



NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR LE PRETEUR CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE N°0910P SOUSCRIT PAR PROCILIA AUPRES DE CNP ASSURANCES ET CNP I.A.M.

Relevant des branches 1, 2, 16, 20 et de l'article R. 321-1 du Code des assurances
Le contrat est régi par les lois, le Code des assurances et la réglementation française en vigueur.

ARTICLE 1 - INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

1.1 Le Contrat d'assurance de Groupe en couverture de prêt n° 0910P est souscrit par Procilia, Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, Organisme Collecteur de la Participation des Employeurs à l'Effort de Construction n° 95-01 - Siège social : 21, rue d'Angiviller 78000 VERSAILLES - SIREN n° 775 744 162, organisme soumis au contrôle de l'ANPEEC -10, rue DESAIX 75015 PARIS, auprès de CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré - RCS Paris 341.737.062 et CNP I.A.M., Société Anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré - RCS Paris 383 024 189. Entreprises régies par le Code des assurances - Siège social : 4, Place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

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

1.2 Le montant minimal de la prime d'assurance est indiqué sur l'offre de prêt conformément à l'article 9 - PRIMES de la présente notice d'information.

1.3 La durée de l'adhésion est fixée à l'article 8 - DUREE DE L'ADHESION - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES.

Les garanties sont décrites aux articles 10.1 - DECES, 10.2 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), 10.3 - INCAPACITE DE TRAVAIL (IT), 10.4 - PERTE D'EMPLOI et à l'article 14 - PRESTATIONS VERSEES.

Les exclusions sont mentionnées à l'article 11 - RISQUES EXCLUS de la présente notice d'information.

1.4 L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable pendant la durée de validité de l'offre de prêt.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 7 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES.

L'adhésion au contrat 0910P s'effectue selon les modalités décrites à l'article 5 - FORMALITES D'ADHESION de la présente notice d'information. Les modalités de paiement de la prime sont indiquées à l'article 9 - PRIMES. Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents contractuels par l'Assuré - sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

1.5 Il existe un délai de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 15.1 - RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DEMARCHAGE OU DE VENTE A DISTANCE (VAD). En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la plus tardive des deux dates suivantes : date de conclusion de l'adhésion ou date de signature de l'offre de prêt, l'Assuré doit acquitter un premier versement de prime.

1.6 Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Prêteur et l'Emprunteur sont régies par le droit français. L'Assureur et le Prêteur utilisent la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

1.7 Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées, à l'article 15.3 - RECLAMATION - MEDIATION de la notice d'information.

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 26/06/99 article L. 423-1 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 2 - OBJET DU CONTRAT - DEFINITIONS

Le contrat d'assurance de groupe n° 0910P est souscrit par Procilia en couverture des prêts qu'elle accorde à ses emprunteurs et co-emprunteurs personnes physiques. Ce contrat couvre les risques Décès, Perte Totale et Irreversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité de Travail (IT) et Perte d'Emploi à titre facultatif. Procilia est bénéficiaire des prestations prévues par le contrat d'assurance.

Pour l'exécution et l'interprétation de la présente notice d'information, il est convenu des définitions suivantes :

- « Accident » : On entend par Accident, 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
- « Assuré » : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque
- « Assureur » : CNP Assurances et CNP I.A.M.
- « Emprunteur » : Emprunteurs et co-emprunteurs, personnes physiques ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au contrat d'assurance de groupe n° 0910P mais pour lesquelles la garantie n'a pas encore pris effet. Lorsque l'assurance a pris effet, ces personnes sont dénommées « l'Assuré ».
- « Prêteur » : Procilia, établissement prêteur qui consent le(s) prêt(s)
- « Licenciement » : le fait pour un employeur de rompre unilatéralement le contrat de travail à durée indéterminée le liant à l'un de ses salariés. Pour l'application du présent contrat, la date retenue pour le Licenciement est celle de la lettre de licenciement ou de la proposition du congé de conversion devant servir pour le calcul des droits.
- « Hospitalisation de jour » : hospitalisation au cours de laquelle l'admission du patient et sa sortie de l'établissement de soins se font le même jour.

ARTICLE 3 - QUOTITE

Tout prêt octroyé par Procilia doit toujours être couvert à 100% minimum de son montant dans la limite de 50 000 € (à l'exception des prêts relais plafonnés à 102 000 €) quel que soit le montant des opérations. Lorsqu'un seul Emprunteur est assuré, l'assurance repose obligatoirement à 100% sur sa tête. Lorsque plusieurs co-emprunteurs sont assurés au titre d'un même prêt, le total des quotités de chaque co-emprunteur ne peut être inférieur à 100% du montant du prêt. Chaque Emprunteur ne peut être assuré qu'avec un minimum de 50%. La quotité peut être différente en fonction des couvertures choisies, Perte d'Emploi ou Décès, PTIA et IT.

