

L'assureur de toute une vie

Contrat d'assurance en couverture de prêts immobiliers n° 9882 R souscrit auprès de CNP Assurances, CNP IAM et Natixis Assurances Partenaires, dénommées "l'Assureur", par BPCE, dénommée "le Souscripteur", pour le compte du réseau des Caisses d'Epargne et de leurs filiales, dénommées "le Prêteur". Ce contrat est co-assuré par CNP Assurances pour une quote part de 95% et par Natixis Assurances Partenaires pour une quote part de 5%. CNP Assurances est apériture, dénommé "l'Assureur" du contrat et représente Natixis Assurances Partenaires pour l'ensemble des opérations effectuées sur ce contrat.

**Ce contrat relève des branches 1, 2 et 20 du code des assurances.
Ce contrat est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur.**

DÉFINITIONS

Pour l'exécution du présent contrat, les définitions suivantes sont retenues :

Prêteur : est ainsi dénommée la banque qui a consenti le prêt.

Emprunteur : est ainsi dénommée, toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance groupe et n'ayant pas encore signé la rubrique « CONDITIONS D'ADMISSION » du bulletin individuel de demande d'adhésion ; il s'agit des emprunteurs, des coemprunteurs et de leurs cautions.

Assuré : est ainsi dénommé, tout emprunteur dont au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.

Accident : l'Accident s'entend de toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Délai de franchise : période durant laquelle l'Assureur ne verse pas de prestations.

Sans activité professionnelle : est ainsi considérée, toute personne qui est sans profession, ainsi que les personnes en retraite ou pré-retraite quelle qu'en soit la cause. Néanmoins une personne en retraite ou pré-retraite qui exerce une activité salariée ne relève pas de cette catégorie.

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de garantir, suivant le type de prêts, les Assurés contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité Totale et Définitive (ITD) et d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT).

ARTICLE 2 - INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

2.1 - Le contrat n° 9882R est souscrit par BPCE, dénommée "le Souscripteur" pour le compte du réseau des Caisses d'Epargne et de leurs filiales auprès de CNP Assurances, Société anonyme au capital de 643 500 175 € entièrement libéré - RCS Paris - 341 737 062, et CNP IAM, Société anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré - RCS Paris 383 024 189 - siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15 - Entreprises régies par le code des assurances, et par Natixis Assurances Partenaires, S.A. au capital de 20 400 000 € - 349 004 341 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances - Siège social : 30 avenue Pierre Mendès-France 75 013 Paris.

L'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), 61 rue Taibout - 75009 Paris, est chargée du contrôle de l'Assureur.

2.2 - Les modalités de calcul de primes sont indiquées à l'article **22 PRIMES** de la notice.

2.3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article **11.2 DUREE DE L'ADHESION**. Les garanties de l'adhésion sont mentionnées aux articles **17.1 DECES, 17.2 PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, 17.3 INVALIDITE TOTALE ET DEFINITIVE, et 17.4 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL**.

Les exclusions au contrat n° 9882R sont mentionnées à l'article **15 RISQUES EXCLUS**.

2.4 - L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement joint.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article **11.1 DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION** et article **12 DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES**.

L'adhésion au contrat n° 9882R s'effectuera selon les modalités décrites à l'article **8 FORMALITES D'ADHESION**. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article **23 CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES**. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge du (des) Emprunteur(s). Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) Emprunteur(s) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

2.5 - Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article **14 DROIT A RENONCIATION**. En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'Emprunteur doit acquitter un premier versement de prime au moins égal au versement initial minimum.

2.6 - Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Emprunteur sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.

2.7 - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article **24 RECLAMATION ET MEDIATION** de la notice.

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - article L423-1 du code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

ARTICLE 3 - PRÊTS ASSURABLES

Le présent contrat couvre les prêts immobiliers consentis par le Prêteur, y compris les prêts dont les caractéristiques sont les suivantes :

- > les prêts accordés solidairement avec un autre établissement,
- > les nouveaux prêts que le Prêteur pourrait être amené à proposer à sa clientèle ou à ses salariés sous réserve d'un accord préalable de l'Assureur sur les conditions d'assurance,
- > les crédits travaux.

Les prêts personnels et crédits à la consommation dits « Crédits pour Objets Divers » peuvent être couverts par le présent contrat quel qu'en soit le montant.

Ce contrat couvre également les prêts personnels et crédits à la consommation d'un montant supérieur à 21 500 euros.

