



Réf Contrat : 07400

Entreprises contractantes

CNP Assurances - société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 – Tél : 01 42 18 88 88 – www.cnp.fr – Entreprise régie par le code des assurances – GROUPE CAISSE DES DEPOTS

BPCE Vie - société anonyme au capital de 161 469 776 euros - 349 004 341 RCS Paris

BPCE - société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 170 384 630 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France -75201 Paris Cedex 13

NOTE D'INFORMATION

RELATIVE AU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EN COUVERTURE DE PRETS N° 2163B

POUR L'EMPRUNTEUR ASSURE POUR LE DECES SEUL

1. NOM COMMERCIAL DU CONTRAT :

Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n° 2163B.

2. CARACTERISTIQUES DU CONTRAT :

2.1 DEFINITION CONTRACTUELLE DE LA GARANTIE :

Le contrat d'assurance de groupe n° 2163B comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital des prêts personnels, des prêts étudiants et des prêts à la consommation (y compris des Crédits pour Objet Divers d'une durée inférieure ou égale à 10 ans et d'un montant inférieur ou égal à 150 000 euros) en cas de décès de l'Assuré intervenant **avant son 80^{ème} anniversaire**.

2.2 DUREE DU CONTRAT :

Durée du contrat d'assurance de groupe

Le contrat d'assurance de groupe est souscrit pour une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionné dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de garantie visés à l'article 12 de la notice d'information.

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

2.3 MODALITES DE VERSEMENT DES PRIMES :

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une prime forfaitaire mensuelle calculée en pourcentage du capital initial du prêt.

La prime est exigible dès la prise d'effet de la garantie et prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt notamment sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union européenne.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. **En cas de non paiement des primes, l'Assuré peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances.**

2.4 DELAIS ET MODALITES DE RENONCIATION AU CONTRAT :

L'Emprunteur peut renoncer à son adhésion au présent contrat dans les **30 jours calendaires** révolus à compter de la date de signature du bulletin individuel de demande d'adhésion qui constitue la date de conclusion de l'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse du Prêteur selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme, Mlle).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n° 2163B que j'ai signée le..... à..... (lieu d'adhésion). Le(date et signature). ».

La renonciation est effective à la date de réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec AR. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé.

En cas d'accord exprès de l'Emprunteur pour la prise d'effet immédiate de la garantie, le contrat prend fin à la date de réception de la lettre de renonciation. L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la prime éventuellement versée dans un délai de **30 jours calendaires** révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

2.5 FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE :

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

- un bulletin de décès ou un acte de décès original,
- une attestation médicale indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus par l'article 14 « Risques exclus ». En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront en apporter la preuve par tout moyen.

Pour les ressortissants de pays étrangers, ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

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

2.6 INFORMATIONS SUR LES PRIMES RELATIVES AUX GARANTIES PRINCIPALES ET COMPLEMENTAIRES :

Le remboursement anticipé total ne donne lieu à aucun remboursement de prime.

Pour les prêts avec différé en capital et en intérêts, la prime d'assurance est aussi due dès la prise d'effet des garanties.

2.7 LOI APPLICABLE ET INDICATIONS GENERALES RELATIVES AU REGIME FISCAL :

Conformément à la législation fiscale française et au code des assurances, la prestation étant versée à l'établissement prêteur à titre onéreux, en remboursement d'une dette, elle n'est pas soumise aux droits de mutation en cas de décès.

3. PROCEDURE D'EXAMEN DES LITIGES :

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré peut s'adresser à CNP Assurances –Service Réclamations - TSA 10681 - 44968 NANTES Cedex 9.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peu(ven)t saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 9 ou sur le site internet : www.mediation-assurance.org.

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.

NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE

Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêt n° 2163B souscrit par BPCE, dénommée "le Souscripteur" pour le compte du réseau des Caisses d'Épargne et de leurs filiales et du Crédit Coopératif dénommées "le Prêteur" auprès de CNP Assurances et BPCE Vie, dénommées "l'Assureur".

Ce contrat relève des branches 1, 2, et 20 du code des assurances.

