

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION

(À remplir lisiblement en majuscules au stylo-bille)

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7371 M

CANDIDAT À L'ASSURANCE

M. Mme Mlle. Né(e) le / / à _____ Dept. _____

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Partenaire d'un PACS Concubin(e) Veuf(ve)

Nom (de naissance) : _____

Prénom : _____

Nom usuel ou marital : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune _____

Adresse e-mail : _____ Téléphone : _____

Profession : _____

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3 Cadres, Professions libérales
- 4 Techniciens, agents de maîtrise
- 5 Employés
- 6 Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)
- 7 Retraités
- 8 Autres (sans activité, chômeurs)

Statut : Fonctionnaire Salarié Non salarié Sans activité professionnelle rémunérée

Qualité : EPR : emprunteur CPR : co-emprunteur CTP : caution personne physique

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT ET QUOTITÉ ASSURÉE

Organisme prêteur	N° du prêt	Type de prêt (amortissable/différé partiel)	Montant du prêt en euros	Durée en mois	Quotité assurée en %	Capital assuré en euros
			€	mois	%	€
			€	mois	%	€
			€	mois	%	€

OPTION DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (CADRE À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Je choisis :

Option de Franchise de 180 jours continus d'arrêt de travail (pour tous les candidats à l'assurance)

OU

Option de Franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail (pour les fonctionnaires ou salariés de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage)

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance dont je conserve un exemplaire, ainsi que les informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance et par démarchage.

Je déclare :

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français ;
- Avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apéríteur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'apéríteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'apéríteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'apéríteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, aux coassureurs, responsables du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

Fait à _____ le _____ Signature

MFPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré | 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION

(À remplir lisiblement en majuscules au stylo-bille)

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7371 M

CANDIDAT À L'ASSURANCE

M. Mme Mlle. Né(e) le / / à _____ Dept. _____

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Partenaire d'un PACS Concubin(e) Veuf(ve)

Nom (de naissance) : _____

Prénom : _____

Nom usuel ou marital : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune _____

Adresse e-mail : _____ Téléphone : _____

Profession : _____

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3 Cadres, Professions libérales
- 4 Techniciens, agents de maîtrise
- 5 Employés
- 6 Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)
- 7 Retraités
- 8 Autres (sans activité, chômeurs)

Statut : Fonctionnaire Salarié Non salarié Sans activité professionnelle rémunérée

Qualité : EPR : emprunteur CPR : co-emprunteur CTP : caution personne physique

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT ET QUOTITÉ ASSURÉE

Organisme prêteur	N° du prêt	Type de prêt (amortissable/différé partiel)	Montant du prêt en euros	Durée en mois	Quotité assurée en %	Capital assuré en euros
			€	mois	%	€
			€	mois	%	€
			€	mois	%	€

OPTION DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (CADRE À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Je choisis :

Option de Franchise de 180 jours continus d'arrêt de travail (pour tous les candidats à l'assurance)

OU

Option de Franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail (pour les fonctionnaires ou salariés de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage)

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance dont je conserve un exemplaire, ainsi que les informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance et par démarchage.

Je déclare :

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français ;
- Avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apéríteur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'apéríteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'apéríteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'apéríteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, aux coassureurs, responsables du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

Fait à _____ le _____ Signature

MFPPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré | 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION

(À remplir lisiblement en majuscules au stylo-bille)

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7371 M

CANDIDAT À L'ASSURANCE

M. Mme Mlle. Né(e) le / / à _____ Dept. _____

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Partenaire d'un PACS Concubin(e) Veuf(ve)

Nom (de naissance) : _____

Prénom : _____

Nom usuel ou marital : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune _____

Adresse e-mail : _____ Téléphone : _____

Profession : _____

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3 Cadres, Professions libérales
- 4 Techniciens, agents de maîtrise
- 5 Employés
- 6 Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)
- 7 Retraités
- 8 Autres (sans activité, chômeurs)

Statut : Fonctionnaire Salarié Non salarié Sans activité professionnelle rémunérée

Qualité : EPR : emprunteur CPR : co-emprunteur CTP : caution personne physique

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT ET QUOTITÉ ASSURÉE

Organisme prêteur	N° du prêt	Type de prêt (amortissable/différé partiel)	Montant du prêt en euros	Durée en mois	Quotité assurée en %	Capital assuré en euros
			€	mois	%	€
			€	mois	%	€
			€	mois	%	€

OPTION DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (CADRE À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Je choisis :

Option de Franchise de 180 jours continus d'arrêt de travail (pour tous les candidats à l'assurance)

OU

Option de Franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail (pour les fonctionnaires ou salariés de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage)

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance dont je conserve un exemplaire, ainsi que les informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance et par démarchage.

Je déclare :

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français ;
- Avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apéríteur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'apéríteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'apéríteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'apéríteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, aux coassureurs, responsables du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

Fait à _____ le _____ Signature

MFPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré | 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION

(À remplir lisiblement en majuscules au stylo-bille)

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7371 M

CANDIDAT À L'ASSURANCE

M. Mme Mlle. Né(e) le / / à _____ Dept. _____

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Partenaire d'un PACS Concubin(e) Veuf(ve)

Nom (de naissance) : _____

Prénom : _____

Nom usuel ou marital : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune _____

Adresse e-mail : _____ Téléphone : _____

Profession : _____

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3 Cadres, Professions libérales
- 4 Techniciens, agents de maîtrise
- 5 Employés
- 6 Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)
- 7 Retraités
- 8 Autres (sans activité, chômeurs)

Statut : Fonctionnaire Salarié Non salarié Sans activité professionnelle rémunérée

Qualité : EPR : emprunteur CPR : co-emprunteur CTP : caution personne physique

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT ET QUOTITÉ ASSURÉE

Organisme prêteur	N° du prêt	Type de prêt (amortissable/différé partiel)	Montant du prêt en euros	Durée en mois	Quotité assurée en %	Capital assuré en euros
			€	mois	%	€
			€	mois	%	€
			€	mois	%	€

OPTION DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (CADRE À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Je choisis :

Option de Franchise de 180 jours continus d'arrêt de travail (pour tous les candidats à l'assurance)

OU

Option de Franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail (pour les fonctionnaires ou salariés de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage)

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance dont je conserve un exemplaire, ainsi que les informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance et par démarchage.

Je déclare :

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français ;
- Avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apéríteur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'apéríteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'apéríteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'apéríteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, aux coassureurs, responsables du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

Fait à _____ le _____ Signature

MFPPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré | 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

CANDIDAT À L'ASSURANCE

Nom de naissance : _____
 Nom usuel ou marital : _____
 Prénom : _____ Né(e) le / /
 Adresse : _____

L'ensemble des prêts constituant mon opération de financement est inférieur ou égal à 80 000 euros et je suis âgé(e) de moins de 50 ans.