Sous réserve de la décision de l'Assureur, les garanties sont accordées selon la nature du prêt, la qualité de l'Emprunteur et le choix porté sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

Prêts amortissables (hors prêts à taux 0%) :

Salariés, Non salariés, fonctionnaires ou assimilés, sans activité professionnelle : Décès/PTIA/ITT
Investisseurs locatifs : Décès/PTIA ou Décès/ITD

Prêts à taux 0% :

Tous emprunteurs : Décès/PTIA/ITT

Prêts "in fine" :

Tous emprunteurs : Décès/PTIA/ITD ou Décès/PTIA

Prêts relais d'une durée inférieure ou égale à 24 mois :

Tous emprunteurs : Décès/PTIA

Non résidents :

Tous emprunteurs : Décès seul

ARTICLE 4 - BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire de l'assurance, à l'exclusion de la garantie ITT, est le Prêteur, désigné sur le bulletin individuel de demande d'adhésion, qui a consenti le prêt. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues par l'Assuré, fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du contrat de prêt transmis par le Prêteur.

L'Assuré est bénéficiaire des prestations ITT, qui lui sont versées par l'intermédiaire du Prêteur.

ARTICLE 5 - POPULATION ASSURABLE

Peuvent adhérer au présent contrat :

- > les personnes résidant en France au moins 6 mois par an,
- > les personnes non résidentes en France sont assurables en décès seul : il s'agit des personnes qui ne résident pas en France, ou qui résident en France moins de 6 mois par an, et qui sont ressortissantes :
 - de la France (expatriés),
 - de l'un des pays suivants : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Islande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie,
 - des Etats-Unis d'Amérique ou du Canada.

Nota : la qualité de résident ou de non résident s'apprécie selon la situation de l'Emprunteur au jour du déblocage des fonds.

Sont assurables dans le cadre du présent contrat :

- l'emprunteur, ses co-emprunteurs et les cautions de personnes morales qui bénéficient de prêts définis à l'article 3,
- les cautions de personnes physiques.

La faculté d'adhésion est réservée aux personnes âgées de moins de 65 ans (date anniversaire de naissance), au jour de la signature de la demande d'adhésion.

ARTICLE 6 - MONTANT MAXIMUM GARANTI

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré est fixé à 1 200 000 euros, quels que soient le nombre de prêts consentis par le Prêteur, en prenant en compte la quotité assurée. L'encours est égal au capital garanti par l'Assureur sur la tête de l'Assuré au jour de l'adhésion au titre de l'ensemble de ses prêts consentis par le Prêteur et assurés par CNP Assurances.

ARTICLE 7 - RÉPARTITION DE L'ASSURANCE SUR LA TÊTE DES EMPRUNTEURS

L'assurance repose sur la tête de chaque Assuré selon la quotité indiquée par chacun sur le bulletin individuel de demande d'adhésion, par tranche de 1% à 100%, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

La quotité d'assurance retenue s'applique à l'ensemble des risques couverts.

En cas de **modification des quotités en cours d'assurance**, les Assurés dont les garanties sont augmentées doivent renouveler les formalités d'adhésion définies à l'article 8.

ARTICLE 8 - FORMALITÉS D'ADHESION

L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent, au moment de la demande de prêt, ou en cours de vie du prêt à la demande d'un nouveau coemprunteur ou d'une nouvelle caution ou en cas de changement de quotité. Elles comportent un bulletin individuel de demande d'adhésion à l'assurance et un questionnaire de santé qui doivent être intégralement renseignés et signés par l'Emprunteur. Le questionnaire peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir.

Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'examen médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais où l'Emprunteur peut se faire assister du médecin de son choix. L'Emprunteur peut en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, l'Emprunteur doit remplir un nouveau questionnaire.

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

Toutefois, si une évolution de l'état de santé de l'Emprunteur survient durant le délai de 3 mois et avant la date de conclusion de l'adhésion, et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, l'Emprunteur est tenu de renouveler les formalités d'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion et les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts, et ce, conformément à l'article L113-8 du code des assurances.

ARTICLE 9 - DÉCISION DE L'ASSUREUR

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

- Accepter l'Emprunteur. Cette acceptation peut être donnée :

- **sans réserve** : elle vaut pour tous les risques couverts
- **avec réserve** : elle exclut certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises.

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

- Refuser à l'Emprunteur le bénéfice de l'assurance au titre du présent contrat. Cette décision déclenche automatiquement et dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude du dossier dans un contrat de 2^{ème} niveau. Si à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier sera examiné (sous condition d'âge et de montant emprunté) par un 3^{ème} niveau national.

Notification de la décision de l'Assureur :

La décision de l'Assureur est notifiée par écrit à l'Emprunteur qui donne son accord exprès sur cette décision au Prêteur.

La décision de l'Assureur est valable 6 mois. Si au terme de ce délai, l'offre de prêt n'a pas été signée, les formalités d'adhésion à l'assurance devront être renouvelées.

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

Une autre opération d'emprunt nécessite un renouvellement de la procédure d'adhésion.

Une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert nécessite un renouvellement de la procédure d'adhésion lorsque la modification a pour effet d'augmenter le capital restant dû de plus de 10 % et d'au moins 4 500 euros, ou lorsque la durée d'amortissement du prêt est prolongée de plus de 5 ans.