Ce contrat est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur

DEFINITIONS

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

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

Apériteur : CNP Assurances

Assuré : est ainsi dénommé, tout emprunteur dont au moins une garantie de la présente notice d'information a pris effet ;

Assureur : CNP Assurances et BPCE Vie

Délai d'attente : période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Tout événement survenant pendant le délai d'attente, ainsi que ses suites et ses conséquences ne sont pas garantis, et ce pendant toute la durée de l'adhésion.

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

Prêteur : est ainsi dénommée la Caisse d'Épargne qui a consenti le prêt.

Emprunteur : est ainsi dénommée, toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance groupe mais pour laquelle les garanties n'ont pas encore pris effet ; il s'agit des emprunteurs, des coemprunteurs et de leurs cautions.

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

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir les Assurés contre les risques de **Décès**, **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** (PTIA) et **Incapacité Temporaire Totale** (ITT), sous réserve de la formule proposée et retenue par l'Emprunteur lors de l'adhésion, des caractéristiques des prêts et des conditions précisées dans la présente notice.

Ce contrat est co-assuré par CNP Assurances pour une quote-part de 66 % et par BPCE Vie pour une quote-part de 34 %.

CNP Assurances est apériteur du contrat et représente BPCE Vie pour l'ensemble des opérations effectuées sur ce contrat.

ARTICLE 2. INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

2.1 - Le contrat n° 2163B assuré par CNP Assurances, Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - RCS Paris 341 737 062, - siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15 - Entreprise régie par le code des assurances, GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS et BPCE Vie, société anonyme au capital de 161 469 776 euros - 349 004 341 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances - dénommées « l'Assureur ». L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances et BPCE Vie. Le distributeur du contrat d'assurance est le prêteur dont les coordonnées et le numéro d'immatriculation à l'ORIAS sont indiqués dans l'offre de contrat de crédit.

2.2 - Les modalités de calcul de primes sont indiquées à l'article 21 PRIMES de la présente notice.

2.3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article 10.2 DUREE DE L'ADHESION. Les garanties de l'adhésion sont mentionnées aux articles 16.1 DECES, 16.2 PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, 16.3 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE. Les exclusions au contrat n° 2163B sont mentionnées à l'article 14 RISQUES EXCLUS.

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

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 10 DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION et à l'article 11 DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES. L'adhésion au contrat n° 2163B s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 8 FORMALITES D'ADHESION. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 22 CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge du (des) Emprunteur(s). Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de CNP Assurances et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) Emprunteur(s) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

2.5 - Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 13 FACULTE DE RENONCIATION. En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'Emprunteur doit acquitter un premier versement de prime.

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

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

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n°99-532 du 25/06/99 - article 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).

2.8 - Le Document d'information sur le produit d'assurance prévu par l'article L.112-2 du Code des assurances a été remis à l'Assuré en même temps que la présente Notice d'Information.

ARTICLE 3. CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT

L'assurance est destinée à garantir le remboursement des prêts personnels, des prêts étudiants et des crédits à la consommation (dont les Crédits pour Objets Divers) d'une durée inférieure ou égale à **10 ans** et d'un montant inférieur ou égal à **150 000 euros** consentis aux Emprunteurs par le Prêteur.

Les prêts et crédits assurables précités peuvent être soit des prêts amortissables, soit des prêts avec différé total (différé de capital et intérêts), soit des prêts avec différé partiel (différé de capital seulement).

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites suivantes :