La confidentialité de vos réponses est garantie par le secret professionnel de votre mutuelle.

Avant de répondre, je lis intégralement le questionnaire ci-dessous.

Si je dois répondre OUI à au moins une des questions, je complète uniquement le cadre B

Si je peux répondre NON à chaque question, je complète le cadre A

ATTENTION : ce document ne doit être ni raturé, ni surchargé.

Questionnaire de santé simplifié	A - Cochez si la réponse est NON à chaque question
<p>Êtes-vous actuellement</p> <ul style="list-style-type: none"> en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ? titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ? soumis à un traitement médical ? <p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ? subi une intervention chirurgicale autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? suivi un traitement médical de plus de 30 jours continus pour maladie du sang, affection rénale ou de l'appareil digestif, diabète, hypertension artérielle, affection cardiaque, vasculaire, respiratoire (hors allergies), cancéreuse, neurologique, psychiatrique, dépression nerveuse, maladie osseuse, articulaire, rhumatismale, lumbago ou sciatique ? <p>À votre connaissance, devez-vous subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), un traitement médical, une hospitalisation, une intervention chirurgicale dans les 12 mois à venir ?</p>	<p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p>
<p>Devez-vous répondre OUI à l'une des questions ci-dessus ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI <input type="checkbox"/></p>

Je, soussigné(e), ai déclaré lors de ma demande d'assurance :

- pouvoir répondre NON à l'ensemble des questions de la Déclaration d'État de Santé ci-dessus,
 devoir répondre OUI à au moins une des questions de la Déclaration d'État de Santé ci-dessus. Par conséquent, je remplis le Questionnaire de Santé ci-joint.

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et certifier qu'elles sont exactes.

Je reconnais être informé(e) que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apôtre entraîne la nullité du contrat (article L. 113-8 du code des assurances).

Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, aux coassureurs, responsables du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et aux réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex.

Je conserve l'exemplaire de la Déclaration d'État de Santé qui m'est destiné, dûment complété et signé par mes soins.

Fait en deux exemplaires, à _____ le _____ Signature

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

CANDIDAT À L'ASSURANCE

Nom de naissance : _____
 Nom usuel ou marital : _____
 Prénom : _____ Né(e) le / /
 Adresse : _____

L'ensemble des prêts constituant mon opération de financement est inférieur ou égal à 80 000 euros et je suis âgé(e) de moins de 50 ans.

La confidentialité de vos réponses est garantie par le secret professionnel de votre mutuelle.

Avant de répondre, je lis intégralement le questionnaire ci-dessous.

Si je dois répondre OUI à au moins une des questions, je complète uniquement le cadre B

Si je peux répondre NON à chaque question, je complète le cadre A

ATTENTION : ce document ne doit être ni raturé, ni surchargé.

Questionnaire de santé simplifié	A - Cochez si la réponse est NON à chaque question
<p>Êtes-vous actuellement</p> <ul style="list-style-type: none"> en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ? titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ? soumis à un traitement médical ? <p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ? subi une intervention chirurgicale autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? suivi un traitement médical de plus de 30 jours continus pour maladie du sang, affection rénale ou de l'appareil digestif, diabète, hypertension artérielle, affection cardiaque, vasculaire, respiratoire (hors allergies), cancéreuse, neurologique, psychiatrique, dépression nerveuse, maladie osseuse, articulaire, rhumatismale, lumbago ou sciatique ? <p>À votre connaissance, devez-vous subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), un traitement médical, une hospitalisation, une intervention chirurgicale dans les 12 mois à venir ?</p>	<p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON <input type="checkbox"/></p>
<p>Devez-vous répondre OUI à l'une des questions ci-dessus ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI <input type="checkbox"/></p>

Je, soussigné(e), ai déclaré lors de ma demande d'assurance :

- pouvoir répondre NON à l'ensemble des questions de la Déclaration d'État de Santé ci-dessus,
 devoir répondre OUI à au moins une des questions de la Déclaration d'État de Santé ci-dessus. Par conséquent, je remplis le Questionnaire de Santé ci-joint.

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et certifier qu'elles sont exactes.

Je reconnais être informé(e) que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apôtre entraîne la nullité du contrat (article L. 113-8 du code des assurances).

Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, aux coassureurs, responsables du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et aux réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex.

Je conserve l'exemplaire de la Déclaration d'État de Santé qui m'est destiné, dûment complété et signé par mes soins.

Fait en deux exemplaires, à _____ le _____ Signature

CANDIDAT À L'ASSURANCE

Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Né(e) le / /

1 - Indiquez Votre taille : cm Votre poids : kg

Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI, complétez

**** ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 15 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 15 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)**

Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical », à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au souscripteur du contrat collectif qui la lui transmettra sans l'ouvrir.

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ

2 - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?	.....	Pourquoi ? Depuis quand ?
3 - Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	.....	Pourquoi ? Depuis quelle date ? A quel taux ou quelle catégorie ? Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?
4 - Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ** ?	..... **	Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée :
5 - Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?	.....	Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée :
6 - Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ** ?	..... **	Pourquoi ? Quand ? Durée :
7 - Avez-vous subi au cours de votre existence une intervention chirurgicale, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ** ?	..... **	Pourquoi ? Quand ?
8 - Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence : - d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ? - d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ? - d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ** ? - de diabète ? - d'une affection digestive ? - d'une affection neurologique ou du système nerveux ? - d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ? - d'une affection rénale ? - d'une affection respiratoire ? - d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ? - de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	..... **	Laquelle ? Quand ? Durée :
9 - Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ** ?	..... **	Précisez pour chaque traitement : Lequel ? Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée :
10 - Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affectations récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ** ?	..... **	Lesquelles ? Depuis quand ?
11 - Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ? Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	.....	Pourquoi ? Depuis quand ? Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand ?
12 - Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de : - réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ? - être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)	.....	Pourquoi ? Lesquels ? Quand ? <input type="checkbox"/> hospitalisé <input type="checkbox"/> traité <input type="checkbox"/> opéré Pourquoi ? Quand ?

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent Questionnaire de Santé est de 3 mois à compter de la date de signature. J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'apériteur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au Médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'apériteur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

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

Je conserve l'exemplaire du Questionnaire de Santé qui m'est destiné, dûment complété et signé par mes soins.