En cas de sinistre, les prestations sont déterminées au prorata de la quotité assurée et ne seront en aucun cas supérieures au capital ou aux échéances dues au titre du ou des prêts garantis. Lorsque plusieurs Emprunteurs sont garantis au titre d'un même financement, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux montants dus au titre des prêts garantis.

ARTICLE 4 - PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables, au titre des garanties Décès, Perte Totale et Irreversible d'Autonomie et Incapacité de Travail, toutes les personnes physiques qui souscrivent un prêt auprès de Procilia en qualité d'emprunteurs ou de co-emprunteurs, sous réserve d'être âgées de plus de 18 ans et de moins de 65 ans (quelle n'ait pas atteint leur 65^{ème} anniversaire) lors de la conclusion de l'adhésion.

Sont assurables, au titre de la garantie Perte d'Emploi toutes les personnes physiques qui souscrivent un prêt auprès de Procilia en qualité d'emprunteurs ou de co-emprunteurs, sous réserve qu'elles remplissent les conditions suivantes au jour de la signature du Bulletin d'adhésion à l'assurance :

- être titulaires d'un contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois consécutifs auprès du même employeur ;
- ne pas être au chômage ou en préavis de licenciement ;
- ne pas être à la retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, inaptitude) ;
- bénéficier de la protection sociale française en matière de chômage.

ARTICLE 5 - FORMALITES D'ADHESION

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent au moment de la demande de prêt. Elles comportent un bulletin d'adhésion à l'assurance, une Déclaration d'Etat de Santé et un Questionnaire de Santé à renseigner intégralement et à signer par l'Emprunteur. Le Questionnaire de Santé est à renseigner uniquement si l'emprunteur n'est pas en mesure de signer la Déclaration d'Etat de Santé.

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété d'examen médicaux ou de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur aux frais de ce dernier. L'Emprunteur peut en outre être invité à produire toutes copies de document se rapportant à son état de santé.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à trois mois à compter de sa signature. Si au terme de ce délai, le questionnaire n'a pas été adressé pour décision à l'Assureur, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

Si une évolution de l'état de santé de l'Emprunteur survient avant la date de conclusion de l'adhésion et aurait modifié les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion à l'assurance, l'Emprunteur est tenu de remplir un nouveau questionnaire de santé, sous peine d'encourir la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du Code des assurances).

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser 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 L. 113-8 du Code des assurances.

ARTICLE 6 - DECISION DE L'ASSUREUR

Au terme de l'examen du dossier médical de l'Emprunteur, l'Assureur peut pour les garanties Décès, PTIA et IT :

- ACCEPTER la demande d'adhésion, cette décision d'acceptation peut être donnée :

- sans réserve, et vaut pour tous les risques couverts,
- avec réserve, et exclut certaines garanties ou pathologies. Dans le cas où l'acceptation avec réserves a consisté à exclure la garantie IT, cette exclusion ne s'applique pas lorsque l'arrêt de travail survenant en cours d'assurance est imputable à un Accident.

Si lors de l'adhésion l'Emprunteur a choisi d'être assuré également pour la Perte d'Emploi et qu'il remplit les conditions définies à l'article 10.4, cette décision d'acceptation vaut également pour la garantie Perte d'Emploi.

- REFUSER l'entrée dans le contrat n° 0910P. 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 n° 8938Q. 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.

- AJOURNER sa décision (dans ce cas, l'Emprunteur pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué).

La durée de validité de la décision d'acceptation dans l'assurance est fixée à 6 mois. Si au terme de ce délai, l'offre de prêt n'a pas été signée par l'Emprunteur, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

Notification de la décision par l'Assureur pour les garanties Décès, PTIA et IT :

L'Assureur informe par courrier l'Emprunteur de sa décision.

En cas d'acceptation avec réserves, l'Emprunteur devra, s'il accepte les conditions particulières d'assurance proposées, retourner au Prêteur un des deux exemplaires dûment complétés, datés et signés.

ARTICLE 7 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

7.1. Date de conclusion de l'adhésion :

Lorsque l'Emprunteur a été admis dans l'assurance en signant la Déclaration d'Etat de Santé (DES) l'adhésion est conclue à la date de signature de la DES.

Lorsque le candidat à l'assurance a été admis dans l'assurance en signant un Questionnaire de Santé, l'adhésion est conclue :

- soit à la date du courrier de notification de l'acceptation sans réserve de l'Assureur,

- soit à la date de signature par l'Emprunteur de la notification des conditions particulières d'assurance avec réserves.

7.2. Prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet sous réserve de l'encaissement de la première prime, à la plus tardive des dates suivantes :

- à la date de conclusion de l'adhésion,
 - à la date de signature de l'offre de prêt (ou contrat de crédit) par l'Emprunteur.
- Toutefois, une garantie « accident » est accordée en cas de décès d'origine accidentelle, à compter du jour de la signature de la demande d'adhésion, jusqu'à la date de prise d'effet des garanties. 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 la date de signature de votre demande d'adhésion.

