

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE N° 7371 M,
souscrit par les Mutuelles dénommées ci-après le "Souscripteur"
auprès des Co-assureurs suivants : CNP Assurances, CNP IAM
et MFPrévoyance dénommés ci-après l'"Assureur"
Conditions applicables en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
et d'Incapacité Totale de Travail (ITT).

L 5443

1

OBJET DE L'ASSURANCE

Le présent contrat d'Assurance de Groupe, ci-après désigné le « contrat » a pour objet de garantir, dans les conditions fixées ci-après, aux assurés désignés à l'article 4, en cas de réalisation des risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou d'Incapacité Totale de Travail (ITT), le paiement des sommes dues au titre de prêts immobiliers, cautionnés ou non et ce, en tenant compte, le cas échéant, des limites prévues à l'article 3.

Les parties ont convenu que le présent contrat est régi par le Code des Assurances.

2

PRÊTS ASSURABLES

Peuvent être garantis par le présent contrat :

➢ Les prêts immobiliers amortissables et les prêts particuliers visés ci-dessous :

- les prêts à taux révisables et à taux zéro,
- les prêts évolutifs et modulables,
- les prêts avec amortissement différé partiel ou total, avec amortissement constant et/ou palier,
- les prêts relais, uniquement pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (toutes les opérations liées aux prêts relais seront identifiées sous le n° 7372N).
- les prêts amortissables achat-revente intégrant une faculté de remboursement anticipé dès la 1^{ère} année.

Les prêts in fine sont totalement exclus de toute couverture par le présent contrat.

Il n'y a pas possibilité de modifier la quotité du prêt en cours d'amortissement sauf motifs graves.

En tout état de cause, chaque prêt éligible au contrat sera soumis à l'accord préalable de l'Assureur.

3

PLAFOND ASSURABLE

Le montant maximum des capitaux assurables pour l'ensemble des prêts contractés sur une tête est fixé à **600 000 €**.

Ce montant correspond à la somme du nouveau capital à garantir et des montants des capitaux restant dus pour les prêts en cours.

4

GROUPE ASSURÉ

Les assurés sont les personnes physiques âgées de moins de 65 ans à la date de leur demande d'adhésion :

- titulaires du prêt immobilier et membres d'un Souscripteur,

OU

- co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt même si ces deux personnes n'ont pas la qualité de fonctionnaire,

OU

- emprunteurs, co-emprunteurs, personnes physiques qui participent par leurs apports en compte courant au financement d'une SCI et sont assurés à 100 % sur chacune des 2 têtes. La SCI doit être constituée exclusivement entre parents et alliés jusqu'au 4^{ème} degré.

5

RÉPARTITION DES GARANTIES

Il ne peut y avoir plus de deux assurés au titre d'un même prêt.

Lorsque l'assurance repose sur 2 têtes, les parts de garantie de l'emprunteur, du co-emprunteur ou de la caution personnelle du titulaire du prêt sont librement fixées par ces personnes.

6

ADMISSION DANS L'ASSURANCE – CONTRÔLE MÉDICAL

Les candidats à l'assurance :

- **âgés de moins de 50 ans :**

- sollicitant un prêt inférieur ou égal à 80 000 €, peuvent être admis sur production d'une déclaration d'état de santé qui est conservée par le Souscripteur.

Si les intéressés ne sont pas en mesure de signer cette déclaration, l'admission est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé et éventuellement d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur.

- sollicitant un prêt supérieur à 80 000 €, sont admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé et éventuellement d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur.

- **âgés de plus de 50 ans :**

- sollicitant un prêt inférieur ou supérieur à 80 000 €, sont admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé et éventuellement d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur.

L'Assureur conserve les questionnaires de santé qui lui sont soumis.

Formalités particulières

Pour les prêts supérieurs à 300 000 €, l'acceptation dans l'assurance est soumise à un questionnaire de santé et, selon l'âge, à la production d'analyses biologiques et d'examen médicaux.

> Dispositions applicables à tous les prêts

En cas de sinistre survenant à un candidat ayant été intégré dans le contrat sans avoir été soumis aux formalités d'entrée dans l'assurance telles que décrites ci-dessus, l'adhésion au contrat est annulée en ce qui concerne ledit candidat et les versements de primes déjà effectués sont remboursés.