Fait à _____ le _____ Signature

CANDIDAT À L'ASSURANCE			
Nom de naissance : _____		Prénom : _____ Né(e) le <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	
1 - Indiquez Votre taille : _____ cm		Votre poids : _____ kg	
Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI, complétez			
** ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 15 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 15 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)			
Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical », à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au souscripteur du contrat collectif qui la lui transmettra sans l'ouvrir.			
TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ			
2 - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?	.....	Pourquoi ? Depuis quand ?	
3 - Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	.....	Pourquoi ? Depuis quelle date ? A quel taux ou quelle catégorie ? Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?	
4 - Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ** ?	..... **	Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée :	
5 - Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?	.....	Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée :	
6 - Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ** ?	..... **	Pourquoi ? Quand ? Durée :	
7 - Avez-vous subi au cours de votre existence une intervention chirurgicale, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ** ?	..... **	Pourquoi ? Quand ?	
8 - Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence : - d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ? - d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ? - d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ** ? - de diabète ? - d'une affection digestive ? - d'une affection neurologique ou du système nerveux ? - d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ? - d'une affection rénale ? - d'une affection respiratoire ? - d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ? - de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	..... **	Laquelle ?	Quand ?
9 - Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ** ?	..... **	Précisez pour chaque traitement : Lequel ? Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée :	
10 - Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récurrentes ou de séquelles (accident - maladie) ** ?	..... **	Lesquelles ? Depuis quand ?	
11 - Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ? Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	.....	Pourquoi ? Depuis quand ? Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand ?	
12 - Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de : - réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ? - être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)	.....	Pourquoi ? Lesquels ? Quand ? <input type="checkbox"/> hospitalisé <input type="checkbox"/> traité <input type="checkbox"/> opéré Pourquoi ? Quand ?	

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent Questionnaire de Santé est de 3 mois à compter de la date de signature. J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'apéristeur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au Médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'apéristeur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

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

Je conserve l'exemplaire du Questionnaire de Santé qui m'est destiné, dûment complété et signé par mes soins.

Fait à _____ le _____ Signature

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS N° 7371 M

ARTICLE 1

OBJET DE L'ASSURANCE

Le présent contrat d'assurance de groupe souscrit par les mutuelles et organismes ci-après dénommés « le souscripteur » est coassuré par CNP Assurances et CNP IAM dénommées ci-après « l'apériteur » pour une quote-part de 10 % et MFPrévoyance SA dénommée ci-après « le coassureur » pour une quote-part de 90 %.

Le présent contrat a pour objet de garantir, dans les conditions fixées ci-après, les assurés désignés à l'article 5 contre la survenance des risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité AERAS et d'Incapacité Totale de Travail (ITT) le paiement des sommes dues au titre de prêts immobiliers cautionnés ou non sous réserve des limites prévues à l'article 3 ou des prêts visés à l'article L. 311-1 du code de la consommation tels que définis à l'article 4 du contrat.

Le présent contrat relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R. 321-1 du code des assurances.

Il est régi par le code des assurances et la réglementation en vigueur.

Il répond aux recommandations de la Convention AERAS (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) révisée.

Dans le présent contrat, l'emprunteur, le coemprunteur, la caution personne physique d'un emprunteur sont dénommés « l'emprunteur » avant prise d'effet de l'assurance. Lorsque l'assurance prend effet, ces personnes sont dénommées « l'assuré ».

ARTICLE 2

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

2.1 - Le contrat 7371 M est souscrit auprès de CNP Assurances - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15, France et CNP IAM - 383 024 189 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15, France.

L'Autorité chargée du contrôle des coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

2.2 - Le montant de la prime d'assurance est indiqué à l'annexe tarifaire de la présente notice d'information. La prime d'assurance est exigible dès la prise d'effet des garanties.

2.3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article 10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION. Les garanties du contrat sont mentionnées aux articles 16 - PRESTATIONS GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS OU DE PTIA, 17 - PRESTATIONS GARANTIES EN CAS D'ITT et 18 - PRESTATIONS GARANTIES EN CAS D'INVALIDITÉ AERAS. Les exclusions au contrat n° 7371 M sont mentionnées à l'article 23 - RISQUES EXCLUS.

2.4 - L'offre contractuelle d'assurance 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 DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION et à l'article 11 - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES.

L'adhésion au contrat n° 7371 M s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 8 - ADMISSION DANS L'ASSURANCE. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 25 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DE LA PRIME. 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 l'apériteur 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 - DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE.

2.6 - Les relations précontractuelles et contractuelles entre les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français. Les coassureurs s'engagent à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

2.7 - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 30 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION 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 juin 1999 - 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 janvier 1990).

ARTICLE 3

MONTANT MAXIMUM GARANTI ET QUOTITÉ ASSURÉE

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même assuré est fixé à 900 000 euros et ce, quels que soient le nombre et le montant total des prêts garantis au titre de l'ensemble des contrats en couverture de prêts n° 7371 M, 7372 N et 6741 C en prenant en compte la quotité assurée.

Il n'y a pas la possibilité de modifier la quotité du prêt assuré par le présent contrat.

L'encours est égal au capital garanti sur la tête de l'assuré au jour de l'adhésion au titre de l'ensemble de ses prêts.

ARTICLE 4

PRÊTS ASSURABLES

Le présent contrat couvre les prêts immobiliers amortissables dont les caractéristiques sont les suivantes :

- les prêts à taux fixe et à échéances constantes,
- les prêts à taux fixe et à échéances progressives,
- les prêts à taux variables,
- les prêts modulables,
- les prêts avec amortissement différé partiel ou total, avec amortissement constant et/ou palier,
- les prêts amortissables achat-revente intégrant une faculté de remboursement anticipé dès la 1ère année,
- les prêts à taux zéro.

Peuvent également être garantis par le présent contrat, les crédits à la consommation affectés au financement de travaux d'un montant inférieur ou égal à 75 000 euros.

Les prêts in fine sont totalement exclus de toute couverture par le présent contrat.

En tout état de cause, chaque nouveau type de prêt éligible au contrat sera soumis à l'accord préalable de l'apériteur.

ARTICLE 5

PERSONNES ASSURABLES

Peuvent être assurées, les personnes physiques n'ayant pas atteint leur 65^{ème} anniversaire à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et ayant la qualité suivante :

- emprunteur titulaire du prêt immobilier ou du crédit à la consommation et membre d'un souscripteur,

ou

- coemprunteur ou caution personne physique du titulaire du prêt même si ces deux personnes n'ont pas la qualité de fonctionnaire,

ou

- emprunteurs, coemprunteurs, cautions personnes physiques tels que définis ci-dessus qui participent par leurs apports en compte courant au financement d'une SCI. La SCI doit être constituée exclusivement entre parents et alliés jusqu'au 4^{ème} degré.

Ci-après dénommés « l'emprunteur ».

Toutefois, ne sont pas assurables au titre de la garantie Incapacité Totale de Travail et de la garantie Invalidité AERAS, les personnes qui n'exercent pas une activité professionnelle rémunérée.

ARTICLE 6

RÉPARTITION DES GARANTIES

Il ne peut y avoir plus de deux assurés au titre d'un même prêt.

Lorsque l'assurance repose sur deux têtes, les parts de garantie de l'emprunteur, du coemprunteur ou de la caution personne physique de l'emprunteur sont librement fixées par ces personnes sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

ARTICLE 7

ADMISSION DANS L'ASSURANCE – FORMALITÉS MÉDICALES

Lors de la demande d'adhésion et s'agissant de la garantie Incapacité Totale de Travail :

- un candidat à l'assurance, salarié de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage ou fonctionnaire peut opter, soit pour une franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail, soit pour une franchise de 180 jours continus d'arrêt de travail.

