

## Document à lire et à conserver par l'emprunteur

Notice d'information du contrat d'assurance de groupe n°0497Q  
souscrit par le Gic auprès de CNP Assurances et CNP IAM régi tant par les lois et le Code des assurances  
que par les dispositions ci-dessous.

CNP Assurances et CNP IAM sont dénommées «l'Assureur».  
Le Gic est dénommé «le Prêteur».

L'emprunteur, les co-emprunteurs et les cautions d'un  
emprunteur personne physique sont dénommés  
«l'Emprunteur», avant la prise d'effet de l'assurance.  
Lorsque l'assurance a pris effet, ces personnes sont  
dénommées «l'Assuré».

### **1. OBJET DE L'ASSURANCE**

L'assurance est destinée à garantir les prêts immobiliers  
Action Logement consentis par le Prêteur à ses  
Emprunteurs. Elle accorde aux Assurés la garantie des  
risques : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie  
(PTIA) et Incapacité Totale de Travail (ITT).

### **2. QUOTITE**

Un prêt immobilier doit toujours être couvert à 100 %  
minimum de son montant dans la limite de 480 000 euros  
quels que soient le nombre et le montant des opérations.  
La quotité retenue s'applique pour l'ensemble des risques  
couverts. Lorsqu'un seul Emprunteur est assuré,  
l'assurance repose obligatoirement à 100% sur sa tête.  
Lorsque plusieurs co-emprunteurs sont assurés au titre  
d'un même prêt 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.

### **3. ENTREE DANS L'ASSURANCE**

Un Emprunteur est assurable à la condition d'être âgé de  
moins de 65 ans lors de la signature du questionnaire de  
santé.

Le candidat à l'assurance doit préalablement remplir un  
questionnaire de santé et peut, avant toute décision, être  
appelé à subir une visite médicale à la demande et aux frais

de l'Assureur. 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.

### **4. DECISION DE L'ASSUREUR**

Au terme de l'examen du dossier médical de l'emprunteur,  
l'Assureur peut accepter la demande d'adhésion avec  
éventuellement des conditions :

- refuser l'entrée dans l'assurance (une telle décision  
déclenche automatiquement, pour l'Assureur et dans le  
cadre de la Convention "AERAS", une étude devant  
permettre aux Emprunteurs de "s'Assurer et Emprunter  
avec un Risque Aggravé de Santé),
- ajourner sa décision (dans ce cas, le candidat à  
l'assurance pourra présenter une nouvelle demande  
d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué),
- refuser l'entrée dans l'assurance.

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.

### **5. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET CESSATION DES GARANTIES**

**L'assurance prend effet** conformément aux dispositions du  
contrat sous réserve de l'encaissement de la première prime,  
à la plus tardive des deux dates suivantes : date de  
signature de l'offre de prêt par l'Emprunteur ou date  
d'acceptation de l'adhésion par l'Assureur. Par dérogation,  
l'ITT 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.

**L' «Accident»** est défini comme tout événement soudain et imprévisible provenant exclusivement et directement de l'action d'une cause extérieure ayant pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré.

#### **Les garanties cessent :**

- au terme contractuel du prêt ou en cas de remboursement total anticipé du prêt,
- s'il n'est pas donné suite à l'offre de prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
- à la date de versement de la prestation en cas de décès ou de PTIA,
- en cas de non paiement des primes par l'Assuré après mise en oeuvre des formalités de l'article L. 141-3 du Code des assurances,
- en cas de résiliation de l'engagement de caution, avec l'accord du Prêteur,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur,
- 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).

Et en tout état de cause, au plus tard :

- à la date de départ ou de mise à la retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause, pour la garantie ITT,
- au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré pour les garanties PTIA et ITT,
- au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré pour la garantie Décès.

#### **6. RISQUES GARANTIS**

Sous réserve des cas d'exclusion précisés au §10 dans les conditions prévues ci-après, l'assurance couvre les risques Décès, ITT et PTIA ci-dessous définis.

- **L'incapacité totale de travail (ITT)** : un Assuré est en état d'ITT lorsque les deux conditions sont cumulativement remplies :

1) A l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de **90 jours (dite délai de franchise)**, il se trouve à la suite d'un Accident ou d'une maladie, dans l'impossibilité absolue et médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle, même partiellement.

2) L'Assuré doit fournir les pièces justificatives indiquées au §7.

- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : un Assuré est en état de PTIA lorsque les trois conditions suivantes sont remplies simultanément :

1) L'invalidité dont il est atteint le met DEFINITIVEMENT et de façon permanente dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour les 4 actes ordinaires de la vie (se nourrir, se déplacer, se laver,

s'habiller) ; la nécessité de ce recours étant reconnue par la Sécurité Sociale, si l'Assuré y est assujetti.

2) Cette invalidité le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à aucune occupation et par conséquent à aucune activité rémunérée lui procurant gain ou profit.

3) L'invalidité reconnue par l'Assureur doit survenir avant le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré et après 12 mois ininterrompus d'assurance.