ARTICLE 10 - TERRITORIALITÉ DU CONTRAT

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

Les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Totale et Définitive (ITD) et Incapacité Temporaire Totale de travail (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 sur le sol français, dans les conditions suivantes :

- la prestation Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou Invalidité Totale et Définitive (ITD) sera calculée sur la base du capital restant dû au tableau d'amortissement ou à l'échéancier du contrat de prêt, arrêté au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Assureur sur le sol français,

- la prestation Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) est subordonnée à la présence de l'Assuré sur le sol français. Le point de départ du délai de franchise se situera au plus tôt au jour de la constatation médicale par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français.

ARTICLE 11 - DATE DE CONCLUSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

11.1 - Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue sous réserve du paiement de la première prime d'assurance, à la date de signature par l'Emprunteur de la notification des conditions d'acceptation par l'Assureur.

11.2 - Durée de l'adhésion

Elle est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 13.

Par ailleurs, l'Assuré dispose d'une faculté annuelle de résiliation, sous réserve d'adresser une lettre recommandée à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, au moins 2 mois avant la date d'échéance (date anniversaire de l'adhésion).

ARTICLE 12 - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Pour les prêts autres que crédits travaux :

Les garanties prennent effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- à la date de conclusion de l'adhésion,

ou,

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

Dans le cadre de la vente à distance et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, l'Emprunteur donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la plus tardive des deux dates susvisées.

Toutefois, une garantie « accident » est accordée en cas de décès ou de PTIA tous deux d'origine accidentelle, à compter du jour où l'offre de prêt est adressée par lettre ordinaire, le cachet de la poste faisant foi, jusqu'à la date de signature de cette offre par l'Emprunteur, sous réserve de la signature d'un questionnaire de santé.

Cette couverture « Accident » cesse en tout état de cause en cas de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard 3 mois après l'envoi de l'offre de prêt.

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

Pour les « crédits travaux » :

Les garanties prennent effet au jour du premier prélèvement de prime. Si le premier prélèvement de prime intervient avant le terme du délai de renonciation, l'Emprunteur donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate des garanties au jour du premier prélèvement des primes.

ARTICLE 13 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque Assuré :

1. au terme contractuel du prêt garanti,
2. en cas de non-paiement des primes selon les modalités prévues à l'article 23,
3. en cas de renégociation du contrat de prêt augmentant le capital restant dû de plus de 10% et d'au moins 4500 euros, ou prolongeant la durée d'amortissement du prêt de plus de 5 ans (hors procédures en cas de surendettement),
4. pour la caution assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord du Prêteur,
5. à la date de remboursement total anticipé du prêt qui ne donne lieu à aucun remboursement de prime,
6. à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
7. à la date de versement de la prestation en cas de décès, de PTIA ou d'ITD,
8. en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur,
9. au jour de la réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 14,

10. au jour de la réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, de la lettre de résiliation conformément à l'article 11.2.

En tout état de cause, les garanties cessent pour chaque Assuré au plus tard :

- > pour la garantie décès : au jour du 75^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- > pour la garantie provisoire Décès/PTIA consécutifs à un Accident : au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement et en tout état de cause, au plus tard trois mois après la signature des formalités d'adhésion ou de l'envoi de l'offre de prêt,
- > pour les garanties PTIA, ITD et ITT : au jour du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré sans entraîner de modification du montant des primes.

ARTICLE 14 - DROIT A RENONCIATION

La signature du bulletin individuel de demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré s'il a adhéré par vente à distance ou par démarchage. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

- Si le contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou internet). Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 121-20-11 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

Conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, pour les assurés bénéficiant des garanties décès, ITT, ITD, PTIA un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie décès seul, un délai de 30 jours calendaires révolus s'applique.

Ces délais commencent à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 11.

- Si le contrat est vendu par démarchage :

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

En vertu de l'article L 112-9 alinéa 1^{er} du code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception" pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. La date de conclusion de l'adhésion est définie à l'article 11.

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

Pour les Assurés bénéficiant des garanties décès, ITT, ITD, PTIA, un délai de 14 jours calendaires révolus s'applique.

En revanche, pour les Assurés bénéficiant de la garantie Décès seul, un délai légal de 30 jours calendaires révolus s'applique en vertu de l'article L 132-5-1 du code des assurances.

- Si le contrat est vendu en face-à-face :

Le contrat est vendu en face à face lorsque le client, n'ayant pas préalablement fait l'objet d'une sollicitation personnalisée- envoi d'un courrier ou autre-, à son domicile, son lieu de résidence ou son lieu de travail, se rend dans les locaux du professionnel de l'assurance pour adhérer au contrat.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie décès seul, le délai de renonciation est de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser à CNP Assurances (ou CNP IAM) une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant : "Je soussigné(e) M. Mme ... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 9882R que j'ai signé le à [lieu d'adhésion]. Le [date et signature]."