- les autres candidats à l'assurance ne peuvent opter que pour une franchise de 180 jours continus d'arrêt de travail.

L'admission dans l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires et conditionnées de la façon suivante :

a) Les candidats à l'assurance âgés de moins de 50 ans à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion :

- qui sollicitent un prêt inférieur ou égal à 80 000 euros, peuvent être admis sur production d'une Déclaration d'État de Santé .

Si les intéressés ne sont pas en mesure de signer la Déclaration d'État de Santé, l'adhésion est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

- qui sollicitent un prêt supérieur à 80 000 euros, peuvent être admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

b) Les candidats à l'assurance âgés de 50 ans et plus à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion :

- qui sollicitent un prêt inférieur, égal ou supérieur à 80 000 euros, peuvent être admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

Formalités particulières

Pour les prêts supérieurs à 300 000 euros, l'acceptation dans l'assurance est soumise à un Questionnaire de Santé et, selon l'âge, à la production d'analyses biologiques et d'examens médicaux.

Règle générale

Le souscripteur met à la disposition de l'emprunteur qui le souhaite, une enveloppe qui permet l'envoi du Questionnaire de Santé au Médecin conseil de l'apéríteur sous couvert du secret médical. Sur cette enveloppe, sont mentionnées les informations suivantes : **CONFIDENTIEL – SECRET MÉDICAL – CNP Assurances - Médecin conseil de CNP Assurances - Service Médical d'Assurances - TSA 77163 - 75716 Paris cedex 15.**

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété, à la demande de l'apéríteur, par une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'apéríteur et à ses frais, avec production d'analyses médicales biologiques et d'examens médicaux de laboratoire. Le candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.

Le Questionnaire de Santé dûment complété et signé par le candidat à l'assurance est valable trois mois à compter de sa date de signature.

Si l'apéríteur ne l'a pas reçu dans ce délai, le candidat à l'assurance doit remplir un nouveau Questionnaire de Santé.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à six mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués. 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, l'emprunteur est tenu d'en informer l'apéríteur par l'intermédiaire du souscripteur.

c) Dispositions en cas de rachat ou de réaménagement d'un prêt initialement garanti au titre de ce contrat :

Les cas ne donnant pas lieu à renouvellement des formalités d'adhésion sont les suivants :

- diminution du capital assurable, de la durée, de la quotité,
- augmentation de la durée d'assurance dans la limite de 5 ans,
- augmentation du capital assurable tant que celui-ci, après augmentation, n'excède pas 200 000 €,
- augmentation du capital assurable, le portant au-delà de 200 000 €, lorsque les deux conditions suivantes sont remplies cumulativement :
 - la modification n'excède pas 20 000 €,
 - la modification n'entraîne pas le franchissement d'un des seuils (300 000 €, 500 000 € ou 800 000 €).

En cas de franchissement de l'un de ces seuils, les formalités d'adhésion sont à renouveler.

- changement du numéro de prêt,
- modification du nombre de prêts à montant total assuré égal.

Tous les autres cas nécessitent un renouvellement des formalités d'adhésion telles que décrites à l'article 7.

d) Dispositions en cas de rachat, de réaménagement d'un prêt non assuré par le présent contrat ou en cas d'une demande d'adhésion pour couvrir un prêt en cours d'amortissement

Dans les cas précités, l'emprunteur doit effectuer sa demande d'adhésion selon les formalités telles que décrites à l'article 7.

ARTICLE 8

FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'apéríteur entraîne la nullité de l'adhésion, et les primes perçues restent acquises aux coassureurs à titre de dommages et intérêts, et ce, conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances.

ARTICLE 9

DÉCISION DE L'APÉRITEUR

Au terme de l'examen des formalités d'adhésion, l'apéríteur peut :

- **Accepter la demande d'adhésion.** Cette acceptation peut être donnée :

- **Aux conditions normales** : elle vaut pour tous les risques couverts dans les limites du présent contrat. Dans ce cas, la décision est notifiée au souscripteur à charge pour lui d'en informer le candidat à l'assurance.
- **Avec exclusion totale de garantie** : l'apéríteur notifie l'exclusion de garantie au candidat à l'assurance par l'envoi en double exemplaire, des conditions particulières d'assurance. L'emprunteur doit adresser au souscripteur un des exemplaires signé pour accord.
- **Avec exclusion partielle** : l'apéríteur adresse au candidat à l'assurance dans un même envoi :
 - un courrier composé de deux documents à conserver par le candidat à l'assurance, l'un comportant la mention « avec réserve » et le second précisant le détail des restrictions signé par le Médecin conseil de CNP Assurances,
 - un courrier comportant uniquement la mention de l'acceptation « avec réserve ». Si le candidat à l'assurance en accepte les conditions particulières, il transmet directement au souscripteur ce document daté et signé dans l'encadré prévu à cet effet.

Lorsqu'un salarié de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage ou un fonctionnaire a choisi l'option à 90 jours de franchise pour le risque ITT lors de sa demande d'adhésion et que l'apéríteur a accepté de couvrir les risques Décès et PTIA mais refusé de couvrir le risque ITT et Invalidité AERAS, le candidat à l'assurance peut modifier son option de franchise et demander le bénéfice de l'option à 180 jours de franchise et ce, sans les garanties Incapacité de Travail et Invalidité AERAS.

- **Ajourner sa décision.** Dans ce cas, l'emprunteur n'est pas assuré mais peut présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui est indiqué.

- **Refuser la demande d'adhésion.** Une telle décision déclenche automatiquement une étude sur les conditions d'assurance possibles dans un dispositif de deuxième ou de troisième niveau conformément aux dispositions de la Convention AERAS (« s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé »).

Sur le courrier de notification de la décision de l'apéríteur, sont indiquées les coordonnées de la Commission de médiation AERAS et la possibilité pour l'emprunteur de prendre contact par courrier avec le Médecin conseil de l'apéríteur, soit directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'assurance.

La décision émise par l'apéríteur est valable 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'assurance. Passé ce délai, elle devient caduque.

Toute contestation est recevable dans un délai de 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'assurance. Si, avant ce délai, la prise d'effet de l'assurance n'est pas intervenue ou si l'offre de prêt devient caduque, les formalités d'adhésion doivent être renouvelées.

ARTICLE 10

DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

10.1 – Date de conclusion de l'adhésion

Si l'acceptation est donnée sans exclusion sur production d'une Déclaration d'État de Santé ou sur production d'un Questionnaire de Santé, l'adhésion est conclue le jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

Si l'acceptation est donnée avec exclusion totale de garantie ou avec exclusion partielle, l'adhésion est conclue le jour de la date de signature par l'emprunteur de la notification des conditions particulières d'assurance.