En cas de rachat ou de réaménagement d'un prêt initialement garanti au titre de ce contrat, aucune formalité médicale n'est à accomplir par l'emprunteur.

Si le prêt racheté ou réaménagé n'était pas assuré au titre du présent contrat, l'emprunteur doit remplir le Bulletin Individuel de Demande d'Admission.

7

ADMISSION DANS L'ASSURANCE – DÉCISION DE L'ASSUREUR

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

- accepter son entrée dans l'assurance au taux de base du contrat avec ou sans exclusions totales ou partielles de garanties sauf cause accidentelle* ;
- accepter son entrée dans l'assurance dans le cadre d'un contrat sursurrisqué ;
- ajourner sa décision ;
- refuser l'entrée dans l'assurance.

Lorsqu'un fonctionnaire ou un salarié de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage a choisi l'option 90 jours de franchise pour le risque ITT et s'est vu accepté pour les risques Décès et PTIA mais refusé pour le risque ITT, le candidat à l'assurance peut être intégré dans le groupe de tarification de l'option 180 jours sans ITT.

*L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant directement et exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le Décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident doivent être communiquées à l'Assureur.

Conformément à l'article L 113-2 du Code des Assurances, le candidat à l'assurance doit répondre aux questions posées par l'Assureur, et notamment au questionnaire de santé.

Il doit également se soumettre à tout contrôle, examens et visites médicales qui seraient demandés par l'Assureur.

Un questionnaire de santé soumis au service Souscription et Maîtrise des risques est valable 3 mois à compter de la date de signature. Passé ce délai, il est caduc et doit être remplacé par un questionnaire actualisé pour examen par l'Assureur.

La décision émise par l'Assureur est valable 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'assurance. Passé ce délai, elle devient caduque.

Toute contestation est recevable dans un délai de 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'assurance. Passé ce délai, elle devient sans objet.

8

PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

8.1 – Prise d'effet des garanties

Sous réserve de l'acceptation des emprunteurs, co-emprunteurs ou cautions dans l'assurance, dans les conditions prévues aux articles 6 et 7 ci-dessus, les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Totale de Travail (ITT) prennent effet :

Le jour de la dernière acceptation de l'offre de prêt, que l'assuré soit soumis ou non à visite médicale.

Pour les candidats produisant un questionnaire de santé, le présent contrat garantit gratuitement le Décès et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutifs à un accident* corporel, si le Décès ou la PTIA survient entre la date de réception du questionnaire chez l'Assureur et la date de notification de l'accord d'assurance au Souscripteur.

8.2 – Durée des garanties

Les garanties prennent fin à la date du remboursement intégral du prêt :

- le remboursement anticipé total du prêt, volontaire ou forcé, met immédiatement fin à l'assurance pour toutes les personnes assurées au titre du prêt garanti,
- à la date du Décès ou à la date de reconnaissance de la PTIA,
- la garantie Décès cesse, en tout état de cause, à l'échéance de prime mensuelle qui suit la date du 75^{ème} anniversaire de l'assuré,
- la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie cesse au 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

Au plus tard :

La garantie Incapacité Totale de Travail cesse :

- au 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- à la date à laquelle l'assuré fait valoir ses droits à la retraite ou à la préretraite.

9

FAUSSE DÉCLARATION

En cas de fraude, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à atténuer l'appréciation du risque ou à tromper sur l'identité d'un assuré, l'assurance est annulée, conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances. Les primes versées jusqu'au 1^{er} jour du mois qui suit la décision de l'Assureur, restent acquises à l'Assureur.

10

BÉNÉFICIAIRES ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'organisme prêteur ou, à défaut, les organismes qui ont accordé leur caution, sont les bénéficiaires exclusifs des prestations dues par l'Assureur :

- en cas de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, jusqu'à concurrence des sommes restant dues selon le tableau d'amortissement,
- en cas d'Incapacité Totale de Travail, jusqu'à concurrence du ou des montants des échéances entières et échues dues.

Les prestations sont directement versées au Souscripteur auquel l'assuré se rattache, à charge pour lui de les reverser à qui de droit.

Le Souscripteur informe, le cas échéant, l'emprunteur du versement des prestations à l'organisme prêteur ou de caution.

