

**NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT
D'ASSURANCE COLLECTIVE EN
COUVERTURE DE PRETS N° 8511 B**

Lexique

Assuré : personne physique sur laquelle repose le risque.

Accident : l'accident se définit comme étant 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 suivant la survenance de l'événement assuré et à l'issue de laquelle seulement intervient la prise en charge

Emprunteur : est ainsi dénommée toute personne physique ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance de groupe mais pour laquelle les garanties n'ont pas encore pris effet ; il s'agit des emprunteurs, co-emprunteurs et de leurs cautions. Après la prise d'effet, ces personnes sont dénommées « l'Assuré ».

Prêt amortissable : crédit pour lequel l'emprunteur rembourse une partie du capital et des intérêts à chaque mensualité.

Prêt relais : prêt dont le capital est remboursé au terme du prêt en une seule fois.

Le contrat est souscrit par la **Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN)** ci-après dénommée "le Souscripteur", et auprès de **CNP Assurances - CNP I.A.M.** ci-après dénommées "l'Assureur".

Article 1 - Objet du contrat

Le contrat collectif n° 8511B a pour objet d'assurer, dans les conditions fixées ci-après, les personnes physiques désignées à l'article 3, en cas de réalisation de certains risques et de garantir le remboursement des sommes dues au titre de prêts immobiliers, consentis par la CASDEN Banque Populaire en tenant compte, le cas échéant, des limites prévues à l'article 2 ci-après. Les risques couverts sont les suivants, dans les conditions et les réserves prévues aux articles 2 et 12 ci-après :

- > avant le 75ème anniversaire des Assurés :
 - le décès,
- > avant le 65ème anniversaire des Assurés :
 - la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
 - l'Incapacité Totale de Travail (ITT), après application d'un délai de franchise de 90 jours.

Article 2 - Prêts assurables

Pour être admissible à l'assurance, l'emprunteur doit avoir contracté un emprunt immobilier amortissable avec ou sans différé de remboursement.

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

Les prêts relais supérieurs à deux ans et les prêts non amortissables (prêts « in fine ») ne peuvent être assurés.

Les prêts en cours ne sont également pas assurables.

En tout état de cause, la durée de ces prêts immobiliers consentis par le Prêteur doit être inférieure ou égale à 30 ans.

De plus, le prêt à garantir doit être libellé en euros et rédigé en français.

Article 3 - Groupe assuré

Peuvent adhérer au contrat n° 8511B les emprunteurs, co-emprunteurs ou cautions du titulaire du prêt consenti par la CASDEN Banque Populaire, âgés de moins de 69 ans au jour de l'adhésion.

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

Lorsque l'assurance repose sur plusieurs têtes, les parts de garantie de l'emprunteur et des co-emprunteurs du prêt sont fixées d'un commun accord par les assurés et la CASDEN Banque Populaire sauf s'il s'agit de prêts cautionnés par le Souscripteur. Dans cette dernière hypothèse, les prêts sont assurés en totalité, sur chaque tête, jusqu'à concurrence du plafond en vigueur au moment de l'adhésion. L'assurance est :

- > Obligatoire :
 - lorsque le Souscripteur donne sa caution,
 - lorsque la CASDEN Banque Populaire l'exige.
- > Facultative :
 - dans tous les autres cas.

Article 4 - Formalités d'admission

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

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

Si le demandeur d'assurance, lors de la demande d'adhésion, est en arrêt de travail et hors d'état d'exercer son activité professionnelle, il a l'obligation d'en informer l'Assureur qui prendra alors les dispositions nécessaires. L'Assureur se réserve la faculté d'accepter ou de refuser la demande d'adhésion. En tout état de cause, cette Incapacité de Travail préexistante à la demande d'adhésion, ne pourra pas donner lieu au versement d'une prestation qui lui serait liée. La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à trois mois à compter de la date de signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, l'Emprunteur doit remplir un nouveau questionnaire.

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

4.2 Modification en cours d'adhésion

En cas de modification du prêt, tel que le capital emprunté, la quotité d'assurance, ou la durée du prêt, l'Assureur pourra se réserver le droit d'exiger l'accomplissement des mêmes formalités que celles prévues pour une nouvelle adhésion. Les modifications acceptées par la CASDEN Banque Populaire seront notifiées dans une nouvelle attestation d'assurance transmise par le Souscripteur qui annule et remplace la précédente.

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

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

Article 5 - Décision de l'Assureur

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

Elle peut être :

- **soit acceptation de l'emprunteur** :

au tarif normal,

au tarif majoré. L'acceptation peut être donnée :

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

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

- soit ajournement de la demande :

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

- soit refus d'assurance 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, de montant emprunté, et conditions de ressources) par un 3^{ème} niveau national.

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

Article 6 - Garantie invalidité AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion.

Si la garantie Incapacité Totale de Travail est refusée pour raisons médicales, ou si elle est accordée mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur propose à l'Assuré une garantie invalidité AERAS. Seuls les Assurés en activité professionnelle peuvent être garantis pour le risque invalidité AERAS au titre du contrat n°8511B.

6.1. Définition

L'Assuré est en état d'invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

1. son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.
2. son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % ; ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité annexé au Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite, publié au Journal Officiel par décret N° 2001-99 du 31 janvier 2001. La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4. ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque.
4. l'Assuré justifie d'une incapacité professionnelle attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé de Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.
5. l'état d'invalidité AERAS doit être reconnu par l'Assureur avant la date de cessation de la garantie ITT.

6.2. Prestation garantie

La prestation garantie, ses modalités de calcul et de versement, ses conditions d'exclusion (hors celles liées à une pathologie) et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie ITT à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'invalidité AERAS. Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

6.3. Formalités à remplir en cas de sinistre

Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de fournir à l'Assureur **dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité AERAS**, en sus des justificatifs au titre de la garantie ITT visés dans la notice d'information, les éléments suivants :

- une copie de l'offre préalable de crédit ;
- une copie du tableau d'amortissement ou l'échéancier du contrat de prêt, certifiée par le Prêteur ;
- 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.

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 date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité.

Pour les salariés, également :

- une copie de la notification par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale.

Pour les fonctionnaires et assimilés, également :

- une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme ;
- une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension.

Pour les non salariés, également :

- une copie d'un titre de pension pour invalidité.

Ces documents sont nécessaires à l'étude du dossier mais n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du risque.

Article 7 - Territorialité du contrat

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

Les risques ITT, Invalidité AERAS et PTIA doivent être constatés en France (France métropolitaine, Départements, Régions et Collectivités d'Outre Mer), quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

Les prestations PTIA seront calculées sur la base du capital restant dû figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou sur 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.

Les prestations ITT et Invalidité AERAS seront calculées sur le montant de l'échéancier du prêt dans la limite de la perte réelle justifiée de rémunération nette de l'Assuré et sous réserve que la perte de revenu professionnelle soit supérieure à 5%, arrêté au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Assureur sur le sol français.

Article 8 - Date de conclusion et durée de l'adhésion

8.1. Date de conclusion de l'adhésion

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

8.2. Durée de l'adhésion

Elle est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 11.

Par ailleurs, l'Assuré dispose d'une faculté annuelle de résiliation, sous réserve d'adresser une lettre recommandée à l'Assureur, par l'intermédiaire de la CASDEN-Banque Populaire, au moins 2 mois avant le 1er janvier de l'année suivante.

Article 9 - Date de prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet le jour de la décision d'assurance, sous réserve du paiement de la prime.

La date d'effet des garanties est indiquée sur l'attestation d'assurance de prêt transmise par le Souscripteur.

Article 10 - Faculté de renonciation

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

*** Si le contrat est vendu à distance :**

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

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie décès seule, un délai de 30 jour s'applique.

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).

*** 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.

Dans ce cas, pour les Assurés bénéficiant des garanties Décès, PTIA et ITT, CNP Assurances prévoit contractuellement un délai de renonciation de 30 jours calendaires.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie décès seul, le délai de renonciation est de 30 jours calendaires.

* Dans tous les cas :

Quel que soit le mode de commercialisation (face-à-face ou vente à distance), et pour les Assurés bénéficiant des garanties décès, ITT, PTIA, ainsi que pour les Assurés bénéficiant de la garantie décès seule, le délai est de 30 jours. L'Assuré bénéficie alors, notamment à titre contractuel, d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion, y compris en cas de vente en face-à-face.

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, Mlle) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à l'adhésion au contrat « nom du produit » que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion)
Le (Date et signature) »

c) Effets de la renonciation :

CNP Assurances (ou CNP IAM) procède alors au remboursement de l'intégralité des primes ou cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'assureur de la lettre recommandée de renonciation.

Article 11 – Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- au terme contractuel du prêt,
- en cas de remboursement anticipé et total du contrat de prêt,
- au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Totale de Travail (ITT),
- au 75^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie Décès, ||
- en cas de non paiement des primes, conformément à l'article 15 ci-après,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur ;
- à la fin de l'exercice d'assurance en cas de non renouvellement du contrat collectif ;
- en cas de résolution du contrat de prêt, avec le cas échéant le remboursement des primes perçues ;
- en cas de résiliation par l'Assuré à l'échéance annuelle au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.

Toute résiliation est définitive, l'emprunteur ne pourra plus souscrire à cette garantie sauf dans le cadre d'un nouveau prêt.

Entre la date d'accord de l'assurance et la date de déblocage des fonds, l'assurance de prêt couvre l'Assuré pendant ce délai pour les seuls risques décès et PTIA. Au-delà de la date de déblocage des fonds, l'assurance de prêt couvre l'assuré pour l'ensemble des risques mentionnés sur l'attestation d'assurance jusqu'à la fin effective du ou des prêts objets de l'assurance et sous réserve des conditions d'âge.

Article 12 – Définition des garanties et montant des prestations

Sous réserve des risques exclus définis à l'article 13 de la présente notice, l'assurance couvre les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Totale de Travail (ITT) :

12.1 Le Décès

a) Définition du décès

En cas de décès d'un Assuré survenant en cours d'assurance et avant son 75^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit, sous réserve des exclusions prévues à l'article 13 et des dispositions visées ci-dessous, le paiement des sommes dues par l'intéressé au jour du sinistre, d'après le tableau d'amortissement du prêt établi à la date du sinistre et à l'exclusion de toute échéance arriérée.

b) Montant de la prestation

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

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

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

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

Dans ce dernier cas, les Assurés survivants sont radiés du contrat. L'Assuré cautionnant un prêt doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à la prise en charge.

12.2 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

a) Définition de la PTIA :

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 12.1 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 12.3, 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.

En cas de PTIA les prestations sont servies dans les mêmes conditions que pour le décès. Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de cette garantie met fin à l'adhésion.

L'Assuré qui bénéficie de la garantie Incapacité Totale de Travail définie ci-après, peut bénéficier du paiement d'un capital au titre de la PTIA s'il vient à remplir les conditions précisées ci-dessus.

Toutefois, la fraction de capital incluse dans les sommes qui auront pu être versées par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité de Travail sera imputée sur le capital réglé au titre de la PTIA dans la mesure où ces sommes se rapporteront à des échéances postérieures à la date reconnue comme point de départ de la PTIA.

L'Assuré qui a bénéficié d'une prise en charge au titre de la PTIA et qui obtient de nouveaux prêts est exclu de la garantie de l'assurance pour ces prêts.

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

12.3 L'Incapacité Totale de Travail (ITT)

Seuls les Assurés ayant une activité professionnelle bénéficient de la garantie ITT au titre du contrat n° 8511B.

Les Assurés sans profession sont garantis au titre du contrat n° 8511B pour le seul risque Décès-PTIA.

a) Définition

L'Assuré est en état d'Incapacité 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 d'exercer une activité professionnelle 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.

Le délai de franchise est fixé à 90 jours. La prise en charge débute le 91^{ème} jour suivant l'arrêt d'activité.