10.2 – Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt garanti mentionnée sur 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 avec avis de réception au souscripteur au moins deux mois avant la date d'échéance (date anniversaire de l'adhésion). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle. Cette résiliation peut, le cas échéant, avoir des conséquences sur l'offre de prêt de l'assuré.

Conformément aux articles L. 312-9 du code de la consommation et de l'article L. 113-12-2 du code des assurances, l'assuré dispose d'une faculté de substitution et de résiliation du présent contrat d'assurance dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'assuré notifie au souscripteur sa demande de résiliation par courrier recommandé au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois.

La demande de substitution s'effectue auprès du prêteur selon les modalités qui sont fixées dans l'offre de prêt.

Ensuite, l'assuré notifie par lettre recommandée la décision du prêteur au souscripteur. En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- soit 10 jours après réception de la décision du prêteur par le souscripteur,
- soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de refus de la substitution par le prêteur, l'adhésion au présent contrat continue de produire ses effets.

ARTICLE 11

DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, pour chaque assuré, sous réserve du paiement de la prime, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- à la date de conclusion de l'adhésion,
- à la date du jour de la dernière acceptation de l'offre de prêt.

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 date de conclusion de l'adhésion.

ARTICLE 12

CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque assuré :

- au terme contractuel du prêt garanti quelle qu'en soit la cause,
- en cas de non-paiement de prime selon les modalités prévues à l'article 26,
- pour la caution personne physique assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord de l'organisme prêteur,
- à la date de remboursement anticipé total du prêt,
- à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
- au jour du versement de la prestation en cas de Décès ou de PTIA,
- au jour de la réception par le souscripteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 13,
- au jour de la prise d'effet de la résiliation de l'assurance par l'assuré et ce, dans les conditions fixées à l'article 10.2,
- en cas de substitution, et ce, dans les conditions fixées à l'article 10.2,
- au jour de la réception par le souscripteur, de la lettre de l'assuré informant de sa renonciation à la réalisation de l'opération immobilière. L'intégralité des primes payées depuis la prise d'effet des garanties est remboursée.

En tout état de cause, les garanties cessent pour chaque assuré au plus tard :

- pour la garantie Décès : à l'échéance de prime mensuelle qui suit la date du 75^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie PTIA : au 65^{ème} anniversaire de l'assuré sans entraîner de modification du montant des primes,
- pour les garanties Incapacité Totale de Travail et Invalidité AERAS :
 - A la date à laquelle l'assuré fait valoir ses droits à la retraite ou préretraite, sans entraîner de modification du montant des primes,
 - Au 65^{ème} anniversaire de l'assuré sans entraîner de modification du montant des primes.

ARTICLE 13

DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE

La signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion ou la signature par l'emprunteur de la notification des conditions d'acceptation par l'apréteur ne constitue pas un engagement définitif pour l'assuré.

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

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

- Si le contrat est vendu à distance :

Le contrat est vendu à 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, l'assuré peut renoncer à son adhésion au contrat dans les **quatorze jours calendaires** révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.1 de la présente notice.

- Si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un adhérent, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat. En vertu de l'article L. 112-9 alinéa 1^{er} du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins 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 **quatorze jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.1 du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

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.

b) Modalités de la renonciation

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée au souscripteur à l'adresse suivante : Mutuelle ou Organisme (adresse du souscripteur) - Service des adhésions (...). Elle peut être faite selon le modèle suivant : « Je soussigné(e), M. Mme. Mlle (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 7371 M que j'ai signée le ...à... (Lieu d'adhésion). Le... (Date et signature). »

c) Effets de la renonciation

Le souscripteur 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 à distance, l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le souscripteur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

- 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.

ARTICLE 14

TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

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

L'Incapacité Totale de Travail, l'Invalidité AERAS et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) doivent être constatées en France (France métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre-Mer), quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

Les prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont calculées selon la quotité assurée sur la base du capital restant dû figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou sur l'échéancier établi par l'organisme prêteur, arrêté au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'assuré par l'apéríteur sur le sol français.

Les prestations en cas d'Incapacité Totale de Travail et d'Invalidité AERAS sont calculées sur le montant des échéances de prêt entières et échues selon la quotité assurée, qui suivent la date de la constatation médicale de l'état de santé de l'assuré par l'apéríteur sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'apéríteur sur le sol français restent à la charge de l'assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'apéríteur sont à la charge de ce dernier.

ARTICLE 15

BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'organisme prêteur ou, le cas échéant l'organisme qui a accordé sa caution, est le bénéficiaire exclusif des prestations dues par l'apéríteur.

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont réglées jusqu'à concurrence des sommes restant dues selon le tableau d'amortissement ou de l'attestation de l'organisme prêteur.

En cas d'Incapacité Totale de Travail ou d'Invalidité AERAS, les prestations sont réglées jusqu'à concurrence du (des) montant(s) des échéances entières et échues dues.

Les prestations sont versées directement au souscripteur à charge pour lui de les reverser à qui de droit.

Le souscripteur informe l'assuré ou ses ayants droit du versement des prestations à l'organisme prêteur ou à l'organisme de caution.

Les prestations sont garanties à hauteur de la quotité assurée.

ARTICLE 16

PRESTATIONS GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS OU DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

16.1 – En cas de décès

En cas de décès d'un assuré survenant en cours d'assurance et avant la fin du mois qui suit son 75^{ème} anniversaire, l'apéríteur garantit :

- soit le paiement en une seule fois des sommes dues par l'assuré au jour du sinistre, d'après le tableau d'amortissement du prêt en cours à la date de sinistre ou de l'attestation de l'organisme prêteur (à l'exclusion de toutes échéances arriérées), augmentées des intérêts éventuellement dus,

- soit le paiement du capital initial selon la quotité assurée, si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

Limite des obligations de l'apéríteur

Les prestations servies par l'apéríteur sont limitées :

- Au montant maximum garanti visé à l'article 3 que l'assurance repose sur une tête ou deux têtes : quand cette limite joue, la dégressivité incluse dans le tableau d'amortissement du total du capital emprunté s'applique au montant maximum pouvant être garanti au jour de la conclusion de l'adhésion, de façon telle qu'en cas de décès, les sommes prises en charge par l'apéríteur et rapportées au total des sommes encore dues à la date du sinistre, demeurent dans la même proportion que le total des sommes plafonnées au moment de la conclusion de l'adhésion par rapport au total de la dette de l'emprunteur.

- Lorsque l'assurance repose sur deux têtes : les prestations de l'apéríteur sont déterminées selon la quotité assurée. Lorsque deux assurés sont garantis au titre d'un ou plusieurs prêts tels que définis à l'article 4, les prestations de l'apéríteur ne seront en aucun cas supérieures au montant dû au titre du (des) prêt(s) garanti(s) et figurant sur le tableau d'amortissement ou sur l'attestation de l'organisme prêteur.

16.2 – En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont calculées selon les mêmes principes que ceux de la garantie Décès.