La garantie Perte d'Emploi prend effet à l'issue du délai d'attente de 360 jours décompté depuis la date de conclusion de l'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime d'assurance.

ARTICLE 8 - DUREE DE L'ADHESION - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion est conclue au maximum pour la durée du prêt sous réserve des cas de cessation visés ci-dessous.

L'adhésion et les garanties cessent :

- au terme contractuel du prêt ou en cas de remboursement total anticipé du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur,
- en cas de non paiement des primes par l'Assuré après mise en œuvre des formalités de l'article L. 141-3 du Code des assurances,
- à la date de versement de la prestation en cas de PTIA définie à l'article 10.2,
- en cas de mise en place d'un plan conventionnel « Banque de France » ou d'un plan de redressement judiciaire civil, sauf s'il y a maintien du paiement de la prime initiale (loi Neiertz),
- au jour de la réception par l'Assureur du courrier de renonciation dans les cas prévus à l'article 15.1,
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée au Prêteur au moins 2 mois avant le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Et en tout état de cause, les garanties cessent au plus tard :

- pour la garantie Décès : au 75^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- pour la garantie PTIA : au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- pour la garantie IT : à la date de départ ou de mise à la retraite ou en préretraite de l'Assuré quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, inaptitude), et au plus tard au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- pour la garantie Perte d'Emploi : à l'échéance des droits à prestation au titre de cette garantie, et à la date de départ ou de mise à la retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, inaptitude).

ARTICLE 9 - PRIMES

Les primes d'assurance sont incluses dans les échéances de remboursement et prélevées par le Prêteur sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne en même temps que les échéances du prêt. Le montant des primes est celui figurant dans le tableau d'amortissement édité par le Prêteur.

Les primes restent dues intégralement même après la cessation de l'une quelconque des garanties.

En cas de non paiement des primes, l'adhésion sera résiliée conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances. La résiliation interviendra au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi par le Prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt 10 jours après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

ARTICLE 10 - RISQUES GARANTIS

Sous réserve des garanties choisies par l'Assuré et des exclusions précisées à l'article 11, le contrat d'assurance couvre les risques Décès, PTIA, IT et PE (en option) ci-dessous définis.

10.1 Décès : Le Décès est couvert s'il survient avant le 75^{ème} anniversaire de l'Assuré.

10.2 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : Un Assuré est en état de PTIA lorsque les trois 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 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 survenir avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

10.3 Incapacité de Travail (IT) :

10.3.1 Incapacité Totale de Travail (ITT)

Un Assuré est en état d'ITT lorsque les 2 conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours (dite délai de franchise) décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail, l'Assuré se trouve à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'impossibilité absolue et médicalement constatée d'exercer, même partiellement, son activité professionnelle,
- l'Assuré doit justifier de son incapacité en produisant les pièces prévues à l'article 12.4.1.

10.3.2 Incapacité Partielle de Travail (IPT) :

Un Assuré est en état d'IPT lorsque les 3 conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- l'Assuré a bénéficié d'une prise en charge au titre de l'ITT qui a cessé suite à reprise de l'activité professionnelle,
- cette reprise d'activité doit être effectuée dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique (mi-temps thérapeutique) prescrit médicalement.
- l'Assuré doit justifier de son incapacité en produisant les pièces prévues à l'article 12.4.2.

10.4 Perte d'Emploi (PE) :

L'Assuré est en état de Perte d'Emploi, lorsque les conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- l'Assuré doit être au chômage total résultant directement d'un Licenciement ;
- à la date de notification du Licenciement, l'Assuré doit avoir exercé une activité professionnelle rémunérée dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois consécutifs auprès du même employeur ;
- la Perte d'Emploi doit être continue et indemnisée par Pôle Emploi pendant un délai de plus de 90 jours (délai de franchise) au titre duquel aucune garantie n'est due ;
- la Perte d'Emploi doit entraîner le versement d'allocations d'assurance chômage prévues aux articles L. 5421-1 du Code du travail ou les allocations de formation qui y sont liées.

ARTICLE 11 - RISQUES EXCLUS

11.1 Exclusions spécifiques aux garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité de travail

Les risques suivants ne sont pas couverts :

- le suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les exclusions visées à l'article L. 113-1 du Code des assurances,
- 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, les militaires en qualité de casques bleus et les démineurs dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion ;
- les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré(e) y prend une part active. Les militaires en qualité de casque bleu ne sont pas visés par cette exclusion.
- les conséquences d'accidents de navigation aérienne dans le cadre de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, vols sur U.L.M, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés par le règlementation européenne, vols sur deltaplanes et parapentes, et vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.
- les incapacités ou invalidités, qui résultent, 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 10 jours continus (hors hospitalisation de jour),
- les atteintes discales ou vertébrales : lumbago, lombalgie, sciatique, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, SAUF si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité.

