

A conserver par l'Assuré

**NOTICE D'INFORMATION
DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE
EN COUVERTURE DE PRETS N° 1970 R**

--ooOoo--

Contrat souscrit :

Par la **Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN)**
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
RNM 775 685 399
Siège social : 3, square MAX HYMANS – 75748 PARIS Cedex 15

ci-après dénommée "le Souscripteur",

d'une part,

et

CNP Assurances

S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance
Au capital de 554 541 208 € entièrement libéré
341 737 062 RCS PARIS
Agissant en son nom pour les activités vie
Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège social : 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS Cedex 15

Agissant pour son propre compte et au compte de :

CNP I.A.M.

S.A. au capital de 30 500 000 € entièrement libéré
383 024 189 RCS PARIS
Pour les activités non vie
Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège social : 4, place Raoul Dautry 75015 PARIS Cedex 15

ci-après dénommées "l'Assureur"

d'autre part.

SOMMAIRE

<u>Article 1</u> - Objet du contrat	Page 3
<u>Article 2</u> - Groupe assuré	Page 3
<u>Article 3</u> - Formalités d'admission–Décision de l'Assureur	Page 4
<u>Article 4</u> - Prise d'effet et durée de la garantie	Page 5
<u>Article 5</u> - Risques garantis	Page 5
<u>Article 6</u> - Montant maximum assurable	Page 7
<u>Article 7</u> - Risques exclus	Page 7
<u>Article 8</u> - Bénéficiaires des prestations	Page 8
<u>Article 9</u> - Montant de la prime	Page 8
<u>Article 10</u> - Défaut de paiement de la prime	Page 8
<u>Article 11</u> - Justificatifs en cas de sinistres	Page 8
<u>Article 12</u> - Contrôle des sinistres	Page 9
<u>Article 13</u> - Procédure de conciliation	Page 10
<u>Article 14</u> - Délai de déclaration des sinistres	Page 10
<u>Article 15</u> - Prescription	Page 10
<u>Article 16</u> - Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance	Page 10
<u>Article 17</u> - Réclamation - Médiation	Page 10
<u>Article 18</u> - Informatique et Libertés	Page 11

Le contrat n° 1970R est régi par le Code des Assurances.

Article 1 - Objet du contrat

Le contrat collectif n° 1970R a pour objet d'assurer, dans les conditions fixées ci-après, les personnes physiques désignées à l'article 2, en cas de réalisation de certains risques et de garantir le remboursement des sommes dues au titre de prêts immobiliers, (cautionnés ou non par la MGEN) en tenant compte, le cas échéant, des limites prévues à l'article 6 ci-après.

Les risques couverts sont les suivants, dans les conditions et les réserves prévues aux articles 5 et 6 ci-après :

- avant le 75^{ème} anniversaire des assurés :
 - le décès,
- avant le 65^{ème} anniversaire des assurés :
 - la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
 - l'Incapacité Temporaire de Travail (ITT), après application d'un délai de carence de 90 jours,

Article 2 - Groupe assuré

Peuvent adhérer au contrat n° 1970R les membres du Souscripteur, âgés de moins de 69 ans au jour de l'adhésion et qui sont :

- titulaire d'un prêt immobilier,
- ou co-emprunteurs du titulaire du prêt ou cautions,
- ou ont effectué une acquisition immobilière en viager et doivent garantir au créancier, désigné par eux, le paiement d'une prestation viagère en assurant par l'intermédiaire du présent contrat le montant du capital constitutif nécessaire au paiement de ladite prestation (rente viagère).

La durée de ces prêts immobiliers doit être inférieure à 30 ans. Les prêts relais d'une durée supérieure à deux ans ne peuvent être assurés.

Il peut y avoir plusieurs assurés au titre d'un même prêt.

Lorsque l'assurance repose sur plusieurs têtes, les parts de garantie de l'emprunteur et des co-emprunteurs du prêt sont fixées librement par ces personnes sauf s'il s'agit de prêts cautionnés par le Souscripteur. Dans cette dernière hypothèse, les prêts sont assurés en totalité, sur chaque tête, jusqu'à concurrence du plafond en vigueur au moment de l'adhésion.