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec AR. Les effets sur l'adhésion varient selon le mode de commercialisation du contrat.

- Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face (et uniquement pour les assurés bénéficiant de la garantie décès seul), l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec AR.

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

ARTICLE 15 - RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur lorsqu'ils résultent des cas suivants :

- > le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- > les exclusions visées à l'article L 113-1 du code des assurances,
- > les conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active,
- > les conséquences de faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.
- > les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallies 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,
- > des vols d'essai, vols sur prototype, tentatives de records,
- > des 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'atomes.

En sus des exclusions ci-dessus, ne sont pas couverts l'Invalidité Totale et Définitive et l'Incapacité Temporaire Totale de travail qui résultent, par suite de maladie ou d'accident :

- quelle qu'en soit la cause, d'une affection psychiatrique; affection psychotique; affection névrotique; dépression nerveuse; syndrome anxio-dépressif; état dépressif; anxiété, SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus (hors hospitalisation de jour), ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, à la suite d'une affection citée dans la présente clause,
- d'une atteinte discale, vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatologie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, SAUF si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant la période d'invalidité ou d'incapacité.

Dans les 2 cas susvisés, la durée de l'hospitalisation de plus de 15 jours continus (hors hospitalisation de jour) ou l'intervention chirurgicale s'apprécie à chaque demande de prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Totale et Définitive.

ARTICLE 16 - RÈGLES DE CALCUL DES PRESTATIONS

Les prestations de l'Assureur sont déterminées selon la quotité garantie, quelle que soit la garantie mise en jeu.

Les prestations de l'Assureur n'incluront aucune échéance échue et non payée par l'Assuré préalablement au sinistre.

Lorsque plusieurs Assurés sont garantis au titre d'un même prêt immobilier, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux montants dus au titre des prêts garantis, et figurant soit sur le tableau d'amortissement, soit sur l'échéancier du contrat de prêt.

Dans le cas où l'Assuré a souscrit plusieurs prêts immobiliers couverts par l'Assureur, la prise en charge sera plafonnée au montant maximum garanti défini à l'article 6. En cas de dépassement du plafond maximum assurable, les prestations versées au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) seront réduites proportionnellement.

Pour le financement dont la mise en place a pour incidence de porter l'encours de prêts reposant sur un même Assuré au-delà du plafond de 1 200 000 euros, les prestations en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Totale et Définitive (ITD) ou Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), seront calculées, pour ce financement, proportionnellement au ratio :

Capital garanti pour ce financement

Capital initial emprunté pour ce financement pondéré par la quotité

Le capital garanti pour ce financement est égal à la différence entre 1 200 000 euros et la somme des capitaux restant dus pondérés par les quotités assurées pour les prêts réalisés antérieurement et toujours en cours à la date du sinistre.

ARTICLE 17 - DÉFINITIONS DES GARANTIES ET MONTANTS DES PRESTATIONS

Sous réserve de la décision de l'Assureur, tout ou partie des garanties est accordée selon la nature du prêt et le choix porté sur le bulletin individuel de demande d'adhésion. Les garanties sont accordées sous réserve du paiement des primes d'assurance. Les cautions, telles que précisées au bulletin individuel de demande d'adhésion, doivent avoir été actionnées au titre de leur obligation de cautions pendant plus de 6 mois à la date de survenance du sinistre PTIA, ITD ou ITT, pour demander le bénéfice des garanties.

Pour les prêts amortissables, en cas de différé total et pendant cette période de différé, le risque ITT n'est pas couvert.

17.1 DÉCÈS

Prestation garantie

En cas de décès de l'Assuré en cours d'assurance et avant son 75^{ème} anniversaire, l'Assureur verse au Prêteur en fonction de la quotité d'assurance du prêt garantie sur la tête de l'Assuré :

> Pour les prêts amortissables ou pour les prêts comportant un différé d'amortissement, durant la phase d'amortissement :

- le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement, au lendemain de l'échéance précédant immédiatement la date du décès,
- et, lorsque l'échéance est à terme échue, les intérêts contractuels (hors intérêts de retard) courus depuis cette dernière échéance jusqu'au jour du décès.

> Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital seulement, durant cette phase de différé :

- le montant initial du prêt ou le montant débloqué selon que la prime est calculée respectivement sur le capital initial ou sur le capital débloqué,
- et, lorsque l'échéance est à terme échue, les intérêts contractuels (hors intérêts de retard) courus depuis la dernière échéance d'intérêts jusqu'au jour du décès.

> Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital et intérêts ou In Fine, durant cette phase de différé :

- le montant initial du prêt ou le montant débloqué selon que la prime est calculée respectivement sur le capital initial ou sur le capital débloqué,
- les intérêts contractuels (hors intérêts de retard) courus jusqu'au jour du décès.