11.2 Exclusions spécifiques à la garantie Perte d'Emploi

La garantie Perte d'Emploi ne joue pas lorsque l'Assuré est :

- à la retraite, mis en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, inaptitude) ;
 - au chômage après démission même indemnisé par Pôle Emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente versée aux personnes relevant de l'article L. 5424-1 du Code du travail ;
 - au chômage consécutif à une rupture du contrat de travail intervenue au cours ou à l'issue d'une période d'essai ou de stage ou à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée ;
 - au chômage partiel visé à l'article L. 5122-1 du Code du travail, ou saisonnier ;
 - au chômage non indemnisé par Pôle emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente versée aux personnes relevant de l'article L. 5424-1 du Code du travail ;
 - au chômage alors qu'il était, avant son Licenciement, salarié d'une entreprise contrôlée ou dirigée par lui-même ou par son conjoint, ses ascendants, ses descendants ou ses collatéraux privilégiés ou par les ascendants, les descendants ou les Collatéraux privilégiés de son conjoint, ou par son co-Emprunteur et la caution ;
 - au chômage à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée.
- Toutefois dans l'hypothèse où un contrat de travail à durée déterminée a interrompu une période de chômage prise en charge par l'Assureur, les prestations reprendront au terme du contrat précité, dès lors que la durée de celui-ci aura été égale ou inférieure à 3 mois.

ARTICLE 12 - FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré doit déclarer le sinistre à l'Assureur par l'intermédiaire de PROCILIA (21, rue d'Angiviller RP 756 - 78007 VERSAILLES CEDEX) dans les jours suivant la date à laquelle ils en ont connaissance.

Pour permettre de justifier le droit à prestation, les pièces suivantes doivent être produites au moment de la déclaration de sinistre et le cas échéant, au cours de toute la durée de celui-ci.

12.1 Pour tout type de sinistre

Le versement des prestations est subordonné à la production par l'Assuré des justificatifs visés au présent article.

Les justificatifs suivants seront adressés à l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur dans le respect du secret professionnel :

- une copie de l'offre (des offres) de prêt signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,
- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement ou de(s) échéancier(s) du (des) contrat(s) de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt,
- l'exemplaire du bulletin d'adhésion incluant, en cas de sinistre Décès, PTIA ou IT, la déclaration d'état de santé et le Questionnaire de Santé le cas échéant,
- l'exemplaire signé de la notification des conditions particulières d'assurance acceptée par l'Assuré.

12.2 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 :

- une copie du bulletin ou de l'acte de décès.

- un certificat médical indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est lié ou non à un risque exclu.

En cas de décès accidentel, le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.

Lorsque ces documents ne sont pas libellés en français, ils devront être traduits en français et certifiées par un membre de la représentation française dans le pays d'origine.

12.3 En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir à l'Assureur dans les 180 jours qui suivent la survenance de la PTIA, 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.

En cas de refus du médecin de remplir la partie qui lui est dédiée, un certificat médical attestant :

- que l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,

- que son état de santé 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) ;

- de 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.

Si l'Assuré concerné est Assuré Social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 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, copies de l'arrêté de position administrative ou l'avis de commission de réforme.

12.4 En cas d'Incapacité de Travail

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur pour chaque sinistre IT, à l'issue du délai de franchise de 90 jours définis à l'article 10.3, et au plus tard 180 jours après la fin du délai de franchise, les pièces justificatives indiquées ci-dessous.

A défaut de présentation des pièces dans les 180 jours suivant la fin du délai de franchise, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L. 113-2-4^o du Code des assurances.

12.4.1 En cas d'Incapacité Totale de Travail (ITT)

- 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 nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'I.T.T.,

- le point de départ de la maladie ou de l'accident,

- la durée probable de l'incapacité.

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 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**.

L'Assureur se réserve la possibilité d'exercer des contrôles médicaux pendant la durée de l'ITT susceptibles d'entraîner une cessation du versement des prestations. Les pièces émanant de la Sécurité sociale, ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur.

Les pièces émanant de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ne permettent pas de justifier d'un arrêt de travail.

12.4.2 En cas d'Incapacité Partielle de Travail (IPT)

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur la copie de la prescription médicale après avis du médecin du travail déterminant les modalités de la reprise d'activité dans le cadre du temps partiel thérapeutique ainsi que la copie de l'accord de l'employeur. Ces justificatifs doivent être renouvelés tous les trois mois sauf reprise d'activité professionnelle à temps plein, faute de quoi, les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

12.5 En cas de Perte d'Emploi

L'Assuré devra produire les justificatifs suivants :

- copie de la lettre de licenciement ,

- copie de la convocation à l'entretien préalable de licenciement,

- copie du certificat de travail de l'employeur attestant la date de début d'activité au sein de l'entreprise,

- copie de la notification d'admission aux allocations d'assurance chômage servies par Pôle Emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente,

En outre, pour bénéficier de la prestation financière, l'Assuré devra produire les justificatifs suivants à l'issue du **délai de franchise de 90 jours** défini à l'article 10.4 :

- les justificatifs de versement de ces allocations couvrant la totalité de la période de franchise,

- les avis de paiement mensuel attestant du versement d'allocation à ce titre.

