

Document à lire et à conserver par l'emprunteur

Contrat d'assurance de groupe n°0497Q en cas de
Décès - Perte Totale et Irreversible d'Autonomie - Incapacité Totale de Travail
souscrit par le groupement interprofessionnel pour la construction (GIC) dénommé « le Prêteur »
auprès de CNP Assurances et CNP I.A.M. , dénommées « l'Assureur ».

ARTICLE 1 - INFORMATIONS SPECIFIQUES AU DEMARCHAGE ET A LA VENTE A DISTANCE

1.1 Le Contrat d'assurance de Groupe en couverture de prêt n° 0497Q est souscrit par le Groupement Interprofessionnel pour la Construction (GIC), Association créée sous l'égide de la Caisse des dépôts et consignations - N° SIREN : 784608465 - Siège social : 108, avenue Gabriel Péri - 93586 SAINT OUEN CEDEX, auprès de CNP Assurances - Société Anonyme au capital de : 594 151 292 € entièrement libéré - RCS Paris 341.737.062 - Entreprise d'assurance « vie » et CNP I.A.M. Société Anonyme à capital de 30 500 000 € entièrement libéré - RCS Paris 383.024.189 - Entreprise d'assurance « non-vie ». Siège social : 4, Place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15. Entreprises régies par le Code des assurances - 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 minimum de la prime d'assurance assise sur le montant initial garanti du prêt, est indiqué sur l'offre de prêt. La prime d'assurance est payable dès l'adhésion, en même temps que les échéances de prêt.

1.3 La durée de l'adhésion est fixée à l'article 11 « DUREE DE L'ADHESION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES ». Les garanties et prestations sont mentionnées aux articles 14 « DEFINITIONS DES GARANTIES » et 17 « PRESTATIONS VERSEES ». Les exclusions sont mentionnées à l'article 19 « RISQUES EXCLUS » de la présente notice d'information.

1.4 L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date de validité de l'offre de prêt, indiquée sur cette dernière. Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 10 - DATE DE CONCLUSION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES. L'adhésion au contrat 0497Q s'effectue selon les modalités décrites à l'article 8 « FORMALITES D'ADHESION » de la présente notice d'information. Le montant de la prime d'assurance assise sur le montant initial garanti du prêt, est indiqué sur l'offre de prêt. La prime d'assurance est payable dès l'adhésion, en même temps que les échéances de prêt. 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, dans le cadre de la vente à distance ou d'une vente par démarchage, 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 12 « FACULTE DE RENONCIATION ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'Assuré doit acquitter un premier versement de prime au moins égal au versement initial minimum.

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 21 « RECLAMATIONS - MEDIATION » de la présente 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 - DEFINITIONS

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

- **Accident** : l'accident se définit comme étant toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et 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.

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

- **Prêteur** : est ainsi dénommé le Groupement Interprofessionnel pour la Construction, souscripteur du présent contrat.

ARTICLE 3 - OBJET DU CONTRAT

L'assurance est destinée à garantir les prêts consentis par le Prêteur à ses Emprunteurs en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et d'Incapacité Totale de Travail (ITT).

ARTICLE 4 - PRETS ASSURABLES

Tous les prêts immobiliers Action logement peuvent être couverts dans le cadre du présent contrat.

ARTICLE 5 - PERSONNES ASSURABLES

Peuvent adhérer à l'assurance les personnes physiques qui ont la qualité d'emprunteurs, de co-emprunteurs et de cautions de personnes physiques sous réserve que ces personnes soient âgées de moins de **65 ans** (qu'elles n'aient pas atteint leur 65^{ème} anniversaire) lors de la signature du questionnaire de santé.

Si au titre d'un même prêt, plusieurs personnes sont tenues au remboursement, elles peuvent demander à adhérer au contrat en même temps que l'emprunteur principal, dès lors qu'elles remplissent les formalités d'adhésion prévues à l'article 8. Dans ce cas, chacune d'elle est considérée comme assurée personnellement.

Dans la suite de la présente notice, ces personnes sont dénommées « l'Emprunteur » avant la prise d'effet de l'assurance, puis « l'Assuré » lorsque l'assurance a pris effet.

ARTICLE 6 - ENCOURS MAXIMUM GARANTI

Le contrat d'assurance couvre les opérations de prêts immobiliers Action Logement, consenties par le Prêteur au titre de la Participation des Employeurs à l'Effort de Construction, dans les conditions et les limites prévues par la réglementation correspondante (articles L. 313-1 et suivants, articles R. 313-1 et suivants du Code de la Construction et de l'Habitation).

