

NOTICE D'INFORMATION - Contrat NAP n° 215.001 - Normalis

Article 1 : Nature du contrat

Le contrat n° 215.001 est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative de droit français, souscrit par CBP - Société de courtage d'assurance - RCS Nantes 433 841 285 - CS 20 008 - 44967 NANTES CEDEX 9 immatriculée au registre de l'ORIAS (site internet : www.orias.fr) sous le numéro 07 009 023 - ci-après dénommé « la contractante », auprès de Natixis Assurances Partenaires, ci-après dénommée « l'assureur ». Ce contrat est renouvelable annuellement au premier janvier de chaque année. Il est régi par le Code des assurances.

Article 2 : Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir la ou les personne(s) assuré(e)s contre les risques de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie et d'incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident, selon l'option retenue à l'adhésion, dans les conditions décrites aux articles 3 et 4.

Est considéré comme accident, la conséquence directe de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré.

Article 3 : Personnes assurables et conditions d'adhésion

Personnes assurables

Sont admissibles à l'assurance, sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur, toutes les personnes physiques :

- âgés de moins de 85 ans à la date de signature de la demande d'adhésion,
- titulaire ou caution d'un contrat de prêt auprès du prêteur.

Dans le cas où le prêt est consenti à une société, une association ou un groupement quelconque, sont également admissibles, sous les mêmes conditions, les personnes physiques constituant, à l'appréciation du prêteur, un élément primordial de la bonne marche et de la stabilité de la personne morale emprunteuse.

Est assurable la personne physique résidant fiscalement en France. Toutefois, les non-résidents domiciliés en Allemagne, Belgique, Espagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Portugal, Royaume-Uni peuvent adhérer et être assurées pour les seules garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

Formalités d'adhésion

La personne à assurer complète et signe une demande d'adhésion et répond au questionnaire de santé. Le postulant peut, s'il le souhaite, transmettre le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 6 mois à compter de sa signature. Si l'assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, le postulant doit remplir un nouveau questionnaire. En outre, la durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été pratiqués.

Une tarification différente est appliquée aux fumeurs et aux non fumeurs. Peuvent bénéficier du tarif non fumeurs les personnes pouvant certifier, en signant la déclaration spéciale non fumeur figurant sur la demande d'adhésion, qu'elles n'ont pas fumé au cours des 24 derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion.

L'assureur peut :

- accepter la demande de la personne à assurer :
 - au taux normal de prime ou à un taux majoré,
 - sans restriction, ou avec exclusion de certaines pathologies ou de certaines garanties,
- refuser la demande de la personne à assurer.

Sanction en cas de fausse déclaration

Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaté par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion de la somme des primes payées par rapport à la somme des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Limitation des capitaux

Le capital assuré en cas de décès, à la date d'acceptation du risque par l'assureur, ne peut excéder :

- 250 000 EUROS par opération bancaire pour les postulants âgés de plus de 70 ans à la date de signature de la demande d'adhésion,
- 3 000 000 EUROS par opération bancaire pour les postulants âgés de 70 ans ou moins à la date de signature de la demande d'adhésion.

Quotité assurée

La quotité figurant sur la demande d'adhésion ne peut être supérieure à 100 % par personne à assurer et s'applique à toutes les garanties proposées.

Convention AERAS

L'assureur et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis par le conseiller bancaire.

La garantie invalidité spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques d'adhésion que l'assuré a acceptées sur proposition de l'assureur.

Un dispositif d'écrêtement des primes d'assurance est prévu par la convention AERAS. Les conditions d'éligibilité à cet écrêtement seront rappelées, le cas échéant, dans les conditions spécifiques de l'adhésion à l'assurance.

Article 4 : Nature des garanties

La personne à assurer choisit ses garanties sur sa demande d'adhésion.