Tant que dure la Perte d'Emploi, les justificatifs de paiement mensuel attestant du versement d'allocation à ce titre, doivent être renouvelés autant que de besoin, faute de quoi, les prestations cessent d'être versées.

ARTICLE 13 - CONTROLE MEDICAL

La production des justificatifs exigés à l'article 12 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le versement des prestations.

Au terme de l'examen de l'ensemble des pièces fournies par l'Assuré ou ses ayants droit, l'Assureur peut :

- accepter la prise en charge,

- refuser la prise en charge,

- suspendre la prise en charge dans l'attente de la production de justificatifs supplémentaires et/ou des conclusions du rapport d'une visite de contrôle médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur. En effet, l'Assureur peut décider à ses frais de soumettre l'Assuré à une visite médicale auprès d'un médecin qu'il aura mandaté. Le contrôle médical ne peut s'effectuer qu'en France.

Si après l'un des contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré ou ses ayants droit, une procédure de conciliation peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 15.2. 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. **Cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions du contrôle médical.**

ARTICLE 14 - PRESTATIONS VERSEES

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.

14.1 En cas de Décès survenant avant le 75^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur rembourse au Prêteur en une seule fois le montant du capital restant dû à la date du sinistre au titre du prêt et sur la base de la quotité assurée.

Les prestations servies au titre de la garantie IT, que ce soit au titre de l'ITT ou de l'IPT, n'interdisent pas le paiement du capital prévu au titre du Décès. La fraction du capital incluse dans les sommes versées par l'Assureur, à compter de la dernière échéance précédant le décès, est alors déduite du capital décès.

Si le Décès survient avant la première échéance du remboursement, le capital de base retenu est le montant du prêt tel qu'il est défini au contrat de prêt, ou à défaut dans l'offre préalable.

14.2 En cas de PTIA survenant avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur rembourse au Prêteur en une seule fois le montant du capital restant dû à la date du sinistre au titre du prêt et sur la base de la quotité assurée. Le versement de la prestation est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de survenance du sinistre. L'Assuré pris en charge au titre de la garantie IT, que ce soit au titre de l'ITT ou de l'IPT, peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA s'il vient à remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT ou IPT qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date. La part de ces prestations correspondant à des intérêts restera acquise au Prêteur.

14.3 En cas d'IT survenant avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré exerçant toujours une activité professionnelle, l'Assureur rembourse au Prêteur une prestation selon les modalités suivantes :

14.3.1 En cas d'Incapacité Totale de Travail :

- à l'issue du **délai de franchise de 90 jours** décompté à partir du premier jour d'Incapacité de Travail,

- la prestation est calculée sur la base de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt au prorata temporis du nombre de jours d'Incapacité dûment justifiés et de la quotité assurée.

Il s'agit :

- de la prime d'assurance mensuelle ainsi que les intérêts sur les prêts amortissables comportant une période de différé partiel,

- de la prime d'assurance mensuelle, des intérêts ainsi que de l'amortissement du capital, pendant la période d'amortissement.

En aucun cas, la prestation ne pourra excéder le montant de l'échéance mensuelle du prêt (prime d'assurance incluse).

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer à ses frais pendant toute la durée de l'Incapacité Totale de Travail, des contrôles médicaux par un médecin chargé d'apprécier l'état d'ITT et dont les conclusions peuvent conduire à une cessation de prise en charge.

Tout arrêt de travail dû à une rechute et survenant moins de deux mois après la fin d'une période de prise en charge ne donne pas lieu à l'application d'un nouveau délai de franchise.

Lorsque plusieurs emprunteurs sont garantis au titre d'un même financement les prestations versées par l'Assureur au titre de l'Incapacité Totale de Travail simultanée des deux Assurés, pendant une même période, sont limitées au montant des échéances dues au titre du(des) prêt(s) garanti(s) (prime d'assurance incluse).

FIN DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL

Les prestations cessent dans les cas suivants :

- lorsque l'Assuré est reconnu, suite à un contrôle médical, apte à exercer son activité professionnelle, même partiellement ;

- lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle rémunérée, même partiellement ;

- lorsque l'Assuré cesse de percevoir des prestations en espèces de la Sécurité sociale ;

- lorsque l'Assuré bénéficie de prestations d'invalidité ou d'incapacité partielles notamment d'une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale d'indemnités journalières pour temps partiel ou thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3 ;

- aux dates de survenance des cas de cessation des garanties définies à l'article 8.

14.3.2 En cas d'Incapacité Partielle de Travail consécutive à un sinistre Incapacité Totale de Travail et survenant avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré l'Assureur rembourse au Prêteur une prestation calculée sur 50 % de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt au prorata temporis du nombre de jours de mi-temps thérapeutique dûment justifiés et compte tenu de la quotité assurée.

Il s'agit :

- de la prime d'assurance mensuelle ainsi que les intérêts pour les prêts amortissables comportant une période de différé partiel,
- de la prime d'assurance mensuelle, des intérêts ainsi que de l'amortissement du capital, pendant la période d'amortissement.

En aucun cas, la prestation ne pourra excéder le montant de l'échéance mensuelle du prêt (prime d'assurance incluse).

FIN DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'INCAPACITE PARTIELLE DE TRAVAIL

Les prestations cessent dans les cas suivants :

- lorsque l'Assuré est reconnu apte à reprendre son activité professionnelle à temps complet,
- lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle rémunérée à temps complet,
- après 12 mois d'indemnisation au titre de l'Incapacité Partielle de Travail,
- aux dates de survenance des cas de cessation des garanties définies à l'article 8.

14.4 En cas de Perte d'Emploi

Si lors de la demande d'adhésion, l'Emprunteur a choisi d'être assuré pour la garantie Perte d'Emploi et qu'il remplit les conditions définies à l'article 10.4, il bénéficie d'une prestation de reclassement professionnel et d'une prestation financière selon l'option choisie.

- **OPTION 1** : Prise en charge à 40 % de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt pendant 12 mois de sinistre avec Aide au Retour à l'Emploi ;

- **OPTION 2** : Prise en charge à 40 % de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt les 12 premiers mois de sinistre, 60 % du 13^{ème} au 24^{ème} mois, 75 % du 25^{ème} au 36^{ème} mois ; avec Aide au Retour à l'Emploi.

14.4.1 Prestation de reclassement professionnel (aide au retour à l'emploi)

L'Assuré doit signer la charte d'engagement avec la société ALTEDIA-LEE HECHT HARRISON Groupe ADECCO, selon les modalités prévues à l'article « modalités de mise en œuvre de la prestation de reclassement » décrites dans la Convention de prestations jointe à la présente notice d'information.

14.4.2 Prestation financière

En cas de Perte d'Emploi telle que définie à l'article 10.4 de la présente notice d'information, l'Assureur verse au Prêteur selon l'option choisie lors de la demande d'adhésion, et à l'issue du délai de franchise de 90 jours* décompté à partir du premier jour de Perte d'Emploi, une prestation financière correspondant à :

- **OPTION 1** : Prise en charge à 40 % de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt pendant 12 mois de sinistre ;

- **OPTION 2** : Prise en charge à 40 % de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt les 12 premiers mois de sinistre, 60 % du 13^{ème} au 24^{ème} mois, 75 % du 25^{ème} au 36^{ème} mois ;

En cas d'assurance sur deux têtes, les prestations versées par l'Assureur au titre de la Perte d'Emploi simultanée des deux Assurés, pendant une même période, sont limitées au montant des échéances dues au titre du(des) prêt(s) garanti(s) (prime d'assurance incluse).

L'échéance mensuelle de remboursement du prêt est calculée prorata temporis du nombre de jours de Perte d'Emploi dûment justifiés et en fonction de la quotité assurée selon l'option choisie.

Le nombre de sinistres pris en charge est limité à 2 pendant toute la durée de l'adhésion.

La durée du service des prestations pour un même sinistre est limitée à :

- **OPTION 1** : 12 mois consécutifs, pour toute la durée du prêt ;

- **OPTION 2** : 36 mois consécutifs, pour toute la durée du prêt.

*Lorsqu'une période d'indemnisation inférieure à 12 mois est suivie d'une période de reprise d'activité inférieure ou égale à 90 jours puis d'une nouvelle période de Perte d'emploi, il n'est pas procédé à l'application d'un nouveau délai de franchise pour indemniser cette nouvelle période. Cependant, celle-ci est considérée comme faisant suite à la première période indemnisée pour apprécier le maximum de 12 ou 36 mois consécutifs de prise en charge.

FIN DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Les prestations cessent dans les cas suivants :

- aux dates de survenance des cas de cessation des garanties définies à l'article 8,

- lorsque l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 12.5,

- à l'échéance des droits à prestation au titre de la garantie Perte d'Emploi conformément à l'option choisie lors de l'adhésion,

- à la date de départ ou de mise à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, inaptitude).