Les prestations sont garanties à hauteur de la quotité assurée.

PRESTATIONS GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

11.1 – En cas de Décès

En cas de Décès d'un assuré survenant en cours d'assurance et avant la fin du mois qui suit son 75^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit par l'intermédiaire du Souscripteur, sous réserve des exclusions prévues à l'article 13 et des dispositions visées ci-dessous, le paiement en une seule fois des sommes dues par l'intéressé au jour du sinistre, d'après le tableau d'amortissement du prêt (à l'exclusion de toutes échéances arriérées) ; ou bien le paiement du capital initial assurable si le Décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

11.2 – En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de PTIA d'un assuré survenant en cours d'assurance et avant la fin du mois qui suit son 65^{ème} anniversaire, les prestations sont servies dans les mêmes conditions que pour le Décès.

Un assuré est en état de PTIA lorsque les deux conditions suivantes sont remplies simultanément :

1. Cette Perte Totale et Irréversible d'Autonomie le place dans l'impossibilité de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée pouvant lui procurer gain ou profit,
2. La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dont il est atteint le met dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour exercer les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette).

Pendant les douze premiers mois d'assurance, la PTIA n'est pas couverte sauf si elle résulte d'un accident.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant directement et exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

L'assuré pour lequel sont versées des prestations au titre de la garantie Incapacité Totale de Travail définie à l'article 12 ci-après peut bénéficier du paiement d'un capital au titre de la PTIA s'il vient à remplir les conditions précisées ci-dessus.

Toutefois, la fraction de capital incluse dans les sommes qui auront pu être versées par l'Assureur au titre de cette garantie sera imputée sur le capital réglé au titre de la PTIA dans la mesure où ces sommes se rapporteront à des périodes postérieures à la date reconnue comme point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

11.3 – Limite des obligations de l'Assureur

Les prestations servies par l'Assureur sont limitées :

- > Au plafond assurable visé à l'article 3, que l'assurance repose sur une ou deux têtes
- > Lorsque l'assurance repose sur deux têtes :

Les prestations de l'Assureur sont déterminées selon la quotité de garantie ;

Lorsque 2 assurés sont garantis au titre d'un ou plusieurs prêts immobiliers, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures au montant dû au titre du (des) prêt(s) garanti(s) et figurant sur le tableau d'amortissement ou l'attestation de l'organisme prêteur.

PRESTATIONS GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

Seuls les assurés ayant une activité professionnelle bénéficient de la garantie Incapacité Totale de Travail au titre du présent contrat.

12.1 – Définition de l'Incapacité Totale de Travail

L'assuré est en état d'Incapacité Totale de Travail lorsqu'à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours ou de 180 jours (cette période étant appelée délai de franchise), il se trouve dans l'impossibilité de reprendre ses activités professionnelles à la suite d'un accident ou d'une maladie et :

1. S'il est assujéti au régime Général de la Sécurité Sociale, il perçoit des prestations en espèces au titre :
 - de la maladie,
 - de l'assurance invalidité, en étant alors classé dans la 2^e ou 3^e catégorie définie à l'article L 341-4 du Code de la Sécurité Sociale ;
2. S'il est salarié mais ne relève pas du régime Général de la Sécurité Sociale, il se trouve dans une situation qui appréciée par référence aux dispositions de ce régime, est équivalente à l'une de celles envisagée au 1^o ;
3. S'il n'est pas affilié à un régime de Sécurité Sociale, il se trouve dans l'impossibilité, reconnue médicalement, d'exercer une activité rémunérée.

La prise en charge cesse de plein droit à la date où la situation de l'assuré ne correspond plus à l'une des conditions ci-dessus.

Rechute : tout arrêt de travail dû à une rechute pour la même pathologie et survenant moins de deux mois après la fin d'une période de prise en charge, ne donne pas lieu à l'application d'un nouveau délai de franchise.

Cas particulier des rechutes pour les personnes ayant repris leur activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique :

- toute reprise d'activité supérieure à 2 mois et inférieure ou égale à 6 mois n'entraîne pas, en cas de rechute pour la même pathologie, l'application d'un nouveau délai de franchise pour le paiement des prestations.