L'assurance est :

- obligatoire :
 - Lorsque le Souscripteur donne sa caution,
 - Lorsque l'organisme prêteur l'exige.
- facultative :
 - dans tous les autres cas.

Article 3 – Formalités d'admission-Décision de l'Assureur

L'Admission dans l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur, les formalités d'admission sont obligatoires au moment de la demande de prêt. Elles consistent en un contrôle exercé sous forme d'une déclaration d'état de santé de l'adhérent. Si l'adhérent n'est pas en mesure de signer cette déclaration ou si l'adhérent est âgé de 50 ans ou plus, ou si le prêt est supérieur à 100 000 euros, l'adhésion est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme de questionnaire et éventuellement d'une visite passée auprès d'un médecin désigné ou commissionné par l'Assureur.

Si une évolution de l'état de santé de l'Emprunteur survient avant la prise d'effet des garanties et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, il est tenu d'en informer l'Assureur, sous peine de nullité de l'adhésion. L'Assureur pourra alors demander que soient effectués des examens médicaux complémentaires.

Si le demandeur d'assurance, lors de la demande d'adhésion, est en arrêt de travail et hors d'état d'exercer son activité professionnelle, il a l'obligation d'en informer l'Assureur qui prendra alors les dispositions nécessaires. L'Assureur se réservera la faculté d'accepter ou de refuser la demande d'adhésion. En tout état de cause, cette incapacité temporaire de travail préexistante à la demande d'adhésion, ne pourra pas donner lieu au versement d'une prestation qui lui serait liée.

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité du contrat d'assurance, conformément à l'Article L 113-8 du Code des Assurances. Les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dédommagement.

La décision de l'Assureur est notifiée à l'Emprunteur par courrier, au terme de l'examen des formalités d'admission.

Elle peut être :

- Soit acceptation de l'Emprunteur :

- Au tarif normal,
- Au tarif majoré.

L'acceptation peut être donnée :

- Sans réserve : l'acceptation vaut pour tous les risques couverts,
- Avec réserve : l'acceptation est prononcée en excluant certaines pathologies et/ou certaines garanties.

La décision de l'Assureur est valable pour une période de 6 mois à compter de la date figurant sur le courrier adressé à l'Emprunteur. A défaut d'acceptation de l'offre de prêt par l'Emprunteur dans ce délai, le renouvellement des formalités d'admission est nécessaire.

- Soit ajournement de la demande :

Dans ce cas, l'Emprunteur n'est pas assuré mais pourra présenter une nouvelle demande d'admission à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué par l'Assureur.

- Soit refus d'assurance :

Un refus au titre du présent contrat déclenche automatiquement pour l'Assureur une étude dans le cadre d'un contrat spécifique. Conformément aux engagements résultant de la Convention Belorgey, l'Assureur étudiera toutes formes d'assurances au titre de la garantie Décès imputable à une maladie ou à un accident, en dehors du présent contrat, pour permettre au candidat à l'assurance d'obtenir un prêt.

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

Une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert nécessite un renouvellement de la procédure d'admission sauf lorsque la modification intervient dans le cadre de réaménagements de prêts négociés entre l'organisme prêteur initial et l'emprunteur ou bien encore dans le cadre de la loi sur le surendettement des particuliers. Dans ces deux derniers cas, le report de durée ne doit pas excéder 5 ans ou le capital garanti ne doit pas augmenter de plus de 15 000 euros.

Toute opération ne rentrant pas dans ce cadre doit faire l'objet, s'agissant de la mise en place d'un nouveau prêt, d'un renouvellement des formalités d'admission dans l'assurance.

Article 4 - Prise d'effet et durée de la garantie

Les garanties prennent effet le premier jour du mois de la décision de l'assurance.

Les garanties cessent :

- au terme contractuel du prêt,
- en cas de remboursement anticipé et total du contrat de prêt,
- au 65^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) et Incapacité Totale de Travail (ITT),
- au 75^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie décès,
- en cas de non paiement des primes, conformément à l'article 10 ci-après,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur.