ARTICLE 15 - DROITS ET INFORMATION DES ASSURES

15.1 Renonciation en cas de vente par démarchage ou de vente à distance (VAD)

La signature du bulletin d'adhésion à l'assurance ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré s'il a adhéré suite à un démarchage ou si le contrat a été vendu à distance. L'Assuré 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 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 le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ». L'Assuré ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

- Si le contrat est vendu à distance :

Le contrat est vendu en Vente A Distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance notamment par Internet ou par correspondance.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, L'Assuré peut renoncer à l'assurance dans un délai de 14 jours à compter de la date de conclusion de l'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

b- Modalités de renonciation :

Pour exercer son droit à renonciation, l'adhérent doit adresser à PROCILIA - Contrat n°0910P - 21, rue d'Angivillier - RP 756 - 78007 VERSAILLES CEDEX, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°0910P que j'ai signée 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 à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

- Si le contrat a été vendu par démarchage :

L'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime annuelle 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.

- Si le contrat a été vendu à distance :

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.

15.2 Conciliation et tierce expertise

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 CNP Assurances 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, chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du tiers expert seront supportés pour moitié par chaque partie. En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

15.3 Réclamation - 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 - 4, Place Raoul Dautry - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré peut s'adresser à CNP Assurances - 4, Place Raoul Dautry - TSA 67162 - 75716 Paris Cedex 15.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après qu'il aura épuisé les voies de recours amiable auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent saisir le Médiateur de CNP Assurances, en adressant leur demande au Secrétaire 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.

15.4 Délai de prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par 2 ans, à compter de l'événement qui lui a donné naissance, conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances.

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.

15.5 Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance

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

15.6 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 votre adhésion et à la gestion de votre contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, ainsi qu'aux réassureurs, mandataires et prestataires. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment par courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, Place Raoul Dautry, 75716 Paris CEDEX 15.

15.7 Loi applicable - Langue utilisée

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant toute la durée des relations précontractuelles et contractuelles.

CONVENTION DE PRESTATIONS N° 2008-32-05-178 A CONSERVER PAR L'ASSURE
*Convention de prestations souscrite par CNP Assurances agissant au nom et pour le compte de CNP I.A.M. auprès de la Société
ALTEDIA - LEE HECHT HARRISON Groupe ADECCO dont l'assurance responsabilité civile professionnelle N° de police F300 115
est souscrite auprès de la société CNA*

BENEFICIAIRES

Sont bénéficiaires de la présente convention, les emprunteurs et coemprunteurs personnes physiques de PROCILIA assurés au titre du contrat d'assurance n° 0910P ayant souhaité bénéficier de la garantie Perte d'Emploi.

PRISE D'EFFET

La date de prise d'effet de la présente convention est identique à celle prévue à l'article 7.2 de la notice d'information.

CONDITIONS DE GARANTIE

La prestation définie dans la présente convention est acquise à l'issue du délai d'attente prévu à l'article 7:2 de la notice d'information et selon les conditions de garanties prévues à l'article 10.4 de ladite notice.

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION DE RECLASSEMENT

Lorsque la demande de prise en charge est recevable, l'Assureur transmet à l'Assuré un courrier dans lequel est indiqué le nom et les coordonnées du Chef de Projet ALTEDIA - LEE HECHT HARRISON Groupe ADECCO.

L'Assuré doit prendre contact avec le Chef de Projet, au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date figurant sur ce courrier afin de convenir d'un rendez-vous. Lors du rendez-vous, le Chef de Projet présente le processus de reclassement et invite l'Assuré à signer la charte d'engagement avec ALTEDIA - LEE HECHT HARRISON Groupe ADECCO.

A défaut de respect du délai mentionné ci-dessus ou en cas de refus de signature de la charte d'engagement, l'Assuré est réputé renoncer au bénéfice de l'ensemble des prestations du contrat n°0910P.

DUREE DE LA PRESTATION

Le dispositif de reclassement s'étend sur une durée de **6 mois** à compter de la date de signature de la charte d'engagement. Toutefois, cette durée est portée à 7 mois si cette période inclut le mois d'août.

La prestation est due une seule fois au titre d'un même Licenciement. Toutefois, exceptionnellement, si à l'issue de la période de reclassement l'Assuré bénéficie d'un contrat de travail à Durée Déterminée d'une durée inférieure à 4 mois, il pourra bénéficier d'une autre prestation de reclassement à la fin de son Contrat à Durée Déterminée après demande auprès de l'Assureur. En cas d'interruption d'un processus de reclassement en cours pour raisons médicales, accident ou autres, ALTEDIA - LEE HECHT HARRISON Groupe ADECCO se charge d'étudier la demande de reprise de prestations.

DISPOSITIF DE RECLASSEMENT

Les candidats au dispositif de reclassement bénéficient :

- d'un accueil par des consultants spécialisés dans l'aide au retour à l'emploi ;
- d'un entretien individuel permettant de faire un bilan approfondi et de concrétiser un projet professionnel ;
- d'une formation aux techniques de recherche d'emploi comprenant une session de 2 à 4 jours consécutifs ou non de formation en petit groupe pour acquérir les connaissances et les outils nécessaires à une recherche d'emploi ;
- d'un suivi individuel et collectif : un rendez-vous minimum hebdomadaire est prévu notamment dans l'agence du Groupe ADECCO la plus proche du domicile de l'Assuré. Des réunions à thèmes seront proposées, afin d'analyser les réussites et les difficultés ;
- d'une mise à disposition d'une structure d'accueil équipée en moyens logistiques de recherche d'emploi ;
- d'une présentation aux entreprises.