12.2 – Montant des prestations garanties et durée de leur service

En cas d'Incapacité Totale de Travail, le contrat garantit dans les conditions ci-après et sous les réserves prévues aux articles 4 et 5 ci-dessus et 13 ci-dessous, le paiement au Souscripteur, des sommes venant à échéance après le 90^{ème} ou le 180^{ème} jour de cessation continue d'activité et dues par l'assuré, au titre du tableau d'amortissement du ou des prêts en cours.

Lors de sa demande d'adhésion pour la garantie ITT :

- le fonctionnaire ou le salarié de droit privé cotisant à un Régime Obligatoire d'Assurance Chômage peuvent opter, soit pour une franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail, soit pour une franchise de 180 jours continus d'arrêt de travail.
- les autres candidats à l'assurance ne peuvent opter que pour un délai de franchise de 180 jours.

Cette prise en charge s'effectue à compter du 91^{ème} jour ou du 181^{ème} jour (selon l'option choisie) d'arrêt continu de travail de l'assuré, à partir de la 1^{ère} échéance entière et échue due qui suit ce délai (les 90 ou 180 premiers jours étant exclus).

Les périodes de congés légaux de maternité ne sont pas prises en compte dans le décompte du délai de franchise.

Le contrat ne prévoit pas de prise en charge *prorata temporis* quelle que soit l'option choisie.

Ces prestations sont servies pendant la période d'ITT reconnue et au plus tard jusqu'à la fin de la période d'amortissement ou jusqu'au paiement du capital dû au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, leur paiement cessant :

- au 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- à la date à laquelle l'assuré fait valoir ses droits à la retraite ou à la préretraite.

Les prestations sont versées directement au Souscripteur dont dépend l'assuré et cessent de plein droit du seul fait de la reprise, même partielle de l'activité de l'assuré.

La garantie ITT cesse pendant la période de congé légal de maternité et également de plein droit du seul fait de la capacité de l'assuré à reprendre son activité même partielle : la date de validité de l'aptitude correspond à la date notifiée par l'Assureur.

➤ Prêts à taux fixe à remboursement constant, prêts à taux variable

L'Assureur garantit le règlement des échéances en fonction du tableau d'amortissement fourni lors de la déclaration du sinistre.

➤ Prêts à taux fixe à remboursement modulable, prêts à taux variable

En cas d'augmentation de l'échéance de remboursement après la survenance du sinistre, l'Assureur prend en charge le montant de l'échéance antérieure à la date d'arrêt de travail.

➤ Pour les prêts long terme intégrant un prêt relais

En cas d'ITT survenant dans les deux premières années d'assurance, l'Assureur ne prend pas en charge la part d'échéance correspondant à un remboursement anticipé de capital.

Dans ce cas, l'Assureur prend en compte les montants prévus initialement dans le tableau d'amortissement jusqu'à la fin de la deuxième année.

A l'issue de la deuxième année, deux possibilités peuvent se présenter :

- soit l'assuré effectue un remboursement anticipé - de ce fait, la prime et la prestation s'adapteront compte tenu du capital restant dû,
- soit l'assuré n'effectue pas de remboursement anticipé - l'Assureur remboursera alors les échéances sur la base d'un tableau d'amortissement sans remboursement anticipé et sur la durée initiale du prêt.

➤ Pour les prêts à taux zéro

- en cas de différé total, aucune prise en charge n'est possible pendant le différé,
- en cas de différé partiel, le contrat garantit le paiement des échéances entières et échues dues par l'assuré au titre du tableau d'amortissement.

12.3 - Limite des obligations de l'Assureur

Les prestations servies par l'Assureur sont limitées :

➤ Au plafond assurable visé à l'article 3, que l'assurance repose sur une ou deux têtes

➤ Lorsque l'assurance repose sur deux têtes :

Les prestations de l'Assureur sont déterminées selon la quotité de garantie ;

Lorsque 2 assurés sont garantis au titre d'un ou plusieurs prêts immobiliers, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures au montant dû au titre du (des) prêt(s) garanti(s) et figurant sur le tableau d'amortissement ou l'attestation de l'organisme prêteur.