**Délai d'attente : la 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 de l'assurance, n'est pas couverte, quelle que soit sa durée, sauf lorsqu'elle résulte d'un accident tel que défini ci-dessus durant cette même période.**

#### **7. FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE**

L'Assuré adresse au Gic qui transmettra à l'Assureur les pièces justificatives suivantes :

##### **En cas de Décès :**

Dans les jours qui suivent la survenance du décès de l'Assuré et **au plus tard dans un délai de deux ans** :

- 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 3<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> 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 CNP Assurances. 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.

## **8. CONTROLE MEDICAL**

Le contrôle médical ne peut s'effectuer qu'en France. La production des justificatifs exigés au §7 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 par l'Assuré selon les modalités prévues au §11.

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.**

## **9. PRESTATIONS VERSEES**

Le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs exigés au §7 et le cas échéant, au résultat d'un contrôle médical conformément aux modalités du § 8.

● **En cas de Décès survenant avant le 70<sup>ème</sup> 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 assurés.

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<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré** et à l'issue du délai d'attente de 365 premiers jours défini au §6 (sauf en cas d'accident) 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 assurés. 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 peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA s'il en vient à 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.

● **En cas d'ITT survenant avant le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré** exerçant toujours une activité professionnelle, l'Assureur rembourse au Prêteur une prestation selon les modalités suivantes :

- à l'issue du délai de franchise de 90 jours décompté à partir du premier jour d'ITT,
- la prestation est 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.

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.

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) garanti(s).

## **FIN DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'ITT**

Les prestations cessent dans les cas suivants :

- lorsque l'Assuré est reconnu, suite à un contrôle médical, apte à exercer son activité professionnelle, même partiellement ;
- lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle rémunérée, même partiellement ;
- lorsque l'Assuré cesse de percevoir des prestations en espèces ;
- lorsque l'Assuré bénéficie de prestations d'invalidité ou d'incapacité partielles (d'une pension d'invalidité de 1<sup>ère</sup> catégorie de la Sécurité Sociale, d'indemnités journalières pour temps partiel ou thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalide au 2/3...);
- aux dates de survenance des cas de cessation des garanties définies au §5.

## **10. RISQUES EXCLUS**

- **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 de faits de guerres, 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 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 dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.**
- **Les ITT consécutives à la maternité au cours de la période du congé légal.**

## **11. DROITS ET INFORMATION DES ASSURES**

### **Réclamations**

Pour toute réclamation relative à l'adhésion, tout Assuré peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances – Direction du Service aux Assurés – FA6 – Service Réclamations – TSA 57161 – 4, place Raoul Dautry – 75716 PARIS Cedex 15.

Toute réclamation relative au sinistre est à adresser à l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur.

Après épuisement de toutes les procédures de traitement des réclamations, l'Assuré peut demander la saisine du Médiateur de CNP Assurances.

### **Procédure de conciliation en cas de PTIA ou d'ITT**

Tout refus de prise en charge par l'Assureur suite à un contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet à la demande de l'Assuré, d'une procédure de conciliation dans l'année qui suit ce contrôle.

La demande écrite de l'Assuré doit solliciter la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin que l'Assuré désignera pour le représenter. Ce certificat doit détailler l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier 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. Cette lettre, destinée à l'Assureur, doit lui parvenir dans les meilleurs délais pour permettre la mise en place de cette procédure.

Le médecin que l'Assuré aura désigné avec le Médecin-conseil 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 invite alors son Médecin-conseil et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert. Les conclusions de cet expert s'imposent 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 la faculté d'exercer une action en justice.

### **Médiation**

En cas de désaccord avec la position définitive de CNP Assurances, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent demander la saisine du Médiateur de CNP Assurances. Les modalités de la procédure amiable de médiation seront communiquées sur demande adressée au Secrétariat de l'instruction de la Médiation, CNP Assurances – 4, place Raoul Dautry – 75716 PARIS Cedex 15. La demande écrite

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

La saisine du Médiateur par l'Assuré ou ses ayants droit n'interrompt pas le délai de prescription.

### **Délai de prescription**

Toute action née du présent contrat se prescrit par 2 ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance conformément aux dispositions de l'art. L. 114-1 du Code des assurances.

L'envoi d'une lettre recommandée interrompt notamment le délai de prescription.

### **Autorité chargée du contrôle**

L'Autorité de contrôle de assurances et des mutuelles (61, rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 09) est chargée du contrôle de CNP Assurances et CNP IAM.

### **Fichiers Informatique et libertés**

Les données concernant l'Assuré sont destinées à l'Assureur, aux réassureurs éventuels et au Prêteur. Elles sont obligatoires pour la gestion de son contrat d'assurance. Par ailleurs, conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés » n°2004-801 du 06/08/2004, le Prêteur pourra adresser à l'Assuré des offres sur ses produits et services, sauf opposition de la part de ce dernier.

Dans ce cas, l'Assuré lui adressera un courrier en ce sens. Conformément à la même loi, l'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à CNP Assurances – Correspondant Informatique et Libertés – 4, place Raoul Dautry – 75015 PARIS.