Elle peut demander :

- Option 1 : garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail.
La personne à assurer choisit la durée de franchise de 60, 90 ou 180 jours applicable en cas d'incapacité de travail.
- Option 2 : garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

Article 5 : Prise d'effet des garanties

La date d'effet des garanties est précisée sur la demande d'adhésion. Elle peut être choisie par la personne à assurer qui peut ainsi opter pour une date correspondant :

- soit, à la date d'acceptation de l'offre ou à la date de signature du contrat de prêt,
- soit, à la date d'accord du prêt,
- soit, à la date de premier déblocage des fonds.

Sous tous les cas la date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'assureur ni lui être postérieure de plus de quatre mois. Elle ne peut être modifiée après l'édition de l'attestation d'assurance.

A défaut de choix, la date d'effet des garanties est fixée à la date d'acceptation du risque par l'assureur.

Dans tous les cas, les garanties prennent effet à la date ainsi déterminée, sous réserve du paiement de la première cotisation d'assurance.

Le décès est garanti dès la signature de la demande d'adhésion s'il résulte d'un accident. Cette garantie accidentelle cesse au jour de la décision de l'assureur, et dans tous les cas, au plus tard 30 jours après la date de signature de la demande d'adhésion. **Cette garantie est limitée à 200 000 euros, dans la limite du capital assuré affecté de la quotité assurée, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'adhésion.**

Par risque consécutif à un accident, il faut entendre le décès résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et

indépendante de la volonté de l'assuré. Il est précisé que le risque consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date de l'accident.

Le risque n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens de cette garantie.

Article 6 : Fin des garanties – résiliation de l'adhésion

Les garanties cessent :

- en cas de non paiement des cotisations, selon les dispositions du Code des assurances,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme de chaque prêt,
- à la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de mandataire social,
- si l'assuré est caution, à la date à laquelle son engagement de caution est résilié.

Les garanties cessent également :

- pour la garantie décès, le jour du 90^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, le jour du 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie incapacité de travail, le jour du 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- à la date à laquelle la prestation du contrat au titre de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie est versée.

L'attention de l'assuré est attirée sur le fait que dans le cas où l'engagement envers le prêteur se prolonge au-delà des dates limites prévues ci-dessus, il ne bénéficie plus des garanties de l'assurance.

Résiliation de l'adhésion

L'assuré peut demander la résiliation de son adhésion. Dans ce cas, la demande de résiliation doit être adressée à CBP Solutions et accompagnée de l'accord du prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant.

La demande de résiliation doit être adressée par courrier recommandé avec accusé de réception au moins deux mois avant la date du renouvellement du contrat.

Le délai de 2 mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi. La résiliation prendra alors effet à l'expiration de la période annuelle en cours.

Article 7 : Maintien des garanties

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'assuré, une fois admis ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie du groupe des assurés.

En cas de résiliation du contrat entre l'assureur et le prêteur, les garanties seront maintenues aux assurés dans les conditions de cette notice. Les cotisations continuent d'être dues.

Article 8 : Définition des garanties et prestations garanties

Pluralité d'assurés

L'assurance est exclusivement liée à une seule offre de prêt. Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt, l'assureur limite toujours sa garantie au montant maximum des prestations qui seraient dues pour une seule personne assurée à 100 %.

§1. Garantie décès :

La base de calcul est égale au capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le décès majoré des intérêts courus jusqu'à la date du décès, conformément au dernier tableau d'amortissement communiqué par l'assuré et qui sert au calcul des cotisations. Dans le cas où aucun tableau d'amortissement n'aurait été communiqué, le capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le décès est déterminé avec le montant du capital, la durée, la périodicité d'amortissement et le taux d'intérêt indiqués sur la demande d'adhésion.

Le capital assuré est égal à la base de calcul pondérée par la quotité assurée. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

LES EVENTUELLES ECHEANCES IMPAYEES, INTERETS DE RETARD OU PENALITES NE SONT PAS PRIS EN COMPTE.