13

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas garanties les conséquences :

a) Pour la garantie Décès : du suicide de l'assuré dans la première année d'assurance. Toutefois, cette exclusion ne s'applique qu'au-delà d'un plafond de 120 000 €, pour les prêts destinés à l'acquisition d'un logement principal ;

b) Des accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires ;

c) De guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante (*) ;

d) De guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrection, d'attentats et d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active (*) ;

e) Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyau d'atome (**) ;

f) De démonstrations, raids, acrobaties, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur (*) ;

g) Des vols sur des appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou licence valide ;

h) Des vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parachute ascensionnel et parapente (*) ;

(*) Les paragraphes c), d), f) et h) ne s'appliquent pas aux militaires et aux policiers dans l'exercice de leur profession.

(**) Le paragraphe e) ne s'applique pas aux sapeurs pompiers non militaires dans l'exercice de leur profession.

L'Incapacité Totale de Travail n'est pas garantie si elle résulte :

- d'une maladie ou d'un accident qui a été constaté médicalement à une date antérieure à la prise d'effet de l'assurance, à moins que l'assuré prouve qu'il n'a pas eu d'interruption de travail pendant un an à compter de la prise d'effet des garanties ;

- d'une tentative de suicide.

La période légale de congé maternité n'est pas prise en compte, ni dans le décompte du délai de franchise ni dans le règlement des prestations.

14

TAUX, PAIEMENT, EXONERATION DE LA PRIME

14.1 - Taux de prime

La prime est fonction d'un taux appliqué au capital initial garanti au moment de l'entrée dans l'assurance ; il est précisé sur le bulletin individuel de demande d'admission.

En tout état de cause, le ou les assurés s'engage (nt) à régler les primes qui lui (leur) seront réclamées au taux en vigueur chaque année d'assurance.

En cas de rachat, de réaménagement ou de remboursement partiel d'un prêt, le montant du capital assuré est égal au nouveau montant du prêt.

Pour les prêts à taux 0, la prime est due pendant toute la durée du prêt même pendant la période de différé.

Le remboursement anticipé total du prêt, volontaire ou forcé, met immédiatement fin à l'assurance pour toutes les personnes assurées au titre du prêt garanti.

En cas de réaménagement entraînant une suspension partielle ou totale de l'amortissement, l'assurance est obligatoirement maintenue et donne donc lieu au versement des primes.

14.2 - Modalités de paiement de la prime

Les primes dues par l'intéressé sont annuelles, payable d'avance par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, et selon la prise d'effet de l'adhésion au contrat :

- Si l'adhésion a pris effet entre le 1^{er} et le 15 du mois, la prime est alors appelée le 1^{er} jour du mois en cours,

- Si l'adhésion a pris effet entre le 16 et la fin du mois, la prime est alors appelée le 1^{er} jour du mois suivant.

Les primes sont recouvrées par le Souscripteur qui s'assure que le paiement des cotisations est effectué par débit d'un compte ouvert au nom de l'assuré.

En cas de non-paiement des primes par les emprunteurs, le Souscripteur peut se substituer aux assurés pour le paiement des primes à l'Assureur, et régler le contentieux engagé par voie de droit ou alors procéder à leur radiation du contrat. Il adresse dans les 10 jours après l'échéance de la prime, une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L. 141-3 du Code des Assurances, par laquelle il l'informe qu'à expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement par lui de la prime ainsi que les primes éventuellement venues à échéance, au cours dudit délai, entraîne son exclusion du contrat.

Pour les prêts cautionnés, l'appel de la prime peut être anticipé. Il est alors déterminé à compter du jour de la notification de l'accord de caution selon les mêmes règles que celles appliquées ci-dessus.

Lorsque le prélèvement des primes débute avant la dernière acceptation de l'offre de prêt, celui-ci prend fin avant le terme du contrat de prêt. Cependant, la couverture du prêt est maintenue jusqu'à son terme en prenant en compte les primes payées par anticipation.

En cas de remboursement anticipé total, la régularisation des primes est calculée en fonction de la date de la 1^{ère} échéance du tableau

d'amortissement du prêt assuré, en prenant en compte les éventuels paiements anticipés.

En cas de non réalisation de l'opération immobilière ou de non acceptation de l'offre de prêt, le droit aux garanties n'est pas maintenu, les primes payées par anticipation sont remboursées selon les mêmes modalités.

