de quoi les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

• Si l'Emprunteur n'est pas Assuré social, joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus, toutes pièces justifiant de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.

• Pour les Assurés cautions d'une personne physique, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant de la participation au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs qui ne sauraient à eux seuls justifier la réalisation du risque et n'engagent donc pas l'Assureur qui se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

16. INVALIDITE AERAS (IA)

L'Assureur s'engage 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 conditions particulières adressées à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS. Seuls les Assurés en activité professionnelle peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS au titre du présent contrat.

16.1 DÉFINITION

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 17 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^e ou 3^e 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^e anniversaire de l'Assuré.

Ne sont pas couverts au titre de la garantie Invalidité AERAS les personnes qui, au jour de la signature de la demande d'adhésion, n'exercent pas d'activité professionnelle, les cautions personnes physiques et les souscripteurs de prêts relais.

16.2 PRESTATION GARANTIE

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article 10 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.

16.3 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 9 ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 16.1 ;
- 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 16.1 ;
- lorsque après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

16.4 FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'INVALIDITÉ AERAS (IA)

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

- une copie de la demande d'adhésion, accompagnée du questionnaire de santé ;
- une copie de la notification des conditions d'acceptation par l'Assureur acceptées et signées 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.

Doivent être produites en outre :

pour les salariés, une copie de la notification par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale.

pour les fonctionnaires et assimilés,

- une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,
- une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension.

pour les non salariés, une copie d'un titre de pension pour invalidité.

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

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

17. CONTRÔLE MÉDICAL

La production des justificatifs définis aux articles 14.3, 15.4 et 16.4 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 contrôleur mandaté par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état d'invalidité AERAS, de PTIA, ou d'ITT.

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, des contrôles médicaux auprès d'un médecin contrôleur mandaté par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces 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 18.

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.

18. PROCÉDURE DE CONCILIATION EN CAS DE PTIA, D'ITT ET D'IA

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 dans l'année qui suit ce contrôle.

La demande de l'Assuré, formulée par écrit, doit indiquer qu'il sollicite la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin qu'il désignera pour le représenter. 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. **Cette lettre destinée à l'Assureur doit lui parvenir dans un délai de 90 jours suivant le contrôle médical pour permettre la mise en place de cette procédure.**

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le Médecin conseil de l'Assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. Si 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, la procédure de conciliation prend fin.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation. Quelle que soit l'issue de cette conciliation, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert. En tout état de cause, l'Assuré conserve, ainsi que l'Assureur, la faculté d'exercer une action en justice.

19. PRIME

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une prime dont le montant figure dans l'offre de prêt.

La prime d'assurance continue d'être due par l'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT.

Les primes sont prélevées d'avance mensuellement par le Prêteur en même temps que l'échéance de prêt sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur en cas de remboursement anticipé total ou partiel. En cas de remboursement anticipé partiel, l'assiette de prime est minorée du montant du remboursement anticipé à compter de l'échéance suivant l'émission du nouveau tableau d'amortissement.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. Lorsqu'un Assuré ne règle pas sa prime, son adhésion est résiliée, la garantie cessant au jour de la résiliation, conformément à l'article L.141-3 du code des assurances.

La résiliation intervient automatiquement 40 jours après l'envoi par le Prêteur à l'Assuré d'une lettre recommandée avec avis de réception, valant mise en demeure, et prévoyant expressément la résiliation.

20. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Pour toute réclamation relative à l'admission dans l'assurance, le Candidat à l'assurance peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances - Direction Souscription et Maîtrise des risques Assurance - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré peut s'adresser au Prêteur, puis à CNP Assurances.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après qu'il aura épuisé toutes les voies de recours amiable auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent saisir le Médiateur de CNP Assurances en adressant leur demande au Secrétariat de l'Instruction de la Médiation - CNP Assurances - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

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

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

21. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - est chargée du contrôle de l'Assureur.

22. DÉLAI 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 de l'indemnité

23. INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique, fichiers et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée.

Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance de l'Assuré et sont destinées, à cette fin, à l'Assureur, responsable du traitement, au Prêteur, ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés. L'Assuré dispose d'un droit

d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15. Par ailleurs, le Prêteur pourra lui adresser des offres sur ses produits et services sauf opposition de sa part. Dans ce cas, il lui adressera un courrier en ce sens.

24. DÉLAI DE RENONCIATION

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

Si le contrat est vendu par démarchage

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

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

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

Si le contrat est vendu à distance

Conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, le même délai s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque le contrat est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou Internet). Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser à : Boursorama - Formalisation des Crédits - 18 quai du Point du Jour - 92659 Boulogne Billancourt Cedex - une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme, Mlle).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance N°5027P conclue le.... à.....».

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Les effets sur l'adhésion varient en fonction du mode de commercialisation du contrat :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existée et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre recommandée de renonciation.

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

CNP Assurances (pour les activités "Vie") - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - Tél 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr

Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris

CNP IAM (pour les activités "Non vie") - Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré - 383 024 189 RCS Paris

Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15

Entreprises régies par le code des assurances

GRUPE CAISSE DES DÉPÔTS

BOURSORAMA - Société Anonyme au capital de 35 177 690 euros

18 quai du Point du Jour - 92659 Boulogne Billancourt Cedex - RCS Nanterre 351 058151 - N° immatriculation à l'ORIAS 07 022 916