§2. Garantie perte totale et irréversible d'autonomie :

Définition

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré se trouvant, par suite d'accident ou de maladie survenant postérieurement à la

date d'effet des garanties, dans l'incapacité totale et définitive, reconnue par le Médecin Conseil de l'assureur, de se livrer au moindre travail procurant gain ou profit, ni à la moindre occupation et étant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Si l'assuré est salarié, il sera considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie dès lors qu'il est :

- classé, par la Sécurité sociale, parmi les invalides de 3^{ème} catégorie,
- ou reconnu atteint par cet organisme d'une incapacité d'un taux égal à 100 % en cas d'accident de travail et qu'il bénéficie de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne.

Le capital assuré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie est égal au capital prévu en cas de décès. Ce capital est calculé à la date de constatation médicale par l'assureur de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie.

§3. Garantie incapacité de travail :

Définition

Est considéré en incapacité de travail, l'assuré se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenant postérieurement à la date d'effet des garanties, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement, d'exercer sa profession, sous réserve qu'à la date d'incapacité de travail, il exerce effectivement une activité professionnelle rémunérée. Il est précisé que l'assuré ne doit pas exercer, dans le cadre de sa profession, aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit.

Dès qu'il constate la consolidation de l'état de santé de l'assuré, la consolidation étant le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'assuré, et au plus tard dans un délai de trois ans à compter de la date d'incapacité de travail, le Médecin Conseil de l'assureur détermine le taux contractuel d'incapacité de l'assuré. Ce taux est déterminé en fonction des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de capacité physique ou mentale de l'assuré, suite à son accident ou sa maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

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

Taux d'incapacité professionnelle (en %)	Taux d'incapacité fonctionnelle (en %)								
	60	65	70	75	80	85	90	95	100
30	47,6	50,2	52,8	55,3	57,7	60,1	62,4	64,7	66,9
35	50,1	52,9	55,6	58,2	60,7	63,2	65,7	68,1	70,5
40	52,4	55,3	58,1	60,8	63,5	66,1	68,7	71,2	73,7
45	54,5	57,5	60,4	63,3	66,0	68,8	71,4	74,1	76,6
50	56,5	59,6	62,6	65,5	68,4	71,2	74,0	76,7	79,4
55	58,3	61,5	64,6	67,6	70,6	73,5	76,4	79,2	81,9
60	60,0	63,3	66,5	69,6	72,7	75,7	78,6	81,5	84,3
65	61,6	65,0	68,3	71,5	74,7	77,7	80,7	83,7	86,6
70	63,2	66,6	70,0	73,3	76,5	79,7	82,8	85,8	88,8
75	64,6	68,2	71,6	75,0	78,3	81,5	84,7	87,8	90,9
80	66,0	69,7	73,2	76,6	80,0	83,3	86,5	89,7	92,8
85	67,4	71,1	74,7	78,2	81,6	85,0	88,3	91,5	94,7
90	68,7	72,4	76,1	79,7	83,2	86,6	90,0	93,3	96,5
95	69,9	73,8	77,5	81,1	84,7	88,2	91,6	95,0	98,3
100	71,1	75,0	78,8	82,5	86,2	89,7	93,2	96,6	100,0

Les taux ci-dessus sont exprimés en pourcentage.

Si le taux contractuel d'incapacité déterminé par le Médecin Conseil de l'assureur sur la base du tableau ci-dessus, est égal ou supérieur à 66 %, les prestations sont maintenues.

Si le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 66 %, les prestations sont supprimées.

Prestations garanties

Pendant la durée de l'incapacité de travail et après application de la franchise choisie par l'assuré, l'assureur prend en charge le paiement des échéances du prêt figurant sur le dernier tableau d'amortissement communiqué par l'assuré et venant à échéance, dans la limite de la quotité assurée.