Article 5 - Risques garantis

Sous réserve des risques exclus définis à l'article 7 de la présente notice, l'assurance couvre les risques décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Totale de Travail :

➤ Le Décès

En cas de décès d'un assuré survenant en cours d'assurance et avant son 75^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit, sous réserve des exclusions prévues à l'article 7 et des dispositions visées ci-dessous, le paiement des sommes dues par l'intéressé au jour du sinistre, d'après le tableau d'amortissement du prêt établi à la date du sinistre et à l'exclusion de toute échéance arriérée.

Le capital pris en charge par l'Assureur est déterminé en tenant compte :

a - du montant maximum assurable au jour de l'adhésion :

En cas d'application de ce maximum, le capital pris en charge par l'Assureur est calculé en affectant au capital restant dû au jour du décès le rapport existant entre le maximum assurable au jour de l'entrée dans le contrat et le capital total emprunté.

b - de la fraction de garantie souscrite par l'assuré en cause :

Il est précisé que lorsque chacun des assurés est couvert pour la totalité du prêt, le montant pris en charge par l'Assureur est en tout état de cause égal au montant du prêt restant dû, qu'il s'agisse de décès simultanés ou du décès d'un des assurés.

Dans ce dernier cas, les assurés survivants sont radiés du contrat.

L'assuré cautionnant un prêt doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à la prise en charge.

➤ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Définition de la PTIA :

Etat de santé qui met l'assuré, avant son 65^{ème} anniversaire, dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qui nécessite de recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie les prestations sont servies dans les mêmes conditions que pour le décès.

L'assuré qui bénéficie de la garantie Incapacité Temporaire de Travail définie ci-après, peut bénéficier du paiement d'un capital au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie 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 la garantie Incapacité Temporaire de Travail sera imputée sur le capital réglé au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans la mesure où ces sommes se rapporteront à des échéances postérieures à la date reconnue comme point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'assuré qui a bénéficié d'une prise en charge au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et qui obtient de nouveaux prêts est exclu de la garantie de l'assurance pour ces prêts.

L'assuré cautionnant un prêt doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à la prise en charge.

➤ L'Incapacité Temporaire de Travail

Seuls les assurés ayant une activité professionnelle bénéficient de la garantie incapacité au titre du contrat n° 1970 R.

Les assurés sans profession sont garantis au titre du contrat n° 1970 R pour le seul risque décès-PTIA.

Est considéré comme atteint d'une incapacité de travail l'assuré qui, en cours de garantie et à l'issue d'une période continue de cessation d'activité de 90 jours dénommée délai de carence, se trouve par suite de maladie ou d'accident dans l'impossibilité totale d'exercer ses activités professionnelles habituelles et qui, s'il est assujéti à la sécurité sociale, bénéficie à ce titre de prestations « en espèces » servies par cet organisme.

Toute reprise d'activité inférieure à deux mois n'entraîne pas l'application d'un nouveau délai de carence pour le paiement des prestations si la rechute est due à l'affection qui a motivé la cessation d'activité précédente.

En ce qui concerne le mode de calcul du délai de carence, il est précisé que lorsqu'un assuré a des interruptions de travail non consécutives, et chacune inférieure à 90 jours, dues à des rechutes de la même maladie ou infirmité, il peut, sur production des certificats médicaux correspondants, obtenir le bénéfice des prestations prévues dans les conditions suivantes. Il doit apporter la preuve que l'ensemble des périodes d'incapacité survenues en cours d'assurance dépasse 90 jours, en tenant compte uniquement pour les interruptions de travail antérieures, de celles qui se situent dans les 365 jours précédant immédiatement le point de départ de la dernière indisponibilité.

Les prestations en cas d'incapacité de travail cessent de plein droit du seul fait de la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle de l'assuré.

Lorsqu'un assuré remplit les conditions de prise en charge définies ci-dessus et sous réserve que la perte de revenu professionnel net soit supérieure à 5%, l' Assureur verse le montant de l'échéance du prêt dans la limite de la perte réelle justifiée de rémunération nette de l'assuré.

Cette prestation est calculée en proportion de la part de garantie souscrite par l'assuré et du montant maximum assurable.

Pour déterminer la perte réelle de rémunération nette, sont prises en compte la rémunération indiciaire nette pour les assurés fonctionnaires (ou le traitement net pour les salariés non fonctionnaires) augmentée de la totalité des primes, indemnités, heures supplémentaires en situation d'activité et la totalité des revenus de substitution, à savoir : part de salaire ou indemnités journalières sécurité sociale, allocations journalières, prestations des régimes complémentaires mutualistes.

La rémunération liée à l'activité qui sera prise en compte est mensuelle. Elle prend en compte une fraction de certains revenus périodiques :

- 1/3 des primes et indemnités trimestrielles,
- 1/6 des primes et indemnités semestrielles,
- 1/12 des primes et indemnités annuelles,

et, pour certaines catégories de salariés qui en bénéficient, d'un 13^{ème} ou d'un 14^{ème} mois.

Sont expressément exclues les rémunérations à caractère saisonnier telles que colonies de vacances, heures de ski, leçons particulières.

Pour les non salariés, non fonctionnaires, la rémunération de référence sera déterminée à partir des revenus nets effectivement déclarés au titre de l'impôt sur le revenu l'année précédant le sinistre : bénéfice réel imposable ou forfait imposable.

Les prestations servies sont limitées au montant d'une seule garantie (échéance mensuelle pour les prêts amortissables) lorsque des assurés garantis à 100% chacun, pour le même prêt, se trouvent simultanément en incapacité de travail.

Article 6 - Montant maximum assurable

Le montant total des sommes garanties, au titre des contrats souscrits auprès du Souscripteur, sur une même tête ne peut excéder 550 000 €.

Article 7 - Risques exclus

Sont exclus de la garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'assureur, les conséquences :

- **du suicide ou d'un fait intentionnel de l'assuré, dans la première année d'assurance. Cette exclusion ne s'applique pas pour la garantie d'un prêt inférieur à 120 000 euros, contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré,**
- **des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- **des accidents survenus à l'occasion de compétitions, démonstration, raids, acrobaties ou de tous sports nécessitant l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel de navigabilité ou d'utilisation,**
- **de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide.**

Article 8 – Bénéficiaires des prestations

Les prestations garanties sont versées en fonction du type de risque survenu, à l'organisme prêteur (décès et PTIA) ou à l'emprunteur (Incapacité Temporaire de Travail).

Article 9 - Montant de la prime

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle payable d'avance.

A l'adhésion, une prime de raccordement est calculée prorata temporis de façon à ce que les primes suivantes correspondent avec le montant annuel. Au renouvellement, la prime est prélevée en 4 fois : en février, en mars, en avril et en mai. Cependant, la périodicité du prélèvement peut être revue et modifiée tous les ans.

Les taux de prime applicables au contrat n° 1970R sont fixés à :

- Groupe 1 : assurés de moins de 36 ans : 0,18 % du capital initial garanti,
assurés de 36 ans et plus : 0,28 % du capital initial garanti,
- Groupe 2 : assurés de moins de 36 ans : 0,36 % du capital initial garanti,
assurés de 36 ans et plus : 0,56 % du capital initial garanti,

L'âge retenu pour le calcul de la prime est celui de l'assuré à la date de signature du questionnaire de santé .

En cas de remboursement partiel d'un prêt, le montant du capital servant de base au calcul de la prime est égal au montant résultant de la différence entre le montant du capital initial emprunté et le montant partiel remboursé par anticipation, la quotité assurée restant inchangée. Dans ce cas, la décision d'assurance émise par la CNP lors de la demande initiale d'adhésion au contrat pour couvrir le prêt concerné par ce remboursement anticipé partiel est maintenue.

Article 10 - Défaut de paiement de prime

A défaut de paiement de la prime due par l'assuré au Souscripteur, ce dernier peut exclure l'assuré du contrat après mise en demeure conformément à l'article L 141-3 du Code des Assurances.

Article 11 - Justificatifs en cas de sinistres

En vue du règlement des prestations garanties à l'article 5 de la présente notice, un dossier est adressé, par l'assuré, au Souscripteur, qui est chargé du contrôle et de la mise en paiement des sommes dues aux assurés .

Ce dossier indique les noms, prénoms et date de naissance de l'assuré ainsi que le numéro de ses prêts figurant sur l'attestation de garantie MGEN qui est complété par les pièces suivantes :

- En cas de décès de l'assuré
 - un extrait d'acte de naissance de l'assuré sur lequel est mentionnée la date du décès,
 - un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
 - la copie du tableau d'amortissement établi à la date du sinistre,
 - une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes restant dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

➤ En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Toutes pièces que la situation particulière de l'invalide rend nécessaire pour l'examen de la demande et notamment :

- 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 des actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes restant dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré,
- la copie du tableau d'amortissement établi à la date du sinistre.

➤ En cas d'incapacité temporaire de travail

La copie du tableau d'amortissement, établi à la date du sinistre, ainsi que les pièces justificatives suivantes :

- pour un assuré social (fonctionnaire ou assimilé) :
 - un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant,
 - une attestation du service du personnel de l'administration justifiant du congé de maladie ou d'accident,
 - toute pièce permettant de calculer la perte réelle de rémunération nette de l'assuré.
- pour un assuré social (non fonctionnaire) :
 - soit un bordereau de paiement d'indemnités journalières par la sécurité sociale au titre d'un arrêt de travail,
 - soit un document délivré par l'organisme de protection sociale dont il dépend, justifiant le versement des prestations en espèces : indemnités journalières maladie ou accident, pension d'invalidité de 2ème ou de 3ème catégorie ou rente d'accident du travail et maladie professionnelle égale ou supérieure à 66%,
 - toute pièce permettant de calculer la perte réelle de rémunération nette de l'assuré.
- pour un travailleur 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 et, le cas échéant, l'état d'invalidité apprécié par analogie aux définitions de sécurité sociale,
 - toute pièce permettant de calculer la perte réelle de la rémunération.

En cas de prolongation de l'état d'incapacité de travail, les pièces justificatives doivent être renouvelées au fur et à mesure, faute de quoi les prestations cessent d'être réglées.

Article 12 - Contrôle des sinistres

L'Assureur se réserve le droit de faire examiner à ses frais et par un médecin désigné par lui, l'assuré qui demande à bénéficier de prestations perte totale et irréversible d'autonomie ou incapacité de travail au titre du contrat n° 1970R.

Article 13 - Procédure de conciliation

Si le résultat de l'examen, visé à l'article 12 de la présente notice, est contesté par le médecin de l'assuré, les deux médecins font appel à un troisième praticien pour les départager.

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait à la diligence de l'Assureur par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'assuré.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont à la charge de l'Assureur dès lors que sa proposition n'est pas entièrement admise par la troisième expertise ; ils sont à la charge de l'assuré dans le cas contraire.

Article 14 - Délais de déclaration des sinistres

➤ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

Les demandes de prestations doivent être formulées au plus tard dans un délai de six mois après le 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

➤ Incapacité Temporaire de Travail :

Les demandes de prestations doivent être formulées au plus tôt à l'expiration du délai de carence prévu à l'article 5 de la présente notice et au plus tard trois mois après. Passé ce délai, le paiement des prestations n'interviendra que pour les sommes dues à l'assuré à compter de la date de réception du dossier.

Article 15 - Prescription

Toute action dérivant du contrat n° 1970R se prescrit conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances.

Article 16 - Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance

**L'Autorité de Contrôle des Assurances
et des Mutuelles (A.C.A.M.)
61, rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09**

est chargée du contrôle de CNP Assurances et CNP IAM.

Article 17 - Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation relative à l'adhésion, l'assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation s'adresser à :

**CNP Assurances
Service PMF
4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15**

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'assuré ou ses ayants droits peuvent s'adresser à :

**CNP Assurances
Service PMF
4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15**

Après épuisement de toutes les procédures de traitement des réclamations, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent demander la saisine du médiateur de CNP Assurances. Les modalités de la procédure amiable de médiation seront communiquées sur demande adressée à :

CNP Assurances
Secrétariat du Médiateur
4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15

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

La saisine du Médiateur par l'assuré ou ses ayants droit n'interrompt par le délai de prescription défini à l'article 15.

Article 18 - Informatique et Libertés

Les renseignements concernant l'assuré figurent, pour certains d'entre eux, sur des fichiers à l'usage de la CNP. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, il peut en demander la communication ou la rectification en s'adressant à la :

CNP Assurances
Correspondant Informatique et Libertés
4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15