> Pour les prêts travaux :

- le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement, ou le montant débloqué selon que la prime est calculée respectivement sur le capital initial ou sur le capital débloqué.

L'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 17.4, peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la garantie Décès. Toutefois, les prestations ITT qui auront été versées postérieurement à la date du décès, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

17.2 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

a) Définition

Un Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsque les 3 conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit ;
- elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer ;
- la PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue avant son 65^{ème} anniversaire.

b) Prestation garantie

Le versement de la prestation est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de reconnaissance du sinistre.

La prestation versée est identique à celle définie à l'article 17.1 pour la garantie Décès. La prestation est calculée à la date de reconnaissance du risque par l'Assureur.

L'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 17.4, peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA s'il vient à en remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

17.3 INVALIDITÉ TOTALE ET DÉFINITIVE (ITD)

a) Définition

Un Assuré est en état d'Invalidité Totale et Définitive lorsque cumulativement et en cours d'assurance :

- il se trouve dans l'impossibilité totale, définitive et médicalement constatée, de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, sans que cet état nécessite pour autant l'assistance totale d'une tierce personne,
- l'ITD reconnue par l'Assureur doit être survenue avant son 65^{ème} anniversaire.

b) Prestation garantie

Le versement de la prestation est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de reconnaissance du sinistre. La prestation est calculée à la date de reconnaissance du risque par l'Assureur.

Pour les prêts in-fine, la prestation versée est égale à 50 % de la prestation prévue à l'article 17.1 en cas de décès.

Pour tous les autres types de prêts, la prestation versée est identique à celle prévue à l'article 17.1 en cas de décès.

L'Assuré déjà pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 17.4, peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de l'ITD s'il vient à en remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de l'ITD, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

17.4 INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

a) Définition

L'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) lorsqu'à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours, appelée délai de franchise, et avant son 65^{ème} anniversaire, il se trouve par suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité absolue médicalement constatée :

- pour un Assuré exerçant une activité professionnelle ou en recherche d'emploi au jour du sinistre, d'exercer une activité professionnelle quelconque à temps plein ou à temps partiel,
- pour un Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, ou chômeur dispensé de recherche d'emploi, d'exercer ses activités privées non professionnelles à temps plein ou à temps partiel.

b) Délai de franchise

Pendant la période dite délai de franchise, l'Assureur ne verse pas de prestation.

Pour l'ITT, ce délai est de 90 jours et est décompté à partir du :

- 1^{er} jour d'hospitalisation ou du jour du jugement de mise sous tutelle ou curatelle, en cas d'affection psychiatrique, psychique, neuropsychique, dont les états dépressifs quelle que soit leur nature, si elle donne lieu à prise en charge,
- jour de l'intervention chirurgicale dans le cas d'atteinte discale, vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatologie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, si elle donne lieu à prise en charge,
- 1^{er} jour d'interruption d'activité dans tous les autres cas.

Les hospitalisations de jour n'entrent pas dans le calcul du nombre de jours d'hospitalisation.

Non-application du délai de franchise en cas de rechute :

Le délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré (conformément à l'article 19.4), due à la même affection que celle qui motivait la demande précédente, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 60 jours.

c) Prestations garanties

Les prestations sont versées, au plus tôt :

- pour les non-salariés, non fonctionnaires ou assimilés, et les personnes sans activité professionnelle, après expiration du délai de franchise, soit au 91^{ème} jour suivant la date de cessation d'activité relative à l'ITT.
- pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, après expiration du délai de franchise susvisé, au plus tôt à la date où est enregistrée une perte de revenus.

Les prestations servies sont calculées en fonction de la situation professionnelle de l'Assuré au jour du sinistre.

En cas d'ITT, et pendant toute la durée de celle-ci, l'Assureur règle :

I) si l'Assuré est un travailleur non salarié, non fonctionnaire ou assimilé :

100 % du montant de l'échéance mensuelle de remboursement (prime d'assurance comprise au titre du présent contrat), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifié par l'Assuré, et de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

Pour les prêts avec différé partiel d'amortissement, les échéances retenues correspondent aux intérêts dus et aux primes d'assurance à la charge de l'Assuré au cours de la période d'ITT après application de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

II) si l'Assuré est sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi ou organismes similaires :

50 % du montant de l'échéance mensuelle de remboursement (prime d'assurance comprise au titre du présent contrat), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifié par l'Assuré et de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

Pour les prêts avec différé partiel d'amortissement, les prestations versées correspondent aux intérêts dus et aux primes d'assurance à la charge de l'Assuré au cours de la période d'ITT après application de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

III) si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé, ou perçoit des allocations versées par Pôle emploi ou organismes similaires :

La prestation mensuelle est calculée sur la base de l'échéance rapportée au mois, au prorata de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion, et dans tous les cas limitée à la perte de revenu de l'Assuré. La perte de revenu est définie comme étant la différence entre le « revenu de référence » (1) de l'Assuré avant l'arrêt de travail et son « revenu de remplacement » (2), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifié par l'Assuré.