Dans le cas où aucun tableau d'amortissement n'aurait été communiqué et si les fonds ont été débiqués, le montant de l'échéance est déterminé avec le

montant du capital, la durée, la périodicité d'amortissement et le taux d'intérêt indiqués sur la demande d'adhésion.

Tant que les fonds n'ont pas été débloqués, aucune prestation n'est versée.

La franchise est une période durant laquelle l'incapacité de travail doit être totale et continue par suite de maladie ou d'accident et pendant laquelle les prestations ne sont pas payées.

Le montant des échéances prises en charge par l'assureur est calculé par périodes entières. Le paiement est effectué selon leur rythme de versement (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel) à l'exception de la première et la dernière qui seront réglées au prorata du nombre de jours d'incapacité.

Ce montant est limité à 270 € (deux cent soixante dix euros) par jour et par assuré, toutes adhésions au contrat n° 215.001 confondues.

Ne sont pas pris en charge :

- LES AUGMENTATIONS D'ÉCHÉANCES INTERVENUES À LA DEMANDE DE L'ASSURÉ PENDANT SON INCAPACITÉ DE TRAVAIL,
- POUR LES PRÊTS IN FINE, RELAIS OU REMBOURSABLES AU TERME EN UNE OU PLUSIEURS FOIS, LA OU LES ÉCHÉANCE(S) CORRESPONDANT AU REMBOURSEMENT DU CAPITAL,
- LES ÉVENTUELLES ÉCHÉANCES IMPAYÉES, LES PÉNALITÉS OU INTÉRÊTS DE RETARD APPLIQUÉS PAR LE PRÊTEUR.

Fin des prestations

Les prestations cessent :

- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme de chaque prêt,
- à la date de préretraite ou de retraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, sauf si la mise en préretraite ou retraite résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par l'assureur,
- dès que l'assuré reprend une activité professionnelle, même à temps partiel,
- dès que l'assuré ne justifie plus d'une prescription médicale,
- dès que le taux contractuel d'incapacité fixé par le Médecin Conseil de l'assureur devient inférieure à 66 %,
- au plus tard, le jour du 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

Si l'assuré est victime d'une rechute provenant du même accident ou de la même maladie survenant après une reprise d'activité professionnelle inférieure à 60 jours, la rechute ne sera pas considérée comme un nouveau sinistre. En conséquence, il ne sera pas fait application de la franchise.

§4. Disposition applicable aux paragraphes 2 et 3 du présent article

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin Conseil de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie, à l'incapacité de travail et, le cas échéant, à la garantie invalidité spécifique AERAS et celles de la Sécurité sociale.

Article 9 : Risques exclus

Pour toutes les garanties, NE SONT PAS COUVERTES PAR L'ASSURANCE LES SUITES, RECHUTES ET CONSÉQUENCES DES ÉVÉNEMENTS SUIVANTS :