Cette prime est égale :

- à 3/12 d'une prime annuelle si la prise d'effet de garantie se situe entre le 1^{er} et le 15 du 1^{er} mois du trimestre considéré,
- à 2/12 d'une prime annuelle si la prise d'effet de garantie se situe entre le 16 du 1^{er} mois et le 15 du 2^{ème} mois du trimestre,
- à 1/12 d'une prime annuelle si la prise d'effet de garantie se situe entre le 16 du 2^{ème} mois et le 15 du 3^{ème} mois du trimestre.

Si la prise d'effet de garantie se situe après le 16 du 3^{ème} mois du trimestre, la prime de raccordement n'est pas due.

En cas de non-paiement d'une prime trimestrielle ou d'une fraction de prime trimestrielle à son échéance et après mise en demeure par lettre recommandée, le contrat est résilié dans les conditions prévues à l'article L 113-3 du Code des Assurances.

Le règlement des primes est indépendant du recouvrement que le Souscripteur doit faire auprès des assurés. Les risques assurés continuent donc d'être couverts en cas de poursuites engagées par l'établissement prêteur contre l'emprunteur.

14.3 – Exonération du paiement de la prime

L'assuré qui bénéficie de prestations servies au titre de l'Incapacité Totale de Travail est exonéré du paiement des primes venant à échéance pendant toute la période de prise en charge.

15

NOTICE

Chaque Souscripteur remet aux assurés qui lui sont rattachés le bulletin individuel de demande d'admission accompagné d'une notice d'information dont la rédaction incombe à l'Assureur.

16

FORMALITÉS A REMPLIR – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE ET RÈGLEMENT DES SINISTRES

D'une façon générale, l'Assureur se réserve le droit de soumettre à visite médicale tout assuré qui formule une demande de prise en charge ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

16.1 – En cas de Décès

En vue du règlement du capital prévu à l'article 11.1 ci-dessus, le Souscripteur constitue et adresse à l'Assureur pour chaque sinistre, un dossier comprenant :

- Une demande de prestations dûment remplie et signée
- La photocopie du ou des bulletins d'adhésions
- Le (s) tableau (x) d'amortissement du (des) prêt (s)
- Un acte de décès original
- Un certificat médical original indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle
- Une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du décès à l'exclusion de tout arriéré

16.2 – En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de réalisation de ce risque, il convient d'adresser à l'Assureur :

- Une demande de prestations dûment remplie et signée, formulée au plus tard dans un délai de six mois à compter de la date de survenance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie telle qu'elle est définie à l'article 11.2.
- Toutes pièces que la situation particulière de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie rend nécessaire pour l'examen de la demande notamment :
 - Dans tous les cas : un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que l'assuré est définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement de l'ensemble des quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette). Ce certificat devra préciser le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident qui en est la cause.
 - Une copie de la décision faisant état de la nécessité de recours à l'assistance d'une tierce personne.
 - Une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.
 - Le (s) tableau (x) d'amortissement du (des) prêt (s).
 - La copie du (des) bulletin (s) d'adhésion (s).
 - Un justificatif incapacité/invalidité (JII - Document CNP).

A la réception de la demande, l'Assureur fait procéder à l'examen de l'assuré par les soins d'un médecin désigné par lui. A la vue des conclusions du rapport auquel donne lieu cette expertise médicale, l'Assureur statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande et notifie sa décision à l'intéressé par l'intermédiaire du Souscripteur.

16.3 – En cas d'Incapacité Totale de Travail (ITT)

En vue du règlement des prestations prévues à l'article 12 ci-dessus, le Souscripteur constitue pour chaque assuré un dossier et l'adresse à l'Assureur :

- Pour une période de franchise de 90 jours : à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail et au plus tard le 180^{ème} jour chez l'Assureur ;
 - Pour une période de franchise de 180 jours : à partir du 181^{ème} jour d'arrêt de travail et au plus tard le 270^{ème} jour chez l'Assureur.
- Passé ces délais, le paiement des prestations n'interviendra que pour les sommes dues par l'assuré à compter de la date de réception du dossier.