Prêt ≤ à 21 500 euros et âge < 61 ans (ne pas avoir atteint son 61 ^{ème} anniversaire)
Formule 1 : Décès et PTIA
Prêt > à 21 500 euros et < à 75 000 euros et/ou âge compris entre 61 ans (avoir atteint son 61 ^{ème} anniversaire) et 65 ans (ne pas avoir atteint son 65 ^{ème} anniversaire)
- Formule 2 - Soumise au Questionnaire de Santé Simplifié : Décès et PTIA - Formule 3 - Soumise au Questionnaire de Santé Simplifié : Décès, PTIA et ITT - Formule 4 - Si l'Emprunteur n'est pas en mesure répondre NON au Questionnaire de Santé Simplifié : Décès accidentel et PTIA accidentelle - Formule 5 - Si l'Emprunteur n'est pas en mesure répondre NON au Questionnaire de Santé Simplifié : Décès toute cause, PTIA toute cause et ITT accidentelle
Prêt ≥ à 75 000 euros et/ou âge compris entre 61 ans (avoir atteint son 61 ^{ème} anniversaire) et 65 ans (ne pas avoir atteint son 65 ^{ème} anniversaire)
- Formule 2 - Soumise au Questionnaire de Santé Simplifié : Décès et PTIA - Formule 3 - Soumise au Questionnaire de Santé Simplifié : Décès, PTIA et ITT - Formule 4 - Si l'Emprunteur n'est pas en mesure répondre NON au Questionnaire de Santé Simplifié : Décès accidentel et PTIA accidentelle
Age compris entre 65 ans (avoir atteint son 65 ^{ème} anniversaire) et 75 ans (ne pas avoir atteint son 75 ^{ème} anniversaire)
Formule 6 - Soumise au Questionnaire de Santé Simplifié : Décès seul

Pour les prêts avec différé partiel, l'assurance couvre pendant le différé, les risques Décès, PTIA et ITT lorsque cette dernière est proposée et retenue. Dans les cas suivants : report de la première mensualité, report d'une ou deux échéances par an en cours de vie du prêt, ou pour les prêts avec différé total, l'assurance couvre pendant la période de report ou de différé uniquement les risques Décès et PTIA.

ARTICLE 4. BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

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

ARTICLE 5. POPULATION ASSURABLE

Peuvent adhérer au présent contrat :

- les personnes n'ayant pas atteint leur 75^{ème} anniversaire au jour de la signature de la demande d'adhésion, sous réserve des dispositions de l'article 3,
- l'emprunteur, ses coemprunteurs et les cautions de personnes morales qui bénéficient de prêts définis à l'article 3,
- les cautions de personnes physiques.

ARTICLE 6. MONTANT MAXIMUM GARANTI

Le montant maximum des prêts garantis est fixé à 150 000 euros par financement quel que soit le nombre de prêts.

ARTICLE 7. REPARTITION DE L'ASSURANCE SUR LA TETE DES EMPRUNTEURS

L'assurance repose obligatoirement à 100% sur la tête de chaque emprunteur, dans la limite du plafond fixé à l'article 6.

ARTICLE 8. FORMALITES D'ADHESION

L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires, elles s'effectuent au moment de la demande de prêt et doivent être complétées par l'Emprunteur, le coemprunteur et la caution. Elles comportent une demande d'adhésion à l'assurance et éventuellement un Questionnaire de Santé Simplifié si le montant du prêt est supérieur à 21 500 € et/ou si l'Emprunteur est âgé d'au moins 61 ans.

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, conformément à l'article L 113-8 du code des assurances.

ARTICLE 9. TERRITORIALITE DU CONTRAT

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

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

Pour ces derniers, la mise en jeu des garanties est toutefois possible, au retour de l'Assuré sur le sol français, dans les conditions suivantes :

- la prestation PTIA sera calculée sur la base du capital restant dû au tableau d'amortissement ou à l'échéancier du contrat de prêt, arrêté au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Assureur sur le sol français,
- la prestation ITT est subordonnée à la présence de l'Assuré sur le sol français. Le point de départ du délai de franchise se situera au plus tôt au jour de la constatation médicale par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français.

ARTICLE 10. DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION

10.1 – Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue à la date de signature par l'Emprunteur du bulletin individuel de demande d'adhésion figurant dans l'offre de prêt, sous réserve que l'Assuré ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature de la demande individuelle d'adhésion et du paiement de la première prime d'assurance.

10.2 – Durée de l'adhésion

Elle est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 12.

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

ARTICLE 11. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

- à la date de conclusion de l'adhésion,
- ou
- à la date de signature de l'offre de prêt par l'Emprunteur.