- ACTES INTENTIONNELS DE L'ASSURÉ OU DU BÉNÉFICIAIRE DE LA GARANTIE,
- GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES, DE MOUVEMENTS POPULAIRES, D'ATTENTATS, SAUF LORS DE SÉJOURS À L'INTÉRIEUR DE L'UNION EUROPÉENNE OU O.C.D.E.,
- ACCIDENTS ET ÉVÉNEMENTS NUCLÉAIRES OU RÉSULTANT DE LA MANIPULATION D'EXPLOSIFS PAR L'ASSURÉ,
- USAGE PAR L'ASSURÉ, SOIT DE STUPÉFIANTS, DE SUBSTANCES HALLUCINOGENES, SOIT DE MÉDICAMENTS EN DEHORS D'UNE PRESCRIPTION MÉDICALE,
- LES ACCIDENTS EN TANT QUE CONDUCTEUR RÉSULTANT DE LA CONSOMMATION, PAR L'ASSURÉ, DE BOISSONS ALCOOLISÉES CONSTATÉE PAR UNE ALCOOLÉMIE ÉGALE OU SUPÉRIEURE AU TAUX LÉGAL EN MATIÈRE DE CIRCULATION AUTOMOBILE EN VIGUEUR À LA DATE DU SINISTRE,
- UTILISATION EN TANT QUE PILOTE OU PASSAGER DE TOUTS ENGINS AÉRIENS AUTRES QUE LES AVIONS DE LIGNES COMMERCIALES RÉGULIÈRES, VOLS CHARTERS OU VOLS AFFRÉTÉS,
- PRATIQUE DE SPORTS AÉRIENS QUI NÉCESSITENT OU NON L'UTILISATION D'UN ENGIN À MOTEUR SE RAPPORTANT À DES COMPÉTITIONS, DÉMONSTRATIONS, ACROBATIES, RAIDS, TENTATIVES DE RECORD, VOL SUR PROTOTYPES, VOL D'ESSAI, SAUTS EFFECTUÉS AVEC DES PARACHUTES NON HOMOLOGUÉS,
- PRATIQUE DU MOTONAUTISME EN COMPÉTITION (Y COMPRIS SCOOTER DES MERS) OU À PLUS D'UN MILE DES CÔTES,
- PRATIQUE DE LA RANDONNÉE EN MONTAGNE EN SOLITAIRE AU DESSUS DE 3 000 MÈTRES,

- PRATIQUE DE LA TAUROMACHIE,
- PARTICIPATION À DES PARIS, DES TENTATIVES DE RECORDS,
- PRATIQUE DE TOUT SPORT À TITRE PROFESSIONNEL OU AMATEUR RÉMUNÉRÉ,
- PRATIQUE DE VOLS SUR AILES VOLANTES, DU PARAPENTE, DU DELTAPLANE, DE L'ULM, DU PARACHUTISME, DU PARACHUTISME ASCENSIONNEL, DE TOUT AUTRE SPORT AÉRIEN ET/OU UTILISATION DE TOUT AUTRE ENGIN AÉRIEN, ET DE TOUT SPORT NÉCESSITANT UN ENGIN À MOTEUR TERRESTRE OU FLOTTANT, DU SAUT À L'ÉLASTIQUE, DE LA SPÉLÉOLOGIE, DE L'ALPINISME ET DE L'ESCALADE, DE LA PLONGÉE SOUS-MARINE (À L'EXCEPTION DE LA PLONGÉE SOUS-MARINE EN AMATEUR À MOINS DE 20 MÈTRES DE PROFONDEUR), DE LA PLANCHE À VOILE À PLUS D'UN MILE DES CÔTES, DU KAYAK OU DE L'AVIRON DES MERS À PLUS DE 300 MÈTRES DES CÔTES, DE LA VOILE, DU YACHTING, DU CANYONING, DU RAFTING, DE LA RANDONNÉE EN GROUPE AU-DESSUS DE 3 000 MÈTRES, DES SPORTS DE NEIGE OU DE GLACE (AUTRE QUE LA PRATIQUE AMATEUR SUR PISTE RÉGLEMENTÉE ET OUVERTE DU SKI ALPIN OU DE FOND, DU MONOSKI ET DU SURF AINSI QUE DU PATINAGE), DE LA CHASSE À COURRE, DE SPORTS DE COMBAT, D'ARTS MARTIAUX ET DE COMPÉTITION ÉQUESTRES.

Toutefois, lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement dans le cadre d'un baptême, d'une promenade ou d'une initiation, la garantie est acquise si l'assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement. **Cependant, à la demande expresse de l'assuré, tout ou partie de ces activités peuvent faire l'objet d'une étude de garanties moyennant une tarification spéciale.**

Pour la garantie décès exclusivement :

- LE SUICIDE, S'IL SURVIENT AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE D'ASSURANCE, SAUF POUR LES PRÊTS IMMOBILIERS ACCORDÉS POUR L'ACQUISITION DU LOGEMENT PRINCIPAL DANS LA LIMITE DU MONTANT FIXÉ PAR DÉCRET (120 000 € PAR DÉCRET DU 28/03/2002).

Pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité de travail :

- LES SUITES, RECHUTES ET CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS OU DE MALADIES ANTÉRIEURS À L'ADHÉSION,
- LES ATTEINTES CORPORELLES QUI RÉSULTENT DU FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURÉ, OU D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE.

EST ÉGALEMENT EXCLUE LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE QUI SURVIENT ALORS QUE L'ASSURÉ EST EN PRÉ-RETRAITE OU EN RETRAITE, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, Y COMPRIS POUR INAPTITUDE AU TRAVAIL.

Pour la garantie incapacité de travail exclusivement :

- LES INCAPACITÉS DE TRAVAIL CORRESPONDANT À LA DUREE LÉGALE DE CONGE DE MATERNITÉ DÉFINIE PAR LE CODE DU TRAVAIL, QUE L'ASSURÉE SOIT SALARIÉE OU NON,
- L'ARRÊT DE TRAVAIL RESULTANT DES SUITES OU CONSÉQUENCES D'UNE CURE, D'UN TRAITEMENT ESTHÉTIQUE, D'UN SÉJOUR EN MAISON DE REPOS,
- LES INCAPACITÉS DE TRAVAIL RESULTANT D'UNE DÉPRESSION NERVEUSE OU D'UN SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE OU DE FIBROMYALGIE OU D'AFFECTION PSYCHIATRIQUE, NEUROPSYCHIATRIQUE OU PSYCHIQUE, SAUF SI UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 15 JOURS CONTINUS A ÉTÉ NÉCESSAIRE PENDANT CETTE INCAPACITÉ OU SI L'ASSURÉ A ÉTÉ MIS PAR JUGEMENT SOUS TUTELLE OU CURATELLE,
- LES INCAPACITÉS DE TRAVAIL RESULTANT D'UNE ATTEINTE VERTEBRALE OU DISCALE OU RADICULAIRE : LUMBAGO, LOMBALGIE, SCIATALGIE, CRURALGIE, NEURALGIE CERVICO BRACHIALE, PROTRUSION DISCALE, HERNIE DISCALE, DORSALGIE, CERVICALGIE, COCCYODYNIE, SAUF SI CETTE ATTEINTE NÉCESSITE UNE INTERVENTION CHIRURGICALE PENDANT CETTE INCAPACITÉ.

Lors de l'adhésion au contrat, l'assuré peut demander de supprimer, de manière indissociable, ces deux dernières exclusions. L'assureur étudiera la demande et peut soit refuser, soit proposer d'adapter ces deux clauses, selon certaines conditions, et moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire. **Toute demande de rachat porte sur les deux exclusions de manière indissociable. Aucune demande ne sera acceptée par l'assureur en cours de contrat.**

Article 10 : Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Cependant l'assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion. Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû à la date anniversaire du point de départ du prêt. Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'assuré.

La cotisation peut être révisée par l'assureur immédiatement si les Pouvoirs publics changent le montant de la taxe incluse dans les cotisations.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'assuré une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera résiliée de plein droit sans autre formalité.

Article 11 : Déclarations des sinistres et documents à fournir

Délai de déclaration

L'incapacité de travail doit être déclarée pendant l'arrêt de travail médicalement justifié et dans les 12 (douze) mois qui suivent le premier jour d'incapacité. **Après ce délai, l'incapacité de travail sera prise en charge à compter du jour de la réception de la déclaration si le dépassement du délai de déclaration a porté préjudice à l'assureur.**

Destinataire de la déclaration

Le sinistre doit être déclaré par courrier à :

CBP Solutions
CS 20 008
44967 NANTES CEDEX 9
Télécopie : 0 825 388 799
Orias n° 07 009 023 – www.orias.fr

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel à CBP Solutions, à l'attention du Médecin Conseil.