(1) Le « revenu de référence » est défini contractuellement comme étant le revenu et les indemnités mensuels nets imposables moyens des 12 mois précédant l'arrêt de travail.

(2) Le « revenu de remplacement » est déterminé à partir de l'ensemble des indemnités dues à l'Assuré par la Sécurité Sociale ou par un organisme assimilé, par son employeur (en application de son statut, de la convention collective et des accords d'entreprise), et par les régimes de prévoyance auxquels il adhère, au titre de la période d'ITT.

Ces indemnités sont recalculées, au moment du sinistre, en prenant :

- pour principes d'indemnisation (hors assiette) ceux des régimes de base, statutaires, conventionnels et complémentaires dont l'Assuré dépend.
- pour assiette, le revenu de référence défini en (1). Ce dernier sera pris en base brute si

Exemplaire destiné à l'Assuré

les régimes indemnitaires de l'Assuré sont eux-mêmes assis sur des revenus bruts et non nets de cotisations sociales.

Actualisation : lorsque l'Assuré justifie de 3 ans consécutifs de prise en charge par l'Assureur, le revenu de référence est revu de la manière suivante :

Revenu de référence X indice* au 1^{er} janvier précédant l'actualisation
Indice* au 1^{er} janvier de l'année (n-3)

* L'indice est l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, publié par le Ministère concerné, ou tout autre indice venant s'y substituer. Il est opposable à toutes les catégories socio-professionnelles dans le présent contrat.

Attention : Dans le cas où l'Assuré a souscrit plusieurs prêts couverts par l'Assureur au titre de contrats d'assurance qui prévoient chacun un plafonnement des prestations ITT à la perte de revenus de l'Assuré, le cumul des prestations servies au titre de ces différents contrats sera en tout état de cause limité à la perte de revenu de l'Assuré. La prise en charge portera en priorité sur les prêts les plus anciens et à concurrence de la perte de revenu.

Cas particulier :

- **Modification des échéances à la hausse à l'initiative de l'Assuré, intervenue dans les 365 jours précédant la date du sinistre :** l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de l'échéance précédant l'augmentation.
- **Modification des échéances à la baisse à l'initiative de l'Assuré :** l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

ARTICLE 18 - CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS ITT

Le versement des prestations Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) cesse :

- dans les cas de cessation de la garantie visés à l'article 13 (à l'exclusion du cas visé au 2^o de l'article 13),
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en ITT tel que défini à l'article 17.4, notamment lorsque :
 - il est reconnu apte à exercer une activité même à temps partiel suite à contrôle médical,
 - pour l'Assuré social, il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement des prestations de son régime de protection sociale,
 - il bénéficie de prestations attestant d'une incapacité partielle, notamment mi-temps thérapeutique.
- Pour les Assurés salariés, fonctionnaires ou assimilés, le versement des prestations cesse également à la date à laquelle est enregistrée la fin de la perte de revenu.

ARTICLE 19 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La demande doit se faire auprès de l'établissement prêteur qui communiquera les coordonnées du service vers lequel devra être adressée la déclaration de sinistre.

Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

19.1 Formalités à remplir en cas de Décès

Il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- un bulletin de décès ou acte de décès original,
 - un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis à l'article 15 « Risques exclus ». En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront fournir par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.
- Pour les ressortissants de pays étrangers, ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

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

19.2 Formalités à remplir en cas de PTIA

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

- une attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin,
- un certificat médical attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-sécret médical », à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir,
- une copie du titre de pension de la Sécurité Sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne,
- une attestation d'arrêts de travail des 5 dernières années précédant l'adhésion pour les sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion,
- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,
- une copie du (des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion, accompagné du Questionnaire de Santé,
- un exemplaire des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré.

Si l'Assuré est assuré social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Si l'Assuré est fonctionnaire, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de commission de réforme.

Nota : pour les Assurés ayant la qualité de caution telle que précisée au bulletin individuel de demande d'adhésion, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant la mise en œuvre depuis plus de 6 mois à la date du sinistre de la procédure de recouvrement engagée à leur rencontre en qualité de caution.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité Sociale, organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

19.3 Formalités à remplir en cas d'ITT

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

- une attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin,

- un certificat médical attestant que l'Assuré se trouve dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit,

- une attestation d'arrêts de travail des 5 dernières années précédant l'adhésion pour les sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion,

- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,

- une copie du (des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion, accompagné du Questionnaire de Santé,

- un exemplaire des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré.