Le dossier comprend :

- > Un justificatif incapacité/invalidité (JII - Document CNP),
- > Une photocopie du bulletin d'adhésion ou du bordereau de décision d'admission suite à un questionnaire de santé,
- > Le (s) tableau (x) d'amortissement du (des) prêt (s),
- > Une demande de prestations dûment remplie et signée,
 - > Les pièces justificatives de l'état d'Incapacité Totale de Travail produites par l'assuré, c'est-à-dire pour la période correspondant à l'indemnisation demandée après application du délai de franchise prévu à l'article 12.1 :
- Pour un assuré social (fonctionnaire) : un justificatif de l'arrêt de travail émanant de son employeur si l'assuré perçoit des prestations statutaires (Attestation employeur ou arrêté administratif).
- Pour un assuré social (non fonctionnaire) : l'une ou l'autre des pièces justificatives suivantes :
 - les bordereaux de paiement d'indemnités journalières par la Sécurité Sociale au titre d'un arrêt de travail,
 - la notification du service d'une pension au titre de l'assurance invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie prévue à l'article L 341-4 du Code de la Sécurité Sociale,
 - la notification du service d'une rente d'incapacité permanente au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles prévues dans le Code de la Sécurité Sociale.

• Pour un non salarié, ou pour un assuré social ne remplissant pas les conditions de durée d'immatriculation exigées par la Sécurité Sociale, un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant et faisant connaître la nature de la maladie ou de l'accident d'où résulte l'incapacité, le point de départ de la cessation d'activité, sa durée probable.

Les pièces justifiant de l'état d'Incapacité Totale de Travail doivent être renouvelées à chaque échéance de prêt ou chaque trimestre, faute de quoi les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

D'une façon générale, l'Assureur se réserve dans tous les cas le droit de faire visiter à ses frais les assurés afin de faire contrôler par un médecin la gravité de leur état.

Si ceux-ci se refusaient à un contrôle médical ou s'ils ne pouvaient être joints par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance et le cas échéant, le service des prestations serait suspendu 10 jours après l'envoi d'une mise en demeure, par lettre recommandée, adressée au dernier domicile connu de l'intéressé et dont une copie serait transmise au Souscripteur.

17

PROCÉDURE DE CONCILIATION

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 les douze mois qui suivent ce contrôle.

La demande, formulée par écrit, doit indiquer que l'assuré 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 son état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date. La demande doit en outre, mentionner que l'assuré accepte les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

Cette lettre, destinée à l'Assureur, doit parvenir au Souscripteur dans les meilleurs délais 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 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 invite alors son Médecin Conseil et le médecin de l'assuré à désigner un médecin tiers - expert.

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, chaque partie conservera à sa charge les frais et honoraires de son médecin. En cas de désignation d'un médecin tiers - expert, l'assuré fera l'avance des frais et honoraires du tiers - expert, lesquels resteront à la charge de la partie perdante.

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

Ces dispositions s'appliquent en cas d'Incapacité Totale de Travail ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

18

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance, conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances.

Conformément aux dispositions 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.

19

RENSEIGNEMENT - RÉCLAMATION - MÉDIATION

19.1 – Renseignement et réclamation sur les conditions d'admission dans l'assurance :

Pour toute demande d'information relative à l'admission dans l'assurance ou pour toute réclamation, l'assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation s'adresser à : **CNP Assurances – Direction Souscription et Maîtrise des Risques – 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.**

19.2 – Renseignement en cas de sinistre :

Pour tout renseignement sur la gestion d'un sinistre, l'assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à : **CNP Assurances – Unité de gestion CF5K – TSA 67162 – 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.**

19.3 – Réclamation en cas de sinistre et médiation :

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à : **CNP Assurances – Unité Réclamation CF55 – TSA 67162 – 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.**

Après épuisement de toutes procédures de traitements des réclamations, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent saisir le Médiateur de CNP Assurances, en adressant leur demande à : **CNP Assurances – Secrétariat de l'Instruction de la Médiation – 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.**

La demande écrite et signée doit autoriser le Médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier et en particulier des pièces médicales confidentielles.

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.

20

LOI INFORMATIQUE 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 de l'assuré et à la gestion de son contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, aux responsables des traitements, CNP Assurances, le Co-assureur, le Souscripteur, l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, 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.**

21

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située 61, rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09 est chargée du contrôle de CNP Assurances, CNP IAM et de MFPrévoyance.