Pièces à fournir

Dans tous les cas :

- une copie de la demande d'adhésion,
- le tableau d'amortissement pour chaque prêt.

En cas d'accident ayant provoqué le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité de travail :

- les pièces officielles indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité de travail ; la preuve du lien de causalité incombant à l'assuré ou ses ayants droit.

En cas de décès :

- un certificat médical, sur l'imprimé de l'assureur, indiquant notamment la cause du décès et un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant de l'assuré et lui-même, sur l'imprimé de l'assureur,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

Et si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- la notification de la pension d'invalidité troisième catégorie établie par la Sécurité sociale ou la notification de la rente accident du travail à 100 %.

En cas d'incapacité de travail :

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant de l'assuré et lui-même, sur l'imprimé de l'assureur.

Si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme de régime social de l'assuré,
- les documents qui justifient de l'état d'incapacité totale de travail de l'assuré,
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou rente d'accident du travail de l'assuré par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension d'invalidité ou rente accident du travail,
- les justificatifs d'allocations et pensions de préretraite et retraite.

Si l'assuré n'est pas salarié :

- les certificats médicaux d'incapacité de travail.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou ses ayants droit, tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de sa demande.

Article 12 : Contrôle médical - Arbitrage

Contrôle médical

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin Conseil de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie, à

l'incapacité de travail, le cas échéant, à la garantie invalidité spécifique AERAS, et celles de la Sécurité sociale.

L'assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis.

Il peut alors faire contrôler à ses frais, par un médecin, l'état de santé de l'assuré. Si ce dernier le souhaite, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix et à ses frais.

Si l'assuré s'oppose à ce contrôle, il perd droit aux prestations.

Le contrôle médical de l'assuré doit obligatoirement être effectué en France métropolitaine ou à défaut, si l'état de santé de l'assuré exclut tout déplacement, sur son lieu de séjour (hôpital, domicile, centre de rééducation,...).

Arbitrage

Le médecin du choix de l'assuré et le médecin choisi par l'assureur peuvent être en désaccord. L'assuré peut alors convenir avec l'assureur de s'en remettre à un 3^{ème} médecin. Faute d'entente sur le choix de ce 3^{ème} médecin, celui-ci sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. La moitié des frais et honoraires engendrés par cette procédure sera à la charge de l'assuré.

Le paiement des prestations est suspendu jusqu'à la date de prononciation de l'arbitrage médical.

Article 13 : Bénéficiaire de l'assurance

Les prestations sont versées par l'assureur au prêteur, réputé bénéficiaire acceptant, dans la limite des sommes dues au jour du sinistre.

Le montant des capitaux réglés par l'assureur peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur. L'excédent est alors versé par celui-ci, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, à l'assuré lui-même et, en cas de décès, aux co-emprunteurs survivants ou, à défaut, sauf désignation particulière,

- au conjoint survivant, non séparé de corps, non divorcé de l'assuré,
- à défaut, à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité,
- à défaut et à parts égales entre eux, aux enfants vivants, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs de l'assuré,
- à défaut aux héritiers de l'assuré.

Le bénéficiaire du contrat, pour l'excédent éventuel, ne peut devenir bénéficiaire acceptant que lorsque l'assuré y consent et lui donne expressément son accord.

Pour l'excédent éventuel, l'acceptation peut être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé par l'assuré et par le bénéficiaire et n'a alors d'effet à l'égard de l'entreprise d'assurance que lorsqu'elle est notifiée par écrit au mandataire.

L'acceptation du bénéficiaire rend la désignation du bénéficiaire irrévocable : cela signifie que la modification de la stipulation faite au profit du bénéficiaire n'est possible qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

De plus, toutes les modifications effectuées sur le contrat par l'assuré nécessitent l'accord du bénéficiaire acceptant.