Un assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsque les trois conditions suivantes sont remplies simultanément :

1. l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée pouvant lui procurer gain ou profit,
2. l'invalidité dont il est atteint le met dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, s'habiller, se laver),
3. la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnue par l'apéríteur doit être survenue avant son 65^{ème} anniversaire.

L'assuré pour lequel sont versées des prestations au titre de la garantie Incapacité Totale de Travail (ITT) définie à l'article 17 peut bénéficier du paiement d'un capital au titre de la PTIA s'il vient à remplir les conditions précisées ci-dessus.

Toutefois, la fraction de capital incluse dans les sommes qui auront pu être versées par l'apéríteur au titre de la garantie ITT sera imputée sur le capital réglé au titre de la PTIA dans la mesure où ces sommes se rapporteront à des périodes postérieures à la date reconnue comme point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Délai d'attente : la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dont la date de survenance reconnue par l'apéríteur se situe au cours des 365 jours suivant la prise d'effet des garanties, n'est pas couverte quelle que soit sa durée, sauf lorsqu'elle résulte d'un accident tel que défini ci-après et survenant durant cette même période.

L'accident s'entend de toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant directement et exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombe à l'assuré ou à ses ayants droit. Elles doivent être communiquées à l'apéríteur.

La détermination de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'effectue en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées. L'apéríteur se réserve le droit de faire effectuer un contrôle médical tel que prévu à l'article 24, pour apprécier la réalisation du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'assuré cautionnant le prêt d'une personne physique doit avoir rempli ses obligations de caution depuis trois mois au moins à la date de survenance de l'état de PTIA pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

17.1 – Définition de l'Incapacité Totale de Travail

Seuls les assurés ayant une activité professionnelle bénéficient de la garantie Incapacité Totale de Travail.

L'assuré est en état d'Incapacité Totale de Travail lorsqu'à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours ou de 180 jours (cette période étant appelée délai de franchise) et avant son 65^{ème} anniversaire, il se trouve à la suite d'un accident (cf. article 16) ou d'une maladie, dans l'impossibilité médicalement constatée, de reprendre ses activités professionnelles,

et

1. s'il est assujéti au **Régime Général de la Sécurité Sociale**, il perçoit des prestations en espèces au titre :

- de la maladie, d'un accident,

- de l'invalidité, en étant alors classé dans la 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale,

2. s'il est salarié et relève d'un autre **Régime d'Assurance Maladie**, il se trouve dans une situation qui, appréciée par référence aux dispositions du Régime Général de la Sécurité Sociale, est équivalente à l'une de celles envisagée au paragraphe 1.

Si l'affection dont est atteint l'assuré n'est pas couverte par l'un des différents régimes d'Assurance Maladie pour une raison indépendante de sa nature, l'assuré doit se trouver dans l'impossibilité, médicalement constatée, d'exercer ses activités professionnelles.

Si les conditions précitées sont remplies, les prestations sont versées au souscripteur dont dépend l'assuré et cessent de plein droit à la date où sa situation ne correspond plus à l'une des conditions ci-dessus et/ou du seul fait de la reprise effective, même partielle de ses activités professionnelles.

Les prestations cessent également du seul fait de la capacité physique de l'assuré à reprendre son activité, même partielle : la date de l'aptitude correspond à la date notifiée par l'apéríteur suite à un contrôle médical.

En cas de rechute due à l'affection qui a motivé l'arrêt de travail précédent ayant donné lieu au versement des prestations au titre de la garantie ITT du présent contrat, toute reprise de travail inférieure à deux mois n'entraîne pas l'application d'un nouveau délai de franchise pour le paiement des prestations.

Cas particulier des rechutes pour les personnes ayant repris leur activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique

Toute reprise d'activité supérieure à 2 mois et inférieure ou égale à 6 mois n'entraîne pas, en cas de rechute pour la même pathologie, l'application d'un nouveau délai de franchise pour le paiement des prestations.

17.2 – Montant des prestations garanties et durée de leur service

En cas d'Incapacité Totale de Travail, le contrat garantit dans les conditions ci-après et sous réserves des risques exclus prévus à l'article 23, le paiement au souscripteur, des sommes venant à échéance après le 90^{ème} ou le 180^{ème} jour consécutif de cessation continue d'activité, et dues par l'assuré, au titre du tableau d'amortissement du ou des prêts en cours.

La prise en charge s'effectue à compter du 91^{ème} jour ou du 181^{ème} jour (selon l'option choisie) d'arrêt de travail continu de l'assuré et à partir de la 1^{ère} échéance entière et échue qui suit ce délai (les 90 ou 180 premiers jours étant exclus).

Le contrat ne prévoit pas de prise en charge *pro rata temporis*.

Ces prestations sont servies pendant la période d'Incapacité Totale de Travail reconnue et constatée médicalement par l'apéríteur et au plus tard jusqu'à la fin de la période d'amortissement ou jusqu'au paiement du capital dû au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, leur paiement cessant :

- à la première échéance qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré,

- à la date à laquelle l'assuré fait valoir ses droits à la retraite où préretraite.

➤ Concernant les prêts amortissables à taux fixe et à échéances constantes

L'apéríteur garantit le règlement des échéances en fonction du tableau d'amortissement ou de l'attestation établie par l'organisme prêteur.

➤ Concernant les prêts amortissables à taux fixe et à échéances progressives ou les prêts à taux révisable (ou variable)

Impact sur la prise en charge :

La révision des taux prévue au contrat de prêt d'origine est intégrée dans la prise en charge.

➤ Concernant les prêts modulables

Ces prêts offrent aux emprunteurs, la possibilité de modifier leurs remboursements. Ils peuvent décider d'augmenter ou de baisser le montant des échéances du prêt.

Impact sur la prise en charge :

a) Modification à la hausse**En-dehors d'un sinistre**

Lorsqu'un assuré décide de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, le surplus de garantie est pris en compte par l'apéríteur au terme d'un délai de 90 jours ou 180 jours (selon l'option choisie par l'assuré figurant sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion), et ce pour autant qu'aucun sinistre Incapacité Totale de Travail ne soit survenu pendant ledit délai.

• En cas de sinistre survenant pendant le délai de 90 jours ou 180 jours, l'indemnisation portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation.

• En cas de sinistre survenant après le délai de 90 jours ou 180 jours, l'indemnisation portera sur le montant de la nouvelle échéance.

En cours de sinistre

Lorsqu'un assuré décide, en cours de sinistre, de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, l'apéríteur prend en compte le montant de l'échéance précédant l'augmentation, et ce, pendant toute la durée de la prise en charge.

b) Modification à la baisse

En toute hypothèse, l'apéríteur prend en compte le nouveau montant de l'échéance.

c) Report d'échéances

Ces prêts modulables peuvent également offrir la possibilité de reporter une ou plusieurs mensualités. Il s'agit de suspendre le remboursement des échéances pendant une période brève.