Non application du délai de franchise en cas de rechute :

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

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

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

c/ Montant de la prestation

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

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

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

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

1/3 des primes et indemnités trimestrielles,

1/6 des primes et indemnités semestrielles,

1/12 des primes et indemnités annuelles,

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

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

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

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

Article 13 - Risques exclus

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

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

Article 14 - Bénéficiaires des prestations

Les prestations garanties sont versées en fonction du type de risque survenu, à la CASDEN Banque Populaire (Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) ou à l'emprunteur (Incapacité Totale de Travail) sauf lorsque ce dernier n'est pas à jour de ses mensualités de remboursement.

Article 15 - Paiement de la prime

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une prime mensuelle intégrée à l'échéance du prêt présentée par le prêteur et perçue par lui.

Les taux de prime applicables au contrat n° 8511 B sont fixés à :

Groupe 1 : assurés de moins de 36 ans : 0,18 % du capital initial garanti,

assurés de 36 ans et plus : 0,28 % du capital initial garanti,

Groupe 2 : assurés de moins de 36 ans : 0,36 % du capital initial garanti,

assurés de 36 ans et plus : 0,56 % du capital initial garanti. L'âge retenu pour le calcul de la prime est celui de l'assuré à la date de signature de la demande d'adhésion.

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

A défaut de paiement de la prime due par l'Assuré, le Souscripteur adresse dans les 10 jours après échéance de la cotisation, une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L.141-3 du Code des Assurances, par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette dernière, le défaut de paiement par lui de la cotisation ainsi que les cotisations éventuellement venues à échéance, au cours dudit délai, entraîne son exclusion au contrat.

Article 16 - Justificatifs en cas de sinistres

En vue du règlement des prestations garanties à l'article 12 de la présente notice, un dossier est adressé, par l'Assuré ou ses ayants droit, au Souscripteur, qui est chargé du contrôle et de la mise en paiement des sommes dues aux Assurés.

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

> En cas de décès de l'Assuré

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

> En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

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

- un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que l'Assuré est définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes restant dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré,
- la copie du tableau d'amortissement établi à la date du sinistre.

> En cas d'Incapacité Totale de Travail

- l'attestation de mise ou de maintien en incapacité-invalidité complétée par l'Assuré avec l'aide de son médecin-traitant,
- l'attestation du prêteur ou un engagement sur l'honneur, précisant que les échéances sont bien remboursées,
- la copie du tableau d'amortissement en vigueur, établi à la date du sinistre,
- la copie de l'avis d'imposition de l'année précédant l'arrêt de travail.
- le relevé d'identité bancaire du compte sur lequel les prestations seront versées

Ainsi que les pièces justificatives suivantes :

- pour un assuré social (fonctionnaire ou assimilé) :

- La copie des trois bulletins de salaire à plein traitement précédant l'arrêt de travail, et le bulletin de salaire de demi-traitement,
 - l'attestation de perte de revenu remplie par l'organisme mandataire du traitement faisant apparaître la perte de rémunération nette, mois par mois, y compris les primes et/ou indemnités.
 - une attestation du service du personnel de l'administration justifiant du congé de maladie ou d'accident,
 - la copie des décomptes d'allocations journalières ou d'allocations invalidité de la MGEN et/ou ceux émanant d'un autre organisme ou un engagement sur l'honneur de ne percevoir aucun complément de salaires.
- pour un assuré social (non fonctionnaire) :
- la copie des trois bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail,
 - l'attestation de perte de revenu remplie par l'employeur faisant apparaître la perte de rémunération nette, mois par mois, y compris les primes et/ou indemnités,
 - un bordereau de paiement d'indemnités journalières par la sécurité sociale au titre de l'arrêt de travail,
 - la copie des décomptes de prestations complémentaires (dans le cas où une cotisation prévoyance figure sur le bulletin de salaire). A défaut une attestation de cet organisme stipulant que l'Assuré ne perçoit aucun complément de salaire,
- pour un travailleur non salarié ou pour un assuré social ne remplissant pas les conditions de durée d'immatriculation exigées par la Sécurité Sociale :
- un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant et faisant connaître la nature de la maladie ou de l'accident d'où résulte l'incapacité, le point de départ de la cessation d'activité, sa durée probable et, le cas échéant, l'état d'invalidité apprécié par analogie aux définitions de sécurité sociale,
 - la copie du bilan simplifié comportant les comptes de résultat déclarés au titre de l'impôt sur le revenu de l'année précédant l'arrêt de travail,
 - la copie des décomptes d'indemnisation servie par un régime de prévoyance quel qu'il soit. A défaut un engagement sur l'honneur de ne percevoir aucun complément de revenu.

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

Article 17 - Contrôle des sinistres

Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'Assureur et celles de la Sécurité Sociale.

L'Assureur se réserve le droit de faire examiner à ses frais et par un médecin désigné par lui, l'Assuré qui demande à bénéficier de prestations Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Incapacité Totale de Travail au titre du contrat n° 8511B.

Article 18 - Procédure de conciliation

Tout refus de prise en charge par l'Assureur à la suite d'un contrôle médical peut être contesté par l'Assuré, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle.

L'Assuré peut demander la mise en place d'une procédure de conciliation dans les **90 jours** suivant la date du contrôle médical. Pour ce faire, l'Assuré doit accompagner sa demande écrite d'un certificat du médecin qu'il aura désigné pour le représenter.

Ce certificat doit détailler l'état de santé de l'Assuré au jour du contrôle médical effectué par l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date. Cette demande doit en outre mentionner que l'Assuré accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après. La procédure de conciliation sera initiée dans les **12 mois** qui suivent la date du contrôle médical.

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 celui-ci n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son Médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert. Les conclusions de cet expert s'imposeront aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation.

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 19 - Délais de déclaration des sinistres

> **Incapacité Totale de Travail :**

Les demandes de prestations doivent être formulées au plus tôt à l'expiration du délai de franchise prévu à l'article 12 de la présente notice et au plus tard **trois mois** à compter de l'ouverture des droits à prestations. Passé ce délai, le paiement des prestations n'interviendra que pour les sommes dues à l'Assuré à compter de la date de réception du dossier.

Article 20 - Prescription

En vertu de l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite au terme d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance. En matière d'assurance vie, le délai de prescription est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré ; en tout état de cause, cette prescription spécifique s'éteint dans un délai maximal de trente ans suivant le décès de l'assuré.

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

Article 21 - Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance

L'Autorité de Contrôle Prudentiel (A.C.P.) 61, rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09 est chargée du contrôle de CNP Assurances et CNP IAM.

Article 22 - Réclamation - Médiation

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

CNP Assurances
Direction Souscription et Maîtrise des Risques
 TSA 57161
 4, place Raoul Dautry
 75716 PARIS Cedex 15

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

CNP Assurances
Unité Réclamation CF 5R
 TSA 67162
 4, place Raoul Dautry
 75716 PARIS Cedex 15

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

CNP Assurances
Secrétariat de l'Instruction de la Médiation
 4, place Raoul Dautry
 75716 PARIS Cedex 15

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

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 23 - Informatique, Fichiers et Libertés

Les renseignements concernant l'Assuré figurent, pour certains d'entre eux, sur des fichiers à l'usage de l'Assureur et /ou du Souscripteur. Ils sont obligatoires pour la gestion du contrat d'assurance. Sauf opposition de la part de l'Assuré, le Souscripteur pourra adresser des offres sur ses produits et services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives le concernant en s'adressant à la :

CNP Assurances Correspondant Informatique et Libertés

**4, place Raoul Dautry
75716 PARIS Cedex 15**

CNP ASSURANCES - Société Anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris

CNP I.A.M - 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 – Tél : 01 42 18 88 88 - Entreprises régies par le Code des assurances

MGEN - La Mutuelle Générale de l'Education Nationale, RNM n° 775 685 399

Siège social : 3, square Max Hymans, - 75748 Paris Cedex 15