Article 14 : Faculté de renonciation

L'assuré peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement si, dans les trente jours qui suivent le premier prélèvement, il adresse une lettre recommandée avec accusé de réception au mandataire, rédigée par exemple suivant le modèle ci-après :

«Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer par la présente que je renonce à mon contrat n° 215.001 pour lequel un premier prélèvement a été effectué il y a moins de trente jours. Je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées.

Signature ».

Les garanties prennent fin à compter de la date d'envoi par l'assuré de la lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 15 : Examen des réclamations

Lorsque l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat, son interlocuteur habituel CBP Solutions est en mesure d'étudier ses demandes. L'assuré peut également formuler une réclamation en contactant :

CBP Solutions
Service réclamations
CS 20 008
44967 NANTES CEDEX 9
Tél : 09 72 67 00 50

CBP Solutions s'engage à accuser réception de la demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à y apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, l'assuré peut formuler sa réclamation auprès de **NATIXIS ASSURANCES PARTENAIRES – Service Informations/Réclamations** - 4 rue des Pirogues de Bercy – CS 61241 – 75580 PARIS CEDEX 12 – Tél : 01 58 19 88 99.

Natixis Assurances Partenaires s'engage à accuser réception de la demande dans les dix jours ouvrables à compter de sa réception et à apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si, malgré nos efforts pour le satisfaire, l'assuré reste mécontent de notre décision, il pourra demander un avis au Médiateur de la FFSA, personnalité indépendante. Sa demande devra être adressée à Monsieur le Médiateur de la FFSA – BP 290 – 75 425 Paris Cedex 09.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux.

Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Article 16 : Prescription

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'évènement 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'assuré 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, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (commandement de payer, assignation devant un tribunal...) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ainsi que par la saisine du Médiateur. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé 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.

Article 17 : Déclaration de l'assuré

L'assuré est tenu d'informer la contractante, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 30 jours, de tout changement relatif à la « DECLARATION SPECIALE NON FUMEUR », s'il commence ou recommence à fumer, même occasionnellement pendant la durée du contrat.

La non-déclaration de l'un de ces événements qui modifierait l'appréciation du risque assuré peut entraîner la nullité du contrat par application de l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Il doit également informer la contractante, par lettre recommandée avec accusé de réception de toutes modifications du tableau d'amortissement fourni lors de l'adhésion et ceci dans un délai de 30 jours suivant la date de prise d'effet du nouveau tableau d'amortissement.

Passé ce délai de 30 jours, les caractéristiques du nouveau tableau d'amortissement sont prises en compte à la date de réception du document.

Article 18 : Voyages et séjours à l'étranger

Pour tous les voyages et séjours dans des lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM-COM, les pays limitrophes de la France métropolitaine :

- le risque de décès est couvert sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,
- les risques de perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par l'assureur dans les conditions prévues à l'article 12 « Contrôle médical – Arbitrage ».

A défaut, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine, dans les DROM-COM, dans un pays de l'Union Européenne, ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

Article 19 : Généralités

Le présent contrat est régi par la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Article 20 : Informatique et libertés – Traitement des données personnelles

Les informations recensées sur la demande d'adhésion sont nécessaires pour procéder à l'étude du dossier de l'assuré. Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'assuré d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur collecte.

Par la signature de la demande d'adhésion, l'assuré accepte expressément, en application de l'article 8 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, que les données médicales le concernant soient collectées et traitées pour les besoins de cette étude, et transmises au prêteur, à l'assureur, ses mandataires et réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels concernés.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression portant sur les informations le concernant, qu'il peut exercer auprès de Natixis Assurances Partenaires – Service Qualité – Relations Clientèle – 4 rue des Pirogues de Bercy – CS 61241 – 75580 PARIS CEDEX 12.

Autorité de contrôle de l'assureur :
Autorité de Contrôle Prudenciel - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

Natixis Assurances Partenaires - Société Anonyme au capital de 20 400 000 Euros
Régie par le Code des Assurances - 349 004 341 RCS Paris, dont le siège social est situé au 30 avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris