



## VOS CONDITIONS D'ASSURANCE

### NOTICE REMISE A L'ASSURE. Novembre 2010

**Notice du contrat d'assurance collective n° 2156/485-2 souscrit par BNP PARIBAS PERSONAL FINANCE auprès de Cardif Assurance Vie et Cardif - Assurances Risques Divers, ci-après dénommées "l'Assureur".**

#### LEXIQUE

**Accident** : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents au sens du contrat : le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide, les maladies, leurs conséquences ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. A titre d'exemple, un "accident vasculaire" ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents).

**Assuré** : personne physique, ayant signé la Demande d'adhésion et/ou, répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties souscrites.

**Assuré sans profession** : personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle générant gains ou revenus.

**Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)** : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé.

**Franchise** : nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail au-delà duquel une indemnisation est possible.

**Fonctionnaire** : personne qui remplit une fonction publique, occupant en qualité de titulaire un emploi permanent dans le cadre d'une administration publique, et affiliée au régime de protection sociale y afférent. Est dénommé "fonctionnaire" dans le présent contrat, le personnel sous statut d'agent de l'Etat, de ses établissements publics administratifs, des collectivités territoriales et des hôpitaux publics.

**Incapacité Permanente Totale (IPT)** : est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale par l'Assureur, l'Assuré reconnu, après consolidation de son état, inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.

**Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)** : est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail par l'Assureur, l'Assuré qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, et qui n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.

**Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur, l'Assuré reconnu inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit, et devant, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

**Quotité assurée** : pourcentage du capital emprunté couvert par l'assurance. Ce pourcentage est renseigné par l'Assuré sur la Demande d'adhésion.

**Salarié de droit privé** : personne rémunérée par un employeur en vertu d'un contrat de travail et affilié au régime de protection sociale y afférent.

Dans le présent contrat, est intégré à cette catégorie, le demandeur d'emploi en état d'ITT pour autant qu'il se trouve en chômage consécutif à un licenciement entraînant une indemnisation par le Pôle Emploi.

**Travailleur Non Salarié (TNS)** : personne exerçant une activité professionnelle non salariée et affiliée au régime de protection sociale y afférent.

**Vente à distance** : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

Le présent contrat est régi tant par le Code des Assurances que par les dispositions générales définies ci-après. **Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion (conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances).**

#### 1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), les prêts consentis par BNP PARIBAS PERSONAL FINANCE, dénommé ci-après le Prêteur, destinés à financer une acquisition immobilière (immeuble ou terrain), la construction d'immeubles, la réalisation de travaux de toutes nature (construction et autres), l'achat de parts donnant droit à l'acquisition en propriété ou en jouissance d'un immeuble, l'achat de parts de SCPI ainsi que les crédits non immobiliers garantis par une hypothèque.

Le bénéficiaire de l'assurance est le Prêteur.

## 2. CONDITIONS D'ADMISSION

Sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur au vu des formalités médicales d'adhésion, est admissible à la présente assurance et sera désignée sous le terme d'Assuré, toute personne physique :

- relevant du régime fiscal français au jour de la demande
- âgée de moins de 65 ans (date anniversaire de naissance) pour la garantie Décès ou de moins de 60 ans pour les garanties PTIA et ITT,
- *emprunteur et co-emprunteurs qui bénéficient de prêts définis en objet ; caution d'un emprunteur personne physique ou morale.*

La sortie de l'Assuré du régime fiscal français après la prise d'effet de l'assurance est sans incidence sur son adhésion au contrat.

Les cautions de personne physique ne sont pas assurables au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

Les formalités d'adhésion sont obligatoires. Elles consistent en un contrôle exercé sous forme d'un formulaire d'adhésion rempli et signé de la main du candidat et complété, le cas échéant, d'examens médicaux à la charge de l'Assureur. Le candidat peut en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé. La durée de validité du formulaire d'adhésion est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, le candidat doit remplir un nouveau formulaire.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré entraînera la nullité du contrat, conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances.**

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

-> **accepter le candidat**

\* **sans réserve** : l'acceptation vaut pour tous les risques couverts.

Cette acceptation est notifiée à l'assuré par le Prêteur dans son offre de prêt.

Lorsque l'offre de prêt est émise sous condition suspensive de l'accord de l'Assureur, l'acceptation est alors notifiée par le Prêteur au candidat à l'assurance par courrier.

\* **avec réserve** : L'admission dans l'assurance est prononcée en excluant

- certaines pathologies : l'acceptation dans l'assurance et les pathologies exclues sont alors notifiées par l'Assureur au candidat à l'assurance par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception,

ou

- certaines garanties : l'acceptation dans l'assurance et les risques couverts sont alors notifiés par le Prêteur au candidat à l'assurance directement dans l'offre de prêt.

-> **ne pas accepter l'adhésion dans l'assurance** au titre du présent contrat :

Cette décision est notifiée par courrier adressé au candidat à l'assurance et déclenche automatiquement pour l'Assureur une étude dans le cadre d'un contrat spécifique conformément aux engagements résultant de la Convention "AERAS". La durée de validité de la décision rendue par l'Assureur est de 6 mois à compter de sa date de communication au Prêteur. La date de prise d'effet des garanties doit intervenir durant cette période ; à défaut, le renouvellement des formalités d'admission est nécessaire.

L'admission dans l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un financement déterminé et aux conditions initiales de ce financement que le prêt soit à taux fixe ou à taux variable. Une autre opération d'emprunt ou une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert nécessitent un renouvellement de la procédure d'admission, sauf lorsque la modification intervient dans le cadre de réaménagements des prêts négociés entre le Prêteur et l'Assuré ou dans le cadre d'une procédure de surendettement des particuliers.

En cas de réaménagement d'un prêt négocié entre le Prêteur et l'Assuré, le report de durée ne doit pas excéder 5 ans ou le capital garanti ne doit pas augmenter de plus de 12 800 euros. Il est précisé que 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 médicales d'entrée.

**Si une évolution de l'état de santé du candidat survient avant la prise d'effet des garanties et modifie les réponses portées sur le formulaire d'adhésion à l'assurance signé lors de la demande d'adhésion, le candidat est tenu d'en informer l'Assureur sous peine de nullité de l'assurance (art. L 113-8 du Code des Assurances).**

**Les conditions d'adhésions et les garanties sont déterminées à l'adhésion et n'évoluent pas en fonction de l'état de santé de l'Assuré après la prise d'effet des garanties.**



**L'adhésion au contrat d'assurance par un co-emprunteur au cours du crédit implique que soient réalisées de nouvelles formalités d'entrée par le co-emprunteur et éventuellement une nouvelle tarification, après étude par l'Assureur. Les caractéristiques du prêt d'origine et la quotité assurée de l'Assuré initial restent identiques (même si elle est égale à 100%).**

### **3. CONCLUSION DE L'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES**

#### **3.1 Conclusion de l'adhésion**

L'adhésion au contrat d'assurance a lieu, selon les processus d'adhésion et la nature du crédit, à :

- la date de réception, par l'Assuré de l'offre de prêt
- la date de réception, par l'Assuré, du courrier d'ouverture du compte, mentionnant le point de départ du délai de renonciation
- la date d'acceptation des restrictions par l'Assuré
- la date de signature du bordereau d'acceptation des conditions d'assurance par l'Assuré
- la date de signature de l'acte de prêt par l'Assuré
- la date d'acceptation par l'Assuré de l'offre de prêt

#### **3.2 Prise d'effet des garanties**

Sous réserve de l'encaissement effectif de la 1ère cotisation par l'Assureur, les garanties prennent effet :

- en cas de vente en face à face : à la date d'ouverture du compte telle que définie dans l'offre de prêt.  
Le décès accidentel est toutefois garanti, une fois le formulaire d'adhésion à l'assurance signé par le candidat, s'il survient entre la date d'émission par le Prêteur de l'offre de prêt et la date de prise d'effet des garanties. Cette couverture est en tout état de fait limitée à la durée de validité du formulaire d'adhésion à l'assurance (3 mois).
- en cas de vente à distance ou de démarchage : à l'expiration d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus ou à la date d'acceptation de l'offre de prêt si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de conclusion de l'adhésion à la convention d'assurance collective n°2156/485-2

### **4. DUREE DES GARANTIES**

**Les garanties cessent pour chaque assuré :**

- en ce qui concerne la garantie provisoire Décès d'origine accidentelle : de plein droit trois mois après la signature du formulaire d'adhésion, et en tout état de cause au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement,
- au terme contractuel du prêt (y compris l'allongement prévu dans le contrat de prêt si sa durée n'excède pas 5 ans),
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Assuré,
- en cas de remboursement total anticipé du prêt,
- en cas de non-paiement des primes après mise en demeure de payer par lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des Assurances,
- en cas de résiliation de l'engagement de caution, avec l'accord du Prêteur,
- à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA lorsqu'elle donne lieu au versement de la prestation,
- en outre pour la garantie Décès, au 80ème anniversaire de l'assuré
- en outre pour la garantie PTIA, au 65ème anniversaire de l'assuré,
- en outre pour la garantie ITT :
  - \* au 65ème anniversaire de l'assuré / 60ème anniversaire de l'assuré pour les assurés sans profession
  - \* au départ à la retraite ou préretraite de l'assuré, sauf pour raisons médicales

### **5. LIMITATION DES GARANTIES**

**L'encours des capitaux garantis sur la tête d'un assuré pour l'ensemble des prêts couverts au titre du présent contrat est limité à 1 120 000 euros.**

Pour les financements supérieurs à ce plafond, les prestations sont calculées proportionnellement au ratio : Capital garanti du prêt / Capital initial emprunté du prêt.

Pour les financements dont la mise en place a eu pour incidence de porter la somme des capitaux garantis au-delà du plafond, les prestations sont calculées proportionnellement au ratio : Capital garanti du nouveau prêt / Capital initial emprunté du nouveau prêt.

Le capital garanti du nouveau prêt est égal au plafond moins la somme des dettes non exigibles assurées sur les précédents financements, calculée à la date de prise d'effet de l'assurance sur le ou les nouveau(x) prêt(s).

Lorsque la quotité d'assurance est inférieure à 100%, le même raisonnement s'applique en tenant compte de ce paramètre supplémentaire.

Les remboursements de l'Assureur sont imputés en priorité aux prêts les plus anciens. En tout état de cause, les prestations de l'Assureur ne pourront excéder le montant de la dette de l'Assuré au titre du ou des prêt(s) garanti(s). En cas de remboursement anticipé partiel, le nouveau capital garanti - donc la nouvelle assiette de prime - tiendra compte du capital remboursé par anticipation ainsi que de la quotité assurée.

## 6. GARANTIES

Sous réserve des cas d'exclusion précisés à l'article 7 et de la décision de prise en charge de l'Assureur, les prestations indiquées ci-après sont calculées sur la base d'une quotité assurée de 100 %. Elles sont par la suite calculées, pour les risques Décès, PTIA et ITT, selon la quotité retenue par l'Assuré, dans la limite des plafonds de garantie. **Lorsque plusieurs personnes sont garanties au titre d'un même financement, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux montants dus figurant sur l'échéancier du contrat de prêt garanti.**

Le recours à la garantie ITT n'exonère jamais l'Assuré du paiement de ses primes d'assurance ni des frais de tenue de compte dus au titre du crédit.

### 6.1 DECES

En cas de décès d'un assuré avant son 80ème anniversaire, l'Assureur rembourse, en fonction de la quotité du prêt garanti sur la tête de cette personne :

- > pour les prêts amortissables ou pour les prêts avec un différé d'amortissement durant la phase d'amortissement : le montant de la dette non exigible figurant sur l'échéancier du contrat de prêt arrêté au lendemain du décès, et les intérêts courus jusqu'à cette date.
- > pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital seulement durant cette phase de différé : le montant initial du prêt et les intérêts courus depuis la dernière échéance d'intérêts jusqu'au lendemain du décès.
- > pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital et intérêts durant cette phase de différé : le montant initial du prêt et les intérêts courus jusqu'au lendemain du décès.

Les sommes reportées au titre de la garantie Report Chômage souscrite par l'Assuré et non encore récupérées au jour du décès de l'Assuré sont incluses dans la dette non exigible.

### JUSTIFICATIFS.

Il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, dans les jours qui suivent la survenance du décès et au plus tard dans un délai de deux ans après le décès, sous peine de prescription, conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances :

- > un extrait d'acte de décès.
- > un certificat médical, élaboré par l'Assureur et mis à disposition par le Prêteur, indiquant en particulier si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle, et d'autre part si le décès est dû à un risque exclu.

L'Assureur se réserve le droit de demander tout justificatif complémentaire destiné à établir les droits à garantie et prestation de l'assuré.

Pour les Assurés ressortissants de pays non francophones, l'Assureur peut le cas échéant subordonner sa décision à une traduction française certifiée par un membre de la représentation légale français dans le pays d'origine des documents établis en langue étrangère.

### 6.2 PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

**Les Pertes Totales et Irréversibles d'Autonomie dont la date de survenance reconnue par l'Assureur se situe pendant les 360 premiers jours qui suivent la date de prise d'effet de la garantie (période de carence) ne sont pas couvertes, sauf lorsqu'elles résultent d'un accident survenant durant cette même période.**

**La date de survenance du sinistre reconnue par l'Assureur doit se situer avant son 65ème anniversaire.**

De plus, pour la mise en oeuvre de la garantie PTIA d'une caution de personne physique, il appartient au Prêteur d'établir que celle-ci assumait effectivement le règlement des échéances du prêt, en lieu et place du ou des Assuré(s), de façon constante depuis au moins 6 mois, ayant été appelée en garantie par le Prêteur en raison de la défaillance constatée du (des) emprunteur(s).



Le versement des prestations est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de survenance du sinistre. Ces prestations sont identiques à celles mentionnées à l'article 6.1 relatif au risque Décès. L'assuré pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 6.3 peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA, s'il vient à en remplir les conditions. Toutefois la part en capital des prestations ITT qui aura été versée postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA sera imputée sur la dette non exigible à cette date. La part des prestations ITT correspondant à des intérêts restera acquise au Prêteur.

#### **JUSTIFICATIFS**

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, dans les jours qui suivent la date de constatation médicale de l'état de PTIA et au plus tard dans un délai de 2 ans à compter de la constatation médicale de l'état de PTIA, faute de quoi les prestations garanties seront calculées au plus tôt à la date de réception du dossier par l'Assureur sous réserve que l'âge de fin des garanties ne soit pas dépassé au jour de réception du dossier, toutes informations de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestation et notamment les éléments suivants :

-> une attestation préétablie par l'Assureur et mise à disposition par le Prêteur, remplie par le médecin et l'Assuré, et valant certificat médical.

En cas de refus du médecin d'utiliser le document de l'Assureur, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant :

\* *qu'il est inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit,*

\* *que son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer),*

\* *la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif, et la nature de la maladie ou de l'accident à l'origine de la PTIA.*

-> Si l'Assuré est ASSURE SOCIAL, joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation médicale de la nécessité d'une tierce personne.

-> En cas de PTIA accidentelle, joindre tout document précisant l'origine et les circonstances du sinistre, notamment rapport de gendarmerie.

-> En outre pour la mise en oeuvre de la garantie PTIA d'une caution de personne physique, il convient de transmettre copie des documents justifiant que celle-ci assumait effectivement le règlement des échéances du prêt, en lieu et place du ou des emprunteur(s) assuré(s), de façon constante depuis au moins 6 mois, ayant été appelée en garantie par le Prêteur en raison de la défaillance constatée du (des) emprunteur(s).

L'Assureur se réserve le droit de demander tout justificatif complémentaire destiné à établir les droits à garantie et prestation de l'Assuré.

Pour les Assurés ressortissants de pays non francophones, l'Assureur peut le cas échéant subordonner sa décision à une traduction française certifiée par un membre de la représentation légale français dans le pays d'origine des documents établis en langue étrangère.

#### **6.3 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)**

**Les Incapacités Temporaires Totales de travail dont la date de survenance reconnue par l'Assureur se situe pendant les 360 premiers jours qui suivent la date de prise d'effet de l'assurance (période de carence) ne sont pas couvertes, sauf lorsqu'elles résultent d'un accident survenant durant cette même période.**

Toutefois, les Incapacités Temporaires Totales de Travail résultant d'une des affections listées ci-après :

- accident vasculaire cérébral invalidant
- aplasie médullaire
- cirrhose du foie décompensée
- spondylarthrite ankylosante grave
- tuberculose active
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
- recto-colite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques invalidante
- diabète gras de la maturité
- infarctus du myocarde
- maladie de Parkinson
- paraplégie
- périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave

dont le premier symptôme est apparu durant les 360 premiers jours d'assurance sont couvertes dans le cadre du présent contrat.

#### DELAI DE FRANCHISE ET CONDITIONS DE PRIS EN CHARGE

Le délai de franchise est de 90 jours continus d'Incapacité Temporaire Totale de travail. Une fois la période de franchise écoulée, l'Assuré devra attester d'une d'Incapacité Temporaire Totale de travail et le cas échéant, l'Assureur prendra en charge rétroactivement les remboursements mensuels afférents à l'emprunt à partir du 91ème jour d'ITT.

La mise en jeu de la garantie ITT à ce titre est conditionnée par :

- l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre pour les *Travailleurs Non Salariés*
  - l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre ou, pour les demandeurs d'emploi à la veille du licenciement, pour les *Salariés de droit privé*
  - l'exercice d'une activité professionnelle dans la fonction publique à la date du sinistre pour les *Fonctionnaires*
- L'affiliation sociale d'un fonctionnaire en position de détachement ou de disponibilité est appréciée selon sa situation professionnelle à la date du sinistre : Travailleur Non Salarié, Salarié de droit privé ou Sans profession.  
Quant aux personnes sans profession, elles doivent être âgées de moins de 60 ans à la date du sinistre.

Outre les conditions ci-dessus, s'il est assuré social, il doit bénéficier de prestations en espèces de l'organisme de protection sociale dont il dépend telles que :

- indemnités journalières maladie ou accident,
- prestations statutaires en application du statut de la fonction publique.

S'il se trouve en invalidité :

- pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du Code de la Sécurité Sociale,
  - pension de retraite pour invalidité,
  - rente d'accident du travail et maladies professionnelles pour un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 %.
- Ceci est une condition nécessaire à l'étude du dossier mais non suffisante pour apprécier la réalisation du risque.

#### PRESTATIONS SERVIES

La quotité souscrite est appliquée au taux de prise en charge défini ci-dessous pour une quotité de 100%.

La prise en charge s'effectue, à l'issue du délai de franchise défini ci-dessus, au prorata du nombre de jours d'incapacité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur.

L'Assureur règle au Prêteur les prestations suivantes :

-> Prêts amortissables ou prêts comportant un différé d'amortissement, durant la phase d'amortissement :

100 % des échéances en capital et intérêts,

-> Prêts comportant un différé d'amortissement en capital seulement, durant cette phase de différé :

100 % des échéances en intérêts seulement.

L'Assuré ne dispose pas de la faculté de choisir le taux de prise en charge et est systématiquement couvert à hauteur de 100 %

**Cette prise en charge cesse en cas de reprise même partielle d'une activité professionnelle (ou non professionnelle pour les Assurés sans profession de moins de 60 ans).**



Une rechute survenant plus de 90 jours après une reprise d'activité professionnelle sera considérée comme un nouvel arrêt de travail. En conséquence, la période de franchise de 90 jours sera de nouveau appliquée.  
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 ou égale à 90 jours, celle-ci ne sera pas considérée comme un nouvel arrêt de travail. En conséquence, il ne sera pas fait application de la période de franchise de 90 jours.

**Les prêts comportant un différé d'amortissement en capital et en intérêts ne donnent lieu à aucune prise en charge au titre de l'ITT durant la phase de différé.**

**La prise en charge ne pourra excéder 6 mensualités dans les cas suivants : les atteintes disco-vertébrales et leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale dans les 6 mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail, les troubles anxio-dépressifs, psychiques, neuropsychiques, la spasmophilie et leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'hospitalisation de plus de 30 jours continus dans les 6 mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail.** Les droits sont reconstitués 2 ans après la dernière prise en charge.

A compter de la consolidation de l'état de santé de l'Assuré ou si 3 ans se sont écoulés depuis le début de l'arrêt de travail, le Médecin Conseil de l'Assureur apprécie l'état de santé de l'Assuré et détermine le taux d'incapacité. De cette appréciation dépend le maintien ou non de l'indemnisation. Ainsi, à l'issue de l'examen pratiqué par le Médecin Conseil de l'Assureur ou par l'expert désigné à cet effet par ce dernier :

- si le taux d'incapacité de travail est supérieur à 66% c'est-à-dire si l'Assuré est considéré comme étant en Invalidité Permanente et Totale (IPT), les indemnités sont maintenues ;
- si le taux d'incapacité de travail est inférieur à 66% c'est-à-dire si l'Assuré n'est pas considéré comme étant en Invalidité Permanente et Totale (IPT), les indemnités sont supprimées.

Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs exigés ci-dessous et, le cas échéant, au résultat d'un contrôle médical. L'Assureur se réserve le droit d'effectuer à ses frais, pendant toute la durée de l'incapacité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin chargé d'apprécier l'état d'ITT et dont les conclusions peuvent conduire à une cessation de la prise en charge par l'Assureur.

Si après l'un de ces contrôles la décision de l'Assureur est contestée par l'intéressé, une procédure de conciliation peut être proposée par l'Assureur selon les modalités prévues à l'article 11.

En tout état de cause les prestations cessent pour chaque assuré dans les cas et aux âges prévus à l'article 4.

*Pour tout prêt permettant la modulation d'échéance laissée à l'initiative de l'emprunteur :*

- il n'est pas tenu compte des éventuelles augmentations d'échéance à l'initiative de l'Assuré depuis la survenance du sinistre,
- lors d'une demande de prise en charge, il n'est tenu compte de la dernière augmentation d'échéance à l'initiative de l'Assuré intervenue avant la survenance du sinistre que dans la limite de 30% du montant de l'échéance précédant l'augmentation. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas si cette augmentation est d'un montant égal à l'échéance d'un crédit immobilier participant au financement de l'opération et survient à la fin du remboursement de ce crédit,
- si l'intervalle entre deux périodes de prise en charge est inférieur ou égal à douze mois, il n'est tenu compte d'aucune augmentation d'échéance à l'initiative de l'Assuré depuis le précédent sinistre.

Dans le cas de prêts à taux révisable, le montant de prestation tient toujours compte de la variation du taux d'intérêt, dans la limite du plafond défini à l'article 5.

Les arrêts d'activité pendant la grossesse ou après accouchement ne seront pris en charge au titre de l'ITT qu'en dehors de la période du congé légal de maternité, même en cas de "grossesse pathologique". Si l'arrêt d'activité se prolonge au-delà de la date d'expiration du congé légal, il donne lieu dans tous les cas à l'application du délai de franchise, décompté à partir du lendemain de cette date d'expiration.

Pour les Assurées "Travailleurs Non Salariés", "Fonctionnaires" et "Sans profession", la période de congé de maternité est décomptée par assimilation à la période de congé légal de maternité du régime général de la Sécurité Sociale applicable aux assurées sociales salariées.

L'Assuré qui bénéficie de prestations en espèces d'un organisme de protection sociale ou de l'administration qui l'emploie, cesse d'être pris en charge du seul fait qu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de ces prestations, ou qu'il bénéficie de prestations assimilables à une pension d'invalidité de 1ère catégorie de la Sécurité Sociale.

La prise en charge cesse également au moment où, après contrôle médical, l'Assuré est reconnu capable de reprendre une activité professionnelle quelconque, même à temps partiel. De la même façon, les prestations Sécurité Sociale attestant d'une incapacité partielle notamment mi-temps thérapeutique entraînent la cessation de la prise en charge.

## JUSTIFICATIFS

Les demandes de prestations doivent être formulées et justifiées par l'assuré au Prêteur, à l'issue du délai de franchise, et au plus tard dans un délai de 90 jours suivant cette date. A défaut de respect de ce délai, la date de prise en charge pour l'évaluation et la mise en oeuvre des prestations est celle de la réception de la demande de prestations par l'Assureur. Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur toutes informations de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestation et notamment les éléments suivants :

- \* une attestation préétablie par l'Assureur et mise à disposition par le Prêteur, remplie par le médecin et l'Assuré, et valant certificat médical.
- \* en cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant :
  - la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT,
  - le point de départ de la maladie ou de l'accident
  - la durée probable de l'incapacité

- > Si l'Assuré est ASSURE SOCIAL, joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus : un document délivré par l'organisme de protection sociale dont il dépend ou une attestation du service du personnel de l'administration si l'Assuré perçoit les prestations statutaires ou notification de prise en charge de mise en retraite pour Invalidité, justifiant le versement des prestations définies ci-dessus.
- > Si l'Assuré N'EST pas assuré social, joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus, toute pièce justifiant de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.
- > Si l'Assuré est sans profession et âgé de moins de 60 ans, joindre un certificat médical précisant que l'assuré est dans l'impossibilité absolue de reprendre, même à temps partiel, toute activité quotidienne non rémunérée exercée habituellement.

**Les justificatifs de l'état d'ITT doivent être renouvelés tous les trois mois faute de quoi les prestations cessent d'être versées par l'Assureur à la date du dernier jour de la dernière période justifiée.**

L'Assureur se réserve le droit de demander tout justificatif complémentaire destiné à établir les droits à garantie et prestation de l'assuré.

Pour les assurés ressortissants de pays non francophones, l'Assureur peut le cas échéant subordonner sa décision à une traduction française certifiée par un membre de la représentation légale français dans le pays d'origine des documents établis en langue étrangère.

## 7. RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne sont pas couverts :

- le suicide de l'assuré dans la première année d'assurance.

Toutefois pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année dans la limite d'un plafond de 120.000 euros.

- les exclusions visées à l'article L 113-1 du Code des Assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires),
- les conséquences du fait de guerres, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'assuré y prend une part active sauf cas de légitime défense ou accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids ou rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les conséquences de vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- les conséquences de vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parapente et parachute ascensionnel,
- les vols d'essai, vols sur prototype, tentatives de records,
- les sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome.

## 8. PAIEMENT DES PRIMES

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une prime annuelle fractionnable telle que définie dans l'offre de crédit, assise sur le capital initial jusqu'au 70ème anniversaire, puis sur la dette non exigible à compter du 70ème anniversaire (au taux de 3,48 %)



Le taux de prime est automatiquement doublé dès que l'assuré atteint 60 ans.

L'Assuré âgé de moins de 35 ans à la date de la demande d'adhésion est assuré moyennant paiement d'une prime à un taux initial bénéficiant d'une minoration de 50% pendant les 5 premières années d'assurance.  
L'adhésion aux garanties décès, PTIA, ITT implique le paiement de la prime complète jusqu'à la cessation de la garantie décès.

En cas de remboursement anticipé partiel, l'assiette de prime est recalculée pour tenir compte du remboursement à compter de l'échéance suivante.

Les primes sont payables par prélèvement aux mêmes dates et selon la même périodicité que le remboursement du prêt.

## 9. FACULTE DE RENONCIATION

### - En cas de démarchage (article L.112-9 du Code des assurances) :

"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Le jour de la conclusion du contrat mentionné ci-dessus correspond à la date d'adhésion au contrat telle que définie à l'article 3.1 de la présente Notice.

Modèle de lettre : "Je soussigné (M. /Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N°

Le (date) Signature"

L'Assureur rembourse à l'Assuré l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de la réception de cette lettre, le contrat et les garanties prennent fin.

- **En cas de vente à distance**, l'Assuré bénéficie de la faculté de renonciation, selon les modalités ci-dessus.

## 10. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, *"Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance"*.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° 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.*

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances : *"La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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."*

## 11. PROCEDURE 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 l'année qui suit le contrôle médical.

La demande de l'Assuré, formulée par écrit, doit indiquer qu'il sollicite la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin qu'il désignera pour le représenter. Ce certificat doit détailler l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date. La demande de l'Assuré doit en outre mentionner qu'il accepte les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après. Cette lettre, destinée à l'Assureur, doit parvenir à celui-ci dans un délai de 90 jours qui suivent le contrôle médical pour permettre la mise en place de cette procédure.

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

Si cet accord n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son médecin conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers expert. A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure de conciliation prend fin.

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

L'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin. Selon l'issue de la conciliation, les frais et honoraires du médecin tiers expert restent à la charge de la partie perdante.

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

## 12. TERRITORIALITE DU CONTRAT

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

**Les garanties PTIA et ITT n'interviennent pas lorsqu'elles résultent de maladies ou d'accidents frappant un assuré ne résidant pas sur le sol français, ou un assuré résidant sur le sol français mais séjournant temporairement hors de France.**

Pour ces derniers la mise en jeu des garanties est toutefois possible, au retour de l'assuré, dans les conditions suivantes :

- la prestation PTIA sera calculée sur la base du capital restant du arrêté au plus tôt au jour de constatation médicale de l'état de santé de l'assuré, par l'Assureur, sur le sol français.
- le service des prestations ITT est subordonné à la présence de l'assuré sur le sol français. Le début du décompte du délai de franchise précédant la mise en jeu de la garantie se situera au plus tôt au jour de la constatation médicale, par l'Assureur, de l'état de santé de l'assuré sur le sol français.

## 13. GENERALITES

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français (article L112-3 du Code des assurances). Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises. Les frais d'envois postaux sont à la charge de l'Assuré.

## 14. RECLAMATION - MEDIATION

Toute réclamation concernant l'assurance peut être exercée à l'adresse des bureaux de BNP Paribas Personal Finance - Service Consommateurs - 29, Avenue Georges Pompidou - 92595 Levallois Perret Cedex. En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, l'assuré peut solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), personne indépendante de l'Assureur, sans préjudice pour l'Assuré d'exercer une action en justice. Les conditions d'accès à ce médiateur sont disponibles sur simple demande à l'adresse des bureaux de l'Assureur.

CARDIF Assurance Vie et CARDIF-Assurances Risques Divers  
Service Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance  
8, rue du port  
92728 Nanterre Cedex

L'Organisme Prêteur et l'Assuré bénéficient au titre du présent contrat du Fonds de Garantie des assureurs de personnes, dans les limites de la réglementation applicable.

Autorité chargée du contrôle de l'Assureur :  
L'Autorité de Contrôle Prudentiel  
61, rue Taitbout - 75009 Paris

## 15. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Dans le cadre de la relation d'assurance, l'Assureur est amenée à recueillir auprès de l'Assuré des données personnelles protégées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. 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(s) collecte(s). Le responsable du traitement de ces données personnelles est l'Assureur qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect du secret médical : gestion de la relation d'assurance, animation commerciale et études statistiques, enquêtes et sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent. A ce titre, l'Assuré est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

- aux établissements et sous-traitants liés contractuellement à l'Assureur pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;
- aux partenaires commerciaux de l'Assureur qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par l'Assuré aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de l'Assuré ou de l'Assureur
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à l'Assureur,
- vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite.

L'Assuré accepte que ses conversations téléphoniques avec un conseiller puissent être écoutées et enregistrées à des fins d'amélioration de la qualité de service et de la formation des conseillers

Enfin, toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude. L'ensemble de ces données peut donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

A cet effet, l'Assuré peut obtenir une copie des données personnelles le concernant en s'adressant à CARDIF Assurance Vie et CARDIF - Assurances Risques Divers - Service Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du port 92728 Nanterre Cedex, en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

Cardif Assurance Vie SA au capital de 625 756 496 euros 732 028 154 RCS Paris et Cardif-Assurances Risques Divers SA au capital de 14 784 000 euros 308 896 547 RCS Paris dont le siège social est au 1, bd Haussmann 75009 Paris. Entreprises régies par le Code des Assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel - 61 rue Taitbout 75009 Paris.