Si l'Assuré est assuré social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie du titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou d'une rente supérieure ou égale à 66 %. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Si l'Assuré est fonctionnaire, joindre l'avis de la Commission de réforme ou l'arrêté de position administrative.

Nota : pour les Assurés ayant la qualité de caution telle que précisée au bulletin individuel de demande d'adhésion, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant la mise en œuvre depuis plus de 6 mois à la date du sinistre de la procédure de recouvrement engagée à leur rencontre.

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

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

19.4 Formalités à remplir en cas d'ITT

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir à l'Assureur pour chaque nouveau sinistre Incapacité Temporaire Totale de travail, à l'issue du délai de franchise défini à l'article 17.4 et au plus tard 90 jours après la fin du délai de franchise :

19.4.1 Pour tous les dossiers ITT :

- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,
- une copie du (des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion, accompagné du Questionnaire de Santé,
- un exemplaire des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré,
- une attestation médicale d'incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin,
- une attestation d'arrêts de travail des 5 dernières années précédant l'adhésion pour les sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion.

Doivent être produits en outre :

I) Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité Sociale :

La copie des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité Sociale depuis l'arrêt de travail, **couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise** (Indemnités Journalières, ou titre de pension 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou rente supérieure ou égale à 66 %). A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent la subrogation.

II) Pour les Assurés assujettis à des régimes similaires au régime général de la Sécurité Sociale :

La copie des décomptes de prestations en espèces émanant de ces régimes, depuis l'arrêt de travail, **couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise**. A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent la subrogation.

III) Pour les fonctionnaires ou assimilés :

Une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie, **couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise**.

IV) Pour les travailleurs non salariés :

- Un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite.
- Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT au sens du contrat, **couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise**.

V) Pour les personnes sans activité professionnelle et ne percevant pas d'allocations versées par Pôle emploi :

- La dernière feuille d'imposition,
- La notification de retraite ou pré-retraite quelle qu'en soit la cause (pour les Assurés concernés),
- Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT au sens du contrat, **couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise**.

Tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), de nouvelles attestations médicales d'incapacité/invalidité, devront être fournies à la demande de l'Assureur.

Par ailleurs, l'Assuré devra fournir à l'Assureur dans les 90 jours suivants le premier jour de la période d'ITT mentionnée sur les justificatifs :

- la copie des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité Sociale ou de régime similaire (indemnités journalières, ou titre de pension 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou rente supérieure ou égale à 66 %) s'il est salarié ou perçoit des allocations versées par Pôle emploi,
- les attestations d'employeur s'il est fonctionnaire (et 6 mois après l'arrêt de travail, la copie de l'arrêté de position administrative),
- les certificats médicaux s'il est travailleur non salarié, ou s'il est sans activité professionnelle et qu'il ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi.

A défaut de présentation des pièces dans ce délai, la prise en charge au titre de ce sinistre est suspendue. Elle reprendra, pour ce sinistre, si toutes les conditions d'indemnisation sont réunies, à compter du premier jour de la période d'ITT mentionnée sur le justificatif présenté dans le délai de 90 jours dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 alinéa 4 du code des assurances.

19.4.2 En plus, pour les dossiers en Perte de Revenu

I) Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité Sociale :

- l'attestation de salaires ou de traitements complétée par l'employeur,
- les documents relatifs aux accords d'entreprises et à la notice de prévoyance où figurent la période de franchise, le pourcentage et la définition du revenu maintenu et la durée de versement des prestations,
- le bulletin de salaire de décembre de l'année précédant celle de l'arrêt de travail actuel (si l'assuré ne travaille pas à cette période, le bulletin de salaire du mois précédant l'arrêt de travail) ou pour les personnes percevant des allocations

versées par Pôle emploi, l'attestation que le dernier employeur a remplie afin que le salarié assuré puisse faire valoir ses droits aux allocations versées par Pôle emploi et les avis de versement de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.).

Nb : l'Assuré devra produire autant d'attestations de salaires, d'éventuels accords d'entreprise, d'éventuelles notices de prévoyance et de bulletins de salaires que d'employeurs.

II) Pour les fonctionnaires ou assimilés :

- l'attestation de salaires ou de traitements complétée par l'employeur,
- la notice de prévoyance de l'organisme de protection sociale complémentaire où figurent la période de franchise, le pourcentage et la définition du revenu maintenu et la durée de versement des prestations,
- le bulletin de paie du mois de décembre de l'année précédant celle de l'arrêt de travail actuel (si l'assuré ne travaille pas à cette période, la feuille de paie du mois précédant l'arrêt de travail).

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

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

Nota : pour les Assurés ayant la qualité de caution telle que précisée au bulletin individuel de demande d'adhésion, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant la mise en oeuvre depuis plus de 6 mois à la date du sinistre de la procédure de recouvrement engagée à leur encontre.

A défaut de présentation des pièces dans les 90 jours suivant la fin du délai de franchise, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L113-2-4 alinéa 4 du code des assurances et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

En cas de prolongation de l'incapacité, les pièces justificatives de l'état d'ITT doivent être renouvelées, faute de quoi, les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

ARTICLE 20 - CONTRÔLE MÉDICAL

La production des justificatifs définis aux points 19.2, 19.3 et 19.4 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA, ITD ou ITT tel que défini à l'article 17.2, 17.3 ou 17.4. L'Emprunteur peut se faire assister du médecin de son choix.

Au vu des conclusions du rapport du médecin désigné, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge.

En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré. En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'ITT, des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles, peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut-être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 21.

Si l'Assuré refuse de se soumettre à la visite médicale ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale.

ARTICLE 21 - PROCÉDURE DE CONCILIATION ET TIERCE EXPERTISE

21.1 Conciliation

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration, peut demander l'ouverture d'une procédure de conciliation dans l'année qui suit ce contrôle. Pour ce faire, l'Assuré doit faire parvenir à l'Assureur dans les trois mois suivant le contrôle médical :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers expert,

et

- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur, ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le Médecin contrôleur 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, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

21.2 Tierce expertise

L'Assureur invite son Médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert afin de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Quelle que soit l'issue de cette conciliation, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

ARTICLE 22 - PRIMES

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une prime calculée en pourcentage du capital initial du prêt ou du capital restant dû (ou, cas particulier : en pourcentage du capital débloqué pour les crédits travaux) et proportionnellement à la quotité d'assurance retenue lors de l'adhésion à l'assurance. Le taux d'assurance est indiqué dans l'offre de prêt.

Un report d'échéances est possible dans la limite de 12 échéances maximum sur toute la durée du prêt, sans entraîner de modification du montant de la prime.

CNP Assurances (pour les activités « Vie » - Société anonyme au capital de 643 500 175 € entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris

CNP IAM (pour les activités « non Vie » - Société anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré - 383 024 189 RCS Paris

Siège Social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - Entreprises régies par le code des assurances

Natixis Assurances Partenaires - Société anonyme au capital de 20 400 000 € entièrement libéré - 349 004 341 RCS Paris

Siège social : 30 avenue Pierre Mendès France - 75 013 PARIS

Entreprise régie par le code des assurances

BPCE - Société anonyme à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 467 226 960 €

Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 PARIS CEDEX 13 - RCS Paris N° 493 455 042

Inmatriculée sous le numéro ORIAS 08045100

5/5

En cours de prise en charge, l'Assuré qui bénéficie de prestations d'ITT fait l'avance des primes qui lui sont remboursées par l'Assureur avec les échéances de prêt.

En cas de remboursement anticipé partiel, la nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

En cas de renouvellement de la procédure d'adhésion consécutive à une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert (voir article 9), le taux annuel de prime applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement (ce taux peut être inférieur au taux initial) ; et la prime est calculée sur le montant du nouveau capital assuré.

Le remboursement anticipé total ne donne lieu à aucun remboursement de prime. En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un co-emprunteur ou d'une caution, l'assiette de prime est alors calculée sur le montant du capital restant dû au jour de la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion.

ARTICLE 23 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRIMES

La prime est exigible dès la date de conclusion de l'adhésion et prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt notamment sur un compte désigné par l'Assuré.

Pour les prêts avec différé en capital et en intérêts, la prime d'assurance est aussi due dès la date de conclusion de l'adhésion, en même temps que les échéances de prêt.

Pour les crédits travaux, la prime d'assurance est due dès le premier déblocage des fonds et est prélevée en même temps que les échéances de prêt.

La prise en charge par l'Assureur au titre de l'ITT ou la cessation d'une garantie :

- n'entraîne pas de modification du montant de la prime,
- et n'interrompt pas le règlement de la prime, à la charge de l'Assuré.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion.

S'il ne règle pas ses primes, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du code des assurances.

ARTICLE 24 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Pour toute réclamation relative à l'admission de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances - Direction Souscription et Maîtrise des risques Assurance - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré peut s'adresser à CNP Assurances - Service réclamations - TSA 81566 - 75716 PARIS Cedex 15.

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

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

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

ARTICLE 25 - DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L. 114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 26 - INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique, fichiers et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, responsable du traitement, au co-assureur, à l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

Par ailleurs, l'organisme prêteur pourra adresser à l'Assuré des offres sur ses produits et services sauf opposition de sa part. Dans ce cas, l'Assuré lui adressera un courrier en ce sens.

ARTICLE 27 - AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout, 75009 Paris - est chargée du contrôle de CNP Assurances et CNP IAM.

ARTICLE 28 - LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Prêteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Exemplaire destiné à l'Assuré