L'encours plafond des prêts susceptibles d'être garantis sur la tête d'un même Assuré, quels que soient le nombre et le montant des opérations et le nombre d'adhésions, est fixé à 480 000 €.

ARTICLE 7 - QUOTITE D'ASSURANCE

Un prêt immobilier doit toujours être couvert à 100 % minimum de son montant quels que soient le nombre et le montant des opérations. La quotité retenue s'applique pour l'ensemble des risques couverts. Lorsque 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 immobilier le total des quotités de chaque co-emprunteur ne peut être inférieur à 100 % du montant du prêt immobilier.

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.

ARTICLE 8 - FORMALITES D'ADHESION

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

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent, au moment de la demande de prêt. Elles comportent un bulletin individuel de demande d'admission à l'assurance comprenant un questionnaire de santé, qui doit être intégralement renseigné et signé par l'Emprunteur. Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'examens médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais.

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 3 mois à compter de sa signature. Si, au terme de ce délai, le questionnaire n'a pas été adressé à l'Assureur pour décision, les formalités d'adhésion à l'assurance devront être renouvelées.

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

ARTICLE 9 - DECISION DE L'ASSUREUR

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

- **Accepter** la demande d'adhésion au taux en vigueur.

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

- **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),

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

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 à l'assurance devront être renouvelées.

La décision d'acceptation dans l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un prêt déterminé et aux conditions initiales de ce prêt. Une autre opération d'emprunt ou une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert, nécessite un renouvellement des formalités d'adhésion

*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.

ARTICLE 10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

10.1 - Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue à la plus tardive des deux dates suivantes : date de signature de l'offre de prêt par l'Emprunteur ou date d'acceptation par l'Emprunteur des conditions particulières émises par l'Assureur.

10.2 - Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première prime.

Par dérogation, l'Incapacité Totale de Travail et le Décès consécutifs à un Accident sont garantis gratuitement s'ils surviennent entre le jour de la signature du questionnaire de santé et la date d'acceptation des conditions particulières figurant sur l'offre de prêt et cesse en tout état de cause au plus tard, 3 mois jour pour jour après l'envoi de l'offre de prêt.

ARTICLE 11 - DUREE DE L'ADHESION - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

11.1 - Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du ou des prêts mentionnés dans la demande d'adhésion sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 11.2.

11.2 - Cessation de l'adhésion et des garanties

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 à la date de prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
- s'il n'est pas donné suite à l'offre de prêt,
- en cas de non paiement des primes par l'Assuré et après mise en œuvre des formalités de l'article L. 141-3 du Code des assurances,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur,
- en cas de résiliation de l'engagement de caution, avec l'accord du Prêteur,
- 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),
- à la date de réception du courrier de renonciation à l'adhésion à l'assurance,
- en cas d'exercice de la faculté annuelle de résiliation de l'adhésion,
- à la date de versement de la prestation en cas de Décès ou de PTIA et en tout état de cause, au plus tard au **80^{ème}** anniversaire de l'Assuré.

En outre, la garantie ITT cesse :

- à la date de départ ou de mise à la retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause et quel que soit le statut privé ou fonctionnaire de l'Assuré,
- au jour où l'Assuré n'exerce plus d'activité professionnelle rémunérée,
- au **65^{ème}** anniversaire de l'Assuré.

En outre, la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, cesse :

- au jour du versement de la prestation au titre de la Garantie Décès ou PTIA,
- au **65^{ème}** anniversaire de l'Assuré.

En outre, la garantie provisoire Décès d'origine accidentelle cesse de plein droit :

- 3 mois après la signature de la demande individuelle d'adhésion, et en tout état de cause, à la prise d'effet des garanties,
- au jour du versement de la prestation.

ARTICLE 12 - 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 en démarchage. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

12.1 - Délai pour exercer la faculté de renoncer

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

- 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 vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.

12.2 - Modalités de la renonciation

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée au GIC – Contrat n°0497Q – 108, avenue Gabriel Péri – 93586 Saint-Ouen Cedex. Elle peut être faite selon le modèle suivant : "Je soussigné(e) M. Mme ... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°0497Q que j'ai signé le à [lieu d'adhésion]. Le [date et signature]."

12.3 - 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 avis de réception. Les effets sur l'adhésion varient selon le mode de commercialisation du contrat.

- 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 avis de réception. 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.

- Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

ARTICLE 13 - TERRITORIALITE

La garantie Décès s'exerce dans tous les pays.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie n'intervient pas lorsqu'elle résulte 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 un Assuré résidant sur le sol français mais séjournant temporairement hors de France, la mise en jeu de la garantie est toutefois possible, au retour de l'Assuré, dans les conditions suivantes :

La prestation Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera calculée sur la base des capitaux restant dus au tableau d'amortissement arrêté au jour de constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Assureur, sur le sol français.

ARTICLE 14 - DEFINITIONS DES GARANTIES

14.1 - GARANTIE DECES

a. Définition

Arrêt cardiorespiratoire médicalement constaté quel que soit son lieu de survenance.

14.2 - GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

a. Délai d'attente

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) dont la date de survenance reconnue par l'Assureur se situe au cours des **365 premiers jours** suivant la date de prise d'effet des garanties, n'est pas couverte, quelle que soit sa durée, sauf lorsqu'elle résulte d'un Accident survenant durant cette même période.

b. Définition

Pour ouvrir droit à prestation, la PTIA doit répondre aux conditions suivantes :

Un Assuré est en état de PTIA lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

1. 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,
2. 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),
3. la PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue avant le **65^{ème}** anniversaire de l'Assuré.

c. 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 survenance du sinistre.

Aucune prise en charge n'aura lieu si la date de survenance de la PTIA intervient pendant le délai d'attente tel que défini au paragraphe a. du présent article.

La prestation versée au Prêteur bénéficiaire est identique à celle définie à l'article 17 pour la garantie Décès. La prestation est calculée à la date de survenance du risque reconnue par l'Assureur.

L'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 14.3 peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA s'il vient à en remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date. La part des prestations ITT correspondant à des intérêts restera acquise au Prêteur.

NOTA : l'Assuré cautionnant un prêt souscrit par une personne physique, doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

14.3 - GARANTIE INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

a. Délai de franchise

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

Ce délai est de **90 jours** et ne s'applique qu'à l'ITT. Il est décompté à partir du jour d'ITT.

b. Définition

Pour ouvrir droit à prestations, l'ITT doit répondre aux conditions suivantes:

1. l'ITT doit survenir avant le **65^{ème}** anniversaire de l'Assuré,
2. l'Assuré doit exercer au moment du sinistre une activité professionnelle
3. l'Assuré, à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de **90 jours (dite délai de franchise)**, il se trouve au jour du sinistre dans l'impossibilité absolue de reprendre son activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie, même à temps partiel.
4. Cette incapacité doit en outre être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 15.

ARTICLE 15 - FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

L'Assuré ou ses ayants droit adressent au Prêteur qui transmettra à l'Assureur les pièces justificatives suivantes :

En cas de Décès :

- un certificat ou un acte de décès,
- un certificat médical indiquant que le décès est de nature naturelle ou accidentelle ou dû à un risque exclu. En cas de décès accidentel, copie des procès-verbaux de police ou de gendarmerie et les éventuelles coupures de presse,
- copie de (des offres) de prêt(s) signée(s) et les éventuels avenants,
- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier (des échéanciers) du (des) contrat(s) de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt,
- une copie de la demande d'adhésion à l'assurance.

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**, toutes informations 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 définitivement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle lui procurant un revenu 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,
- une copie de l'offre(des offres) de prêt signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement intégrant les conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré,
- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier (des échéanciers) du (des) contrat(s) de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt,
- une copie de la demande d'adhésion à l'assurance.

Si l'Assuré concerné 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.

Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

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

En cas d'ITT :

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur pour chaque sinistre ITT, à l'issue du délai de franchise, 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 ce délai, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L. 113-2-4°) du Code des assurances** et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

- une attestation médicale d'incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin,
- 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 l'échéancier (des échéanciers) du (des) contrat(s) de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt,
- une copie de la demande d'adhésion à l'assurance intégrant les conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré.

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 toutes 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 toutes 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**.

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. Un contrôle médical peut être exercé par l'Assureur. Les pièces justificatives doivent être renouvelées à la demande de l'Assureur tant que dure l'ITT ou en cas de prolongation de l'état d'ITT, faute de quoi les prestations cesseront d'être versées à la date du dernier jour de la période justifiée.

ARTICLE 16 - BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur. Cette désignation est irrévocable et perdure sur toute la durée de vie du contrat.

ARTICLE 17 - PRESTATIONS VERSEES

Le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs exigés à l'article 15 et le cas échéant, au résultat d'un contrôle médical conformément aux modalités de l'article 18.