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

ARTICLE 12. CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent :

1. au terme contractuel du prêt ;
2. à la date de remboursement total anticipé du prêt ;
3. en cas de résiliation du contrat entre l'Assureur et le Souscripteur ; toutefois, toutes les garanties souscrites sont maintenues aux Assurés dans les conditions de cette notice, les cotisations continuent d'être dues,
4. en cas de renonciation expresse de l'Emprunteur à l'offre de prêt dans le délai qui lui est imparti ;
5. au jour de la réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, de la lettre de résiliation conformément à l'article 10.2 ;
6. au jour de la réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 13 ;
7. en cas de fausse déclaration intentionnelle prononcée par l'Assureur conformément à l'article L113-8 du Code des assurances ;
8. à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt ;
9. à la date de versement de la prestation en cas de décès ou de PTIA ;
10. en cas de non-paiement de la prime selon les modalités prévues à l'article 22 ;
11. au-delà d'un report de plus de 12 échéances de prêt ou en cas de nouvelle offre de prêt ;
12. en cas de renégociation amiable du contrat de prêt entre le Prêteur et l'Emprunteur (hors procédures en cas de surendettement) ;
13. pour la caution assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution, avec l'accord du Prêteur ;
14. en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur ;
15. et en tout état de cause, au plus tard :
 - au jour du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties ITT et PTIA ;
 - au jour du 80^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie Décès.

ARTICLE 13. FACULTE DE RENONCIATION

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

13.1 Délai pour exercer la faculté de renonciation

- Si le contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou internet). Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

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

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

Ces délais commencent à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.

- 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 1er 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 que n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de **14 jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ». La date de conclusion est définie à l'article 10.

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

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

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

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

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

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

13.2 Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser au Prêteur 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 n° 2163B que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion). Le (Date et signature) ».

13.3 Effets de la renonciation

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

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

- **si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage**, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec AR.

L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

ARTICLE 14. RISQUES EXCLUS

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

- Le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties ;
- Les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances ;
- Les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active ;
- Les conséquences des faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.*
- Les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- Les conséquences de vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- Les conséquences de vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parapente et parachute ascensionnel ;
- Des vols d'essai, vols sur prototype, tentatives de records ;
- Des sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne ;
- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ;
- L'Incapacité Temporaire Totale qui résulte, par suite de maladie ou d'accident :

- Quelle qu'en soit la cause, d'une affection psychiatrique ; affection psychotique ; affection névrotique ; dépression nerveuse ; syndrome anxio-dépressif ; état dépressif ; anxiété, SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus (hors hospitalisation de jour), ou si l'Assuré a été mis par jugement de mise sous tutelle ou curatelle, à la suite d'une affection citée dans la présente clause,
- d'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.

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

ARTICLE 15. REGLES DE CALCUL DES PRESTATIONS

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

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

ARTICLE 16. DEFINITIONS DES GARANTIES ET MONTANT DES PRESTATIONS

Les garanties sont accordées sous réserve du paiement des primes d'assurance et selon la formule retenue lors de l'adhésion.

Les cautions, telles que précisées sur le bulletin individuel de demande d'adhésion, doivent avoir été actionnées au titre de leur engagement de caution pendant plus de 6 mois à la date de survenance du sinistre PTIA ou ITT, pour demander le bénéfice des garanties.

16.1 Garantie DECES

Délai d'attente : le décès qui survient au cours des 12 mois suivant la prise d'effet n'est pas couvert, pour les Assurés ayant choisi la formule 5, sauf s'il résulte d'un Accident, tel que défini à l'article « DEFINITIONS ».

Prestation garantie

En cas de décès de l'Assuré en cours d'assurance et **avant son 80^{ème} anniversaire**, l'Assureur verse au Prêteur :

- Pour les prêts amortissables ou pour les prêts comportant un différé d'amortissement, durant la phase d'amortissement :
 - ✓ le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement, au lendemain de l'échéance précédant immédiatement la date du décès,
 - ✓ et, lorsque l'échéance est à terme échu, les intérêts (hors intérêts de retard) courus depuis cette dernière échéance jusqu'au jour du décès.
- Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital seulement, durant cette phase de différé :
 - ✓ le montant initial du prêt ou le montant débloqué selon que la prime est calculée respectivement sur le capital initial ou sur le capital débloqué,
 - ✓ et, lorsque l'échéance est à terme échu, les intérêts (hors intérêts de retard) courus depuis la dernière échéance jusqu'au jour du décès.
- Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital et intérêts ou In Fine, durant cette phase de différé :
 - ✓ le montant initial du prêt ou le montant débloqué selon que la prime est calculée respectivement sur le capital initial ou sur le capital débloqué,
 - ✓ les intérêts contractuels (hors intérêts de retard) courus jusqu'au jour du décès.

Cas particuliers

- lorsque le montant du prêt est débloqué en plusieurs fois le capital retenu pour le calcul des prestations ne pourra dépasser le montant effectivement débloqué au jour du décès, sauf si l'assuré ou ses ayants droit demandent le versement par le Prêteur du capital non débloqué.
- si le décès survient avant la première échéance de remboursement, le capital retenu pour le calcul des prestations est le montant du prêt tel qu'il est défini dans l'offre préalable de prêt déduction faite des primes d'assurance dues et non réglées.
- L'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 16.3, peut bénéficier d'une prise en charge au titre de la garantie Décès. Toutefois, les prestations ITT qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance du décès, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

16.2 Garantie PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Délai d'attente : la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie qui survient au cours des 12 mois suivant la prise d'effet n'est pas couverte quelle que soit la formule choisie, sauf si elle résulte d'un Accident tel que défini à l'article « DEFINITIONS ».

16.2.1 Définition

Un Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (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 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**.

16.2.2 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 16.1 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 16.3, peut bénéficier d'une prise en charge au titre de la garantie 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.

16.3 Garantie INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT)**16.3.1 Définition**

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

- pour un assuré exerçant une activité professionnelle ou en recherche d'emploi au jour du sinistre, d'exercer une activité professionnelle quelconque même à temps partiel,

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

16.3.2 Délai de franchise

Pour l'ITT, le Délai de Franchise est de **90 jours** et est décompté à partir du :

- 1er jour d'hospitalisation ou du jour du jugement de mise sous tutelle ou curatelle, en cas d'affection psychiatrique, affection psychotique, affection névrotique, dépression nerveuse, syndrome anxio-dépressif, état dépressif, anxiété, si elle donne lieu à prise en charge,

- 1er jour de l'intervention chirurgicale dans le cas d'atteinte discale ou vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatique, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale et ses complications neuromusculaires, si elle donne lieu à prise en charge,

- 1er jour d'interruption d'activité dans tous les autres cas.

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

Non-application du délai de franchise en cas de rechute

Le délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré (conformément à l'article 18.4), due à la même affection que celle qui motivait la demande précédente, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 60 jours.

16.3.3 Prestations garanties

Les prestations sont versées, au plus tôt :

- pour les non-salariés, non fonctionnaires ou assimilés, et les sans activité professionnelle, après expiration du délai de franchise, soit au 91^{ème} jour suivant la cessation d'activité relative à l'ITT.

- pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, après expiration du délai de franchise susvisé, au plus tôt à la date où est enregistrée la perte de revenu.

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

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

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

100 % du montant de l'échéance mensuelle de remboursement (prime d'assurance comprise au titre de la présente notice), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiée par l'Assuré.

Pour les prêts avec différé partiel d'amortissement, les échéances retenues correspondent aux intérêts dus et aux primes d'assurance à la charge de l'Assuré au cours de la période d'ITT.

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

50 % du montant de l'échéance mensuelle de remboursement (prime d'assurance comprise au titre de la présente notice), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiée par l'Assuré.

Pour les prêts avec différé partiel d'amortissement, les prestations versées correspondent aux intérêts dus et aux primes d'assurance à la charge de l'Assuré au cours de la période d'ITT.

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

Les prestations mensuelles sont, dans tous les cas, **limitées à la perte de revenu de l'Assuré**, et ne peuvent en aucun cas excéder le montant des échéances mensuelles de remboursement à la charge de l'Assuré au cours de la période d'ITT.

La perte de revenu est définie comme étant la différence entre le « **revenu de référence** » (1) de l'Assuré avant l'arrêt de travail et son « **revenu de remplacement** » (2), au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiée par l'assuré.

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

(2) Le « **revenu de remplacement** » est calculé par l'Assureur en appliquant à ce « **revenu de référence** » les principes d'indemnisation (taux, durée, délais) des accords employeurs, des conventions collectives et des régimes de prévoyance de base et complémentaires. À défaut, le revenu de remplacement sera déterminé tous les mois à partir de l'ensemble des justificatifs des prestations en espèces réglées par les régimes d'indemnisation de l'Assuré y compris maintien de salaire employeur.

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

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

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

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

ARTICLE 17. CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS ITT

Le versement des prestations ITT cesse :

- dans les cas de cessation de la garantie visés à l'article 12 (à l'exclusion du cas visé au 10° de l'article 12),
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en ITT tel que défini à l'article 16.3, notamment lorsque :
 - il est reconnu apte à exercer une activité même à temps partiel suite à un contrôle médical,
 - il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement des prestations de son régime de protection sociale,
 - il bénéficie de prestations attestant d'une incapacité partielle, notamment mi-temps thérapeutique.
- à la date à laquelle est enregistrée la fin de la perte de revenu pour les Assurés salariés, fonctionnaires ou assimilés.

ARTICLE 18. FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

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

18.1 En cas de Décès

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

- un bulletin de décès ou acte de décès original ;
- une attestation médicale indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis à l'article 14 (imprimé fourni par l'Assureur). En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront en apporter la preuve par tout moyen.

Pour les ressortissants de pays étrangers, ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

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

18.2 En cas de PTIA

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

- une attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin ;
- un certificat médical attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur ;
- une attestation d'arrêts de travail des 3 dernières années précédant l'adhésion pour les sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion ;
- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement accompagné du Questionnaire de Santé Simplifié pour les formules 2, 3, 4, 5 et 6.

Si l'Assuré est assuré social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne.

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

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

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

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

18.3 En cas d'ITT

Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de fournir à l'Assureur pour chaque nouveau sinistre Incapacité Totale de Travail, à l'issue du délai de franchise défini à l'article 16.3 **et au plus tard 90 jours après la fin du délai de franchise :**

18.3.1 Pour tous les dossiers ITT

- une attestation médicale d'incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin ;
- une attestation d'arrêts de travail des 3 dernières années précédant l'adhésion pour les sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion,
- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement accompagné du Questionnaire de Santé Simplifié pour les formules 2, 3, 4, 5 et 6.

Doivent être produits en outre :

I) Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou des régimes similaires :

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

II) 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.**

III) Pour les travailleurs non salariés :

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

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

- La dernière feuille d'imposition,
- 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.**

- La notification de retraite ou pré-retraite quelle qu'en soit la cause (pour les Assurés concernés).

Tant que dure l'ITT, de nouvelles attestations médicales d'incapacité/invalidité, devront être fournies à la demande de l'Assureur.

En cas de prolongation de l'incapacité, les pièces justificatives de l'état d'ITT doivent être renouvelées dans les **90 jours** suivants le dernier jour de la période d'ITT mentionnée sur les justificatifs transmis à l'assuré, **faute de quoi, les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.**

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

18.3.2 En plus, pour les dossiers en Perte de Revenu

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

- l'attestation de salaires ou de traitements complétée par l'employeur ;
- les documents relatifs aux accords d'entreprises et à la notice de prévoyance où figurent la période de franchise, le pourcentage et la définition du revenu maintenu et la durée de versement des prestations ;
- le bulletin de salaire de décembre de l'année précédant celle de l'arrêt de travail actuel (si l'Assuré ne travaille pas à cette période, le bulletin de salaire du mois précédant l'arrêt de travail) ou pour les personnes percevant des allocations versées par Pôle emploi, l'attestation que le dernier employeur a remplie afin que le salarié puisse faire valoir ses droits aux allocations versées par Pôle emploi et les avis de versement de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.).

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

II) Pour les fonctionnaires ou assimilés :

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

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

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque. Les pièces émanant de la CDAPH (Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ne permettent pas de justifier d'un arrêt de travail.

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

A défaut de présentation des pièces dans les 90 jours suivant la fin du délai de franchise, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée si le dépassement du délai de déclaration a porté préjudice à l'Assuré, conformément à l'article L.113-2 alinéa 4 du code des assurances et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

ARTICLE 19. CONTROLE MEDICAL

La production des justificatifs définis aux points 18.2 et 18.3 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA ou ITT tel que défini à l'article 16.2 ou 16.3 du présent contrat. L'Emprunteur peut se faire assister du médecin de son choix.

Au vu des conclusions du rapport du médecin désigné, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge. En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'ITT, des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles, peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 20.

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

ARTICLE 20. PROCEDURE DE TIERCE EXPERTISE

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration, peut demander l'ouverture d'une procédure de tierce expertise dans les douze mois suivant la date à laquelle la décision de l'assureur lui sera notifiée. Cette demande doit être formulée par écrit.

Pour ce faire, l'Assuré doit retourner à l'Assureur le document «PROCÉDURE DE TIERCE EXPERTISE EN CAS DE SINISTRE» dans les trois mois suivant son envoi par l'Assureur. Sur ce document l'Assuré indiquera les coordonnées du médecin qu'il désigne pour le représenter dans cette procédure et s'engagera à prendre en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert, et ce qu'elle que soit l'issue de la procédure.

A réception, l'Assureur invite le Médecin contrôleur à désigner plusieurs médecins tiers experts et soumet les noms et coordonnées de ces praticiens au médecin de l'Assuré, afin que ce dernier choisisse, parmi ces noms, le médecin tiers expert à qui sera confiée la mission de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur la désignation d'un médecin tiers, la procédure prend fin.

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

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

ARTICLE 21. PRIMES

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une prime forfaitaire mensuelle calculée en pourcentage du capital initial du prêt.

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

Le remboursement anticipé total ne donne lieu à aucun remboursement de prime.

ARTICLE 22. CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES

La prime mensuelle est exigible dès la prise d'effet des garanties et prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt notamment sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union européenne.

Pour les prêts avec différé en capital et en intérêts, la prime d'assurance est aussi due dès la prise d'effet des garanties.

La prise en charge par l'Assureur au titre de l'ITT ou la cessation d'une garantie n'entraîne pas de modification du montant de la prime, à la charge de l'Assuré.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. S'il ne règle pas ses primes ou si l'adhérent qui a exercé le droit de remboursement de son prélèvement n'a pas régularisé le paiement de sa cotisation ou fraction de cotisation, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. À défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances.

Toutefois, le cas échéant, à compter de l'état de passif définitivement arrêté par la commission de surendettement ou le juge, le délai de 40 jours fixé ci-dessus est contractuellement porté à 120 jours.

ARTICLE 23. INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement des données à caractère personnel de l'Assuré est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ; les statistiques commerciales ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou de de l'organisme prêteur ou son mandataire, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Les données à caractère personnel de l'Assuré pourront éventuellement faire l'objet de transfert vers des destinataires établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Ces données à caractère personnel seront conservées durant toute la durée de la relation contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (pour plus d'informations l'Assuré peut consulter le site Internet de l'Assureur «cnp.fr», rubrique sur le RGPD).

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, l'Assuré dispose du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, il dispose du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. L'Assuré peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis.

L'Assuré peut exercer ces différents droits (i) en se rendant sur le site Internet «cnp.fr», rubrique sur le RGPD, ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

L'Assuré dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

En cas de désaccord persistant concernant ses données, l'Assuré a le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés à l'adresse suivante: Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

ARTICLE 24. RECLAMATION ET MEDIATION

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré peut s'adresser à CNP Assurances – Service Réclamations - TSA 10681 - 44968 NANTES Cedex 9

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 9 ou sur le site internet : www.mediation-assurance.org.

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.

La saisine par le Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article 25.

ARTICLE 25. DELAI DE PRESCRIPTION

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

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

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

ARTICLE 26. AUTORITE CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09- est chargée du contrôle de CNP Assurances et BPCE Vie.

ARTICLE 27. LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE

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

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris –
Siège Social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15 – Tél : 01 42 18 88 88 – www.cnp.fr

Entreprise régie par le code des assurances.

GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS

BPCE Vie - Société anonyme au capital de 161 469 776 € - 349 004 341 RCS Paris – Siège social : 30 avenue Pierre Mendès France - 75 013 Paris France
Entreprise régie par le code des assurances

BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 170 384 630 €
Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13 - RCS Paris N° 493 455 042