CESSATION DU DISPOSITIF DE RECLASSEMENT

Outre les cas de cessation des prestations prévus à l'article 14.4 de la notice d'information la prestation de reclassement cesse :

- au terme des 6 mois de reclassement (7 en cas de mois d'août) ;
- en cas de formation longue à l'initiative de l'Assuré.

CESSATION DU BENEFICE DE LA CONVENTION

Les cas de cessation de l'adhésion et de la garantie prévus à l'article 8 de la notice d'information s'appliquent également à la présente convention.

EXCLUSIONS

Les exclusions prévues à l'article 11 de la notice d'information s'appliquent également à la présente convention.

PRIME

Le taux de prime annuel de 0,05% correspondant à la prestation de reclassement professionnel est inclus dans le taux de prime annuel indiqué dans l'offre de prêt.

Les modalités de calcul et de paiement de la prime sont définies à l'article 9 de la notice d'information.

LITIGES - ATTRIBUTION DE JURIDICTION

Toute contestation pouvant s'élever sur la présente convention relève de la seule responsabilité d'ALTEDIA - LEE HECHT HARRISON Groupe ADECCO. Tout différend touchant l'interprétation ou l'exécution de la présente convention sera porté devant les tribunaux compétents.

CNP Assurances Société anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré RCS Paris 341 737 062
4, place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15 Entreprise régie par le Code des assurances

ALTEDIA Société Anonyme au capital de 3 011 177 50 € - RCS Paris 8411 787 567 00022
Code Nat 7022 Z N° Identifiant TVA : FR 07411787567
Siège Social : 5 rue de Milan, 75319 PARIS CEDEX 09

- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, je reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet des garanties à la plus tardive des deux dates suivantes : date de conclusion de l'adhésion ou date de signature de l'offre de prêt ;

• Donne mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.

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 L. 113-8 du Code des assurances. La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours : si le document devait parvenir ultérieurement à l'Assureur, la décision de ce dernier pourrait être subordonnée à l'établissement d'une nouvelle déclaration.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique, fichiers et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à votre adhésion et à la gestion de votre contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, responsable du traitement, le coassureur, votre organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - 4, Place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15 - à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés (pour les données administratives) ou du Médecin Conseil de CNP Assurances (pour les données de santé).

Fait à : _____ le : _____ Signature de la personne à assurer :

FORMALITES D'ADHESION

Le bulletin d'adhésion à l'assurance doit impérativement être accompagné d'une Déclaration d'Etat de Santé ou d'un Questionnaire de Santé dans les conditions indiquées ci-dessous :

- Si le montant total de votre financement est inférieur ou égal à 50 000 € et si vous remplissez toutes les conditions de la Déclaration d'Etat de santé ci-après, datez et signez-la.
- Sinon vous devez remplir et signer le Questionnaire de Santé.

DECLARATION D'ETAT DE SANTE

Lisez d'abord intégralement cette déclaration avant de signer et de vous engager sur ce document

JE DECLARE SUR L'HONNEUR :

En fonction de ma taille, ne pas peser plus de :

Taille en cm	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	Plus de 180
Poids en kg	80	83	88	92	98	102	108	110

- ne pas être actuellement en interruption de travail pour cause de maladie ou d'accident, ne pas bénéficier d'une rente ou d'une pension d'invalidité, ne pas être exonéré(e) du ticket modérateur pour raison de santé, n'être soumis(e) à aucun traitement,
- ne pas avoir de handicap, ni d'infirmité,
- ne pas avoir, au cours des 5 dernières années été en arrêt de travail plus de 30 jours continus pour raison de santé, ni subi d'intervention chirurgicale autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ;
- n'avoir jamais :
 - suivi de traitement pour maladie du sang, affection rénale ou de l'appareil digestif, diabète, hypertension artérielle, affection cardiaque, vasculaire, respiratoire, cancéreuse, neurologique, psychiatrique,
 - fait l'objet d'exclusion, de refus ou de surprime lors de la demande d'adhésion à un autre contrat d'assurance-vie.
- ne pas devoir subir des examens médicaux (sauf médecine du travail ou préventive), un traitement médical, une hospitalisation, une intervention chirurgicale, dans les 12 prochains mois.

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité de l'adhésion (article L. 113-8 du Code des assurances).

Conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données relatives à votre santé que vous pouvez exercer à tout moment auprès du Médecin Conseil de CNP Assurances - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

Fait à : _____ le : _____ Signature de la personne à assurer :