En cas de Décès survenant avant le 80^{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 ITT n'interdisent pas le paiement du capital prévu au titre du Décès. La fraction du capital incluse dans les sommes versées par l'Assureur au titre de l'ITT - 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.

Lorsque le montant du prêt est débloqué en plusieurs fois, le capital de base retenu est le montant effectivement débloqué à la date du Décès.

En cas de PTIA survenant avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré et à l'issue du **délai d'attente de 365 jours** défini au 14.2 a. (Aucune prise en charge n'aura lieu si la date de survenance de la PTIA intervient pendant ce délai d'attente, sauf en cas d'Accident).

La prestation versée au Prêteur bénéficiaire est identique à celle définie pour la garantie Décès. La prestation est calculée à la date de survenance du risque reconnue par l'Assureur.

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 ITT définie à l'article 14.3 peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA s'il vient à en remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date. La part des prestations ITT correspondant à des intérêts restera acquise au Prêteur.

NOTA : L'Assuré cautionnant un prêt souscrit par une personne physique, doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

En cas d'ITT survenant avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré exerçant toujours une activité professionnelle, l'Assureur verse au Prêteur à l'issue du **délai de franchise de 90 jours** décompté à partir du premier jour d'ITT une prestation calculée sur la base de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt au prorata temporis du nombre de jours d'ITT dûment justifiés et 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 cas d'assurance sur deux têtes, les prestations versées par l'Assureur au titre de l'ITT simultanée des deux Assurés, pendant une même période, sont limitées au montant des échéances dues au titre du(des) prêt(s) garant(s).

En aucun cas, la prestation ne pourra excéder le montant de l'échéance mensuelle du prêt.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer à ses frais pendant toute la durée de l'ITT, des contrôles médicaux auprès d'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.

La prise en charge au titre de l'ITT cesse 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 ;
- lorsque l'Assuré bénéficie de prestations d'invalidité ou d'incapacité partielles (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 définis à l'article 11.

ARTICLE 18 - CONTROLE MEDICAL

Le contrôle médical ne peut s'effectuer qu'en France. La production des justificatifs exigés à l'article 15 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, 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 auprès d'un médecin mandaté par ce dernier et à ses frais.

Au vu des conclusions du rapport du médecin mandaté, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge. Si après l'un des contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut être demandée en cas de PTIA ou d'ITT par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 22.

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 19 - RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne sont pas couverts :

- **le suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,**
- **les exclusions visées à l'article L. 113-1 du Code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires),**
- **les conséquences 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 ; 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 ; de vols sur aile volante, ULM, parapente, parachute ascensionnel,**
- **les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalation ou d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes.**

ARTICLE 20 - PRIMES

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes jusqu'à la date de cessation de l'ensemble des garanties. A défaut de paiement de la prime par l'Assuré, son adhésion peut être résiliée conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances. La résiliation intervient 40 jours après l'envoi par le Souscripteur d'une lettre recommandée avec mise en demeure prévoyant expressément la résiliation.

ARTICLE 21 - RECLAMATIONS - MEDIATION

Pour toute réclamation relative à l'admission de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances - Direction Souscription et Maîtrise des risques Assurance - Service FA6 - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à CNP Assurances - Service réclamations - TSA 97165/CF - 75716 PARIS Cedex 15.

Après épuisement de toutes procédures de traitements des réclamations, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent saisir le Médiateur de CNP Assurances, en adressant leur demande au Secrétariat de l'Instruction de la Médiation - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

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

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

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

ARTICLE 22 - PROCEDURE DE CONCILIATION EN CAS DE PTIA OU D'ITT

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, l'Assuré prendra en charge 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.

ARTICLE 23 - DELAI 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.

ARTICLE 24 - AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE

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

ARTICLE 25 - INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

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.

ARTICLE 26 - DISPOSITIONS FISCALES

En vertu de la législation fiscale française et du Code des assurances, la prestation versée à titre onéreux à l'établissement prêteur bénéficiaire acceptant, n'est pas soumise aux droits de mutation en cas de décès.

CNP Assurances (activités « Vie »)

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

CNP IAM (activités « non Vie »)

Société Anonyme au capital de 30 000 000 € entièrement libéré - RCS Paris 383 024 189

4, place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15

Entreprises régies par le Code des assurances - GROUPE CAISSE DES DEPOTS

Exemplaire original destiné à CNP Assurances, copies à effectuer pour le candidat à l'assurance et le Prêteur.