Impact sur la prise en charge :

Si un sinistre survient avant ou pendant la période de report d'échéance, le délai de franchise de 90 jours ou 180 jours est décompté mais l'apéríteur ne règle aucune prestation durant toute la période du report. La prise en charge est effective dès lors que l'assuré reprend le remboursement des échéances de prêts.

Dans tous les cas, l'assuré s'engage à aviser le souscripteur par écrit de toute modification relative au(x) prêt(s).

➤ Concernant les prêts long terme intégrant un prêt relais

En cas d'ITT survenant dans les deux premières années d'assurance, l'apériteur ne prend pas en charge la part d'échéance correspondant à un remboursement anticipé de capital.

Dans ce cas, l'apériteur prend en compte les montants prévus initialement dans le tableau d'amortissement jusqu'à la fin de la deuxième année. A l'issue de la deuxième année, deux possibilités peuvent se présenter :

- soit l'assuré effectue un remboursement anticipé - de ce fait, la prime et la prestation s'adapteront compte tenu du capital restant dû,
- soit l'assuré n'effectue pas de remboursement anticipé - l'apériteur remboursera alors les échéances sur la base d'un tableau d'amortissement sans remboursement anticipé et sur la durée initiale du prêt.

➤ Concernant les prêts à taux zéro

- en cas de différé total, aucune prise en charge n'est possible pendant le différé,
- en cas de différé partiel, le contrat garantit le paiement des échéances entières et échues dues par l'assuré au titre du tableau d'amortissement.

ARTICLE 18

GARANTIE INVALIDITÉ AERAS

L'apériteur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion. Si la garantie Incapacité Totale de Travail est refusée pour des raisons médicales, ou si elle est accordée mais avec exclusion de certaines pathologies, l'apériteur propose à l'assuré une garantie invalidité AERAS. Seuls les assurés en activité professionnelle peuvent être garantis pour le risque invalidité AERAS.

Ne sont pas assurables au titre de la garantie Invalidité AERAS, les cautions personnes physiques.

18.1 – Définition de la garantie Invalidité AERAS

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la Convention AERAS révisée.

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

1. son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident (cf. article 16) qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle,
2. son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'apériteur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident (cf. article 16) ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux,
3. son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % ; ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité annexé au Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite, publié au Journal Officiel par décret N° 2001-99 du 31 janvier 2001.
La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées à l'article 18.4. L'apériteur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque,
4. l'assuré justifie d'une incapacité professionnelle attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale,
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé de Longue Durée,
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession,
5. l'état d'invalidité AERAS doit être reconnu par l'apériteur avant la date de cessation de la garantie Incapacité Totale de Travail.

18.2 – Prestation garantie

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

Sous réserve des dispositions des articles 18 et 23 de la présente notice, les prestations sont servies pendant la période d'Invalidité AERAS reconnue par l'apériteur et au plus tard jusqu'à la fin de la période d'amortissement ou jusqu'au paiement du capital dû au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie si cette dernière est reconnue ou jusqu'au paiement du capital dû au titre du Décès.

18.3 – Cessation du versement des prestations Invalidité AERAS

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de garantie visés à l'article 12,
- lorsque l'assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 18.1,
- lorsque l'assuré n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection social visé à l'article 18.4,
- lorsqu'après un contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnelle est inférieur à 70 %,
- en cas de reprise d'une activité professionnelle même partielle,
- au 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

18.4 – Formalités à remplir en cas de sinistre

Il revient à l'assuré ou ses ayants droit de fournir à l'apériteur, par l'intermédiaire du souscripteur, dans les **180 jours*** qui suivent la survenance de l'invalidité AERAS, les éléments suivants :

- une copie du tableau d'amortissement en cours à la date du sinistre ou l'échéancier du contrat de prêt certifié par l'organisme prêteur,
- une copie de la décision d'acceptation aux conditions normales prise par l'apériteur ou la copie des conditions particulières d'assurance acceptées par l'assuré en cas d'acceptation avec exclusion totale de garantie ou d'acceptation avec exclusion partielle,
- une Attestation Médicale d'Incapacité Invalidité (imprimé fourni par l'apériteur), complétée et signée par l'assuré et son médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident (cf. article 16) dont résulte l'invalidité.
- Pour les salariés affiliés au régime général de l'Assurance Maladie, joindre aux justificatifs ci-dessus :
 - une copie de la notification par la sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.
- Pour les fonctionnaires et assimilés, joindre aux justificatifs ci-dessus :
 - une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,
 - une copie de l'arrêt de position administrative ou une copie du titre de pension.

- Pour les salariés relevant d'un autre régime d'assurance maladie, joindre aux justificatifs ci-dessus :

- une copie d'un titre de pension pour invalidité émanant de cet autre régime.

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

* **A défaut de présentation des pièces ci-dessus dans un délai de 180 jours suivant la survenance de l'invalidité AERAS, la date de survenance retenue par l'apérateur sera au plus tôt, celle de la réception des pièces décrites ci-dessus par l'apérateur.**

ARTICLE 19

PRINCIPE DU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les justificatifs nécessaires au règlement des prestations doivent être adressés par le souscripteur à l'apérateur à l'adresse suivante : **CNP Assurances - Unité Gestion Sinistres - M 243 - TSA 67162 - 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.**

L'assuré peut, s'il le souhaite, adresser ces documents sous le sceau du secret médical à l'adresse suivante : **CNP Assurances - Médecin Conseil de CNP Assurances - Service Médical d'Assurances - TSA 77163 - 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.**

Les prestations sont directement versées au souscripteur, à charge pour lui de les reverser à qui de droit.

Les prestations sont garanties à hauteur de la quotité assurée.

ARTICLE 20

JUSTIFICATIFS EN CAS DE DÉCÈS

En vue du règlement du capital prévu à l'article 16.1 ci-dessus le souscripteur constitue et adresse à l'apérateur dès que possible, pour chaque sinistre, un dossier comprenant :

- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement du (des) prêt(s) en cours à la date de sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré,

- un extrait d'acte de décès original,

- un certificat médical original (document fourni par l'apérateur) indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle, et à un risque exclu défini à l'article 23.

Pour demander le bénéfice de la garantie Décès, l'assuré caution personne physique de l'emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois mois au moins à la date de survenance du sinistre médicalement reconnu par l'apérateur et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

Par conséquent, outre les pièces justificatives demandées, une copie justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement amiable ou judiciaire engagé à son encontre depuis trois mois au moins à la date du sinistre doit être transmise.

ARTICLE 21

JUSTIFICATIFS EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En vue du règlement du capital prévu à l'article 16.2, le souscripteur constitue et adresse à l'apérateur pour chaque sinistre, au plus tard dans un délai de **six mois ** à compter de la date de survenance de la PTIA** telle qu'elle est définie à l'article 16.2, un dossier comprenant :

- une copie de la décision d'acceptation aux conditions normales prise par l'apérateur ou la copie des conditions particulières d'assurance acceptées par l'assuré en cas d'acceptation avec exclusion totale de garantie ou d'acceptation avec exclusion partielle,

- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement du (des) prêt(s) en cours à la date du sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré,

- toutes pièces que la situation particulière de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie rend nécessaire pour l'examen de la demande notamment :

- Une Attestation Médicale d'Incapacité/Invalidité (document CNP Assurances) complétée et signée par l'assuré et son médecin et valant certificat médical. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical.

- **dans tous les cas** : un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que l'invalidité dont est atteint l'assuré le place dans l'impossibilité de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et le met dans l'obligation de recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

Ce certificat devra préciser le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident (cf. article 16) qui en est la cause.

- une copie de la décision de son organisme social faisant état de la nécessité de recourir à l'assistance d'une tierce personne.

Si l'assuré concerné relève d'un régime d'Assurance Maladie : joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution de pension d'invalidité majorée pour tierce personne délivré par ledit régime. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'apérateur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

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

Pour demander le bénéfice de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'assuré caution personne physique de l'emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois mois au moins à la date de survenance du sinistre médicalement reconnu par l'apérateur et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

Par conséquent, outre les pièces justificatives demandées, une copie justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement amiable ou judiciaire engagée à son encontre depuis trois mois au moins à la date du sinistre doit être transmise.

Lorsque la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survient dans les 365 premiers jours de la prise d'effet des garanties, il est nécessaire de joindre aux justificatifs ci-dessus, une déclaration détaillée des circonstances de l'accident (cf. article 16) (procès-verbal de police, de gendarmerie, coupure de presse, témoignage).

L'apérateur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à cette étude et effectuer un contrôle médical tel que prévu à l'article 24 de la présente notice, pour apprécier la réalisation du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

**** À défaut de présentation des pièces ci-dessus dans un délai de six mois suivant la survenance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, la date de survenance retenue par l'apérateur sera au plus tôt celle de la réception des pièces décrites ci-dessus par l'apérateur.**

En vue du règlement des prestations prévues à l'article 17, le souscripteur constitue pour chaque assuré un dossier et l'adresse à l'apérateur :

- pour une période de franchise de 90 jours : à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail et au plus tard le 180^{ème} jour***,
- pour une période de franchise de 180 jours : à partir du 181^{ème} jour d'arrêt de travail et au plus tard le 270^{ème} jour***.

*** À défaut de présentation des pièces ci-dessus dans un délai de 180 ou 270 jours suivant la survenance de l'Incapacité Totale de Travail, le paiement des prestations n'interviendra que pour les sommes dues par l'assuré à compter de la date de réception du dossier complet par l'apérateur.

Le dossier comprend :

- une Attestation Médicale Incapacité-Invalidité (AMI – document CNP Assurances). En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant de la nature de la maladie ou de l'accident (cf. article 16) dont résulte l'Incapacité Totale de Travail,
- une copie de la décision d'acceptation aux conditions normales prise par l'apérateur ou la copie des conditions particulières d'assurance acceptées par l'assuré en cas d'acceptation avec exclusion totale de garantie ou d'acceptation avec exclusion partielle,
- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement du (des) prêt(s) en cours à la date du sinistre, ou une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré,
- lorsque le premier jour d'Incapacité Totale de Travail survient moins de 5 ans après la date de conclusion de l'adhésion : une attestation établie par l'employeur ou par la sécurité sociale recensant les arrêts de travail pour maladie ou accident (cf. article 16) durant les 5 ans précédant la date de conclusion de l'adhésion au contrat,
- les pièces justificatives de l'état d'Incapacité Totale de Travail depuis le début de son arrêt de travail, soit :
 - pour un assuré fonctionnaire :
 - une attestation d'arrêt de travail émanant de son employeur pour un congé de Maladie Ordinaire et ce, depuis le début de l'Incapacité Totale de Travail,
 - une copie de(s) l'Arrêté(s) Administratif(s) précisant la nature du congé maladie accordé et sa durée (CLM, CLD) et ce, depuis le début de l'Incapacité Totale de Travail,
 - le cas échéant, une copie de l'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI),
 - une copie du bulletin de paiement de la pension attribuée au titre de l'admission à la retraite pour invalidité.
 - pour un assuré affilié au régime général de l'Assurance Maladie :
 - une copie des bordereaux de paiement d'indemnités journalières par la sécurité sociale depuis le début de l'Incapacité Totale de Travail,
 - une copie de la notification d'attribution d'une pension au titre de l'assurance invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie prévue à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale,
 - une copie de la notification du service d'une rente d'incapacité permanente au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles prévues au code de la sécurité sociale,
 - pour un assuré affilié au régime général de l'Assurance Maladie mais ne remplissant pas les conditions de durée d'immatriculation exigée par la sécurité sociale pour bénéficier des prestations en espèces prévues par cet organisme :
 - une attestation originale émanant de la sécurité sociale attestant cette situation,
 - un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant et faisant connaître la nature de la maladie ou de l'accident (cf. article 16) dont résulte l'Incapacité Totale de Travail, le point de départ de la cessation d'activité et sa durée probable.
 - pour un assuré affilié à un autre régime que le régime général de l'Assurance Maladie :
 - une copie des bordereaux de paiement d'indemnités journalières versées par le régime concerné et ce, depuis le début de l'Incapacité Totale de Travail,
 - une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité.
 - pour un assuré assujéti au régime général de l'Assurance Maladie ou un autre Régime d'Assurance Maladie mais ne bénéficiant pas du versement d'indemnités journalières ou de pension d'invalidité ou de rente d'invalidité en cas d'arrêt de travail pour maladie, maladie professionnelle, accident (cf. article 16) ou accident du travail par un de ces régimes :
 - une attestation originale émanant du régime d'Assurance Maladie dont dépend l'assuré attestant cette situation et expliquant les motifs,
 - un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant de l'assuré et faisant connaître la nature de la maladie ou de l'accident (cf. article 16) dont l'Incapacité Totale de Travail ou l'invalidité, le point de départ de la cessation d'activité, sa durée probable.

Les jours d'Incapacité Totale de Travail pris en charge par le régime social de la Fonction publique, par le régime général de l'Assurance Maladie ou un autre régime d'Assurance Maladie doivent obligatoirement être justifiés par l'envoi des documents précités et ce, à chaque prolongation d'arrêt de travail, faute de quoi les prestations cessent d'être versées par l'apérateur.

Par ailleurs, lorsque le(s) prêt(s) immobilier(s) amortissable(s) sont modulables ou à taux révisable ou à taux variable ou à taux fixe et à échéance progressive, l'assuré doit impérativement transmettre au souscripteur pour envoi à l'apérateur, le nouveau tableau d'amortissement en cas de modification.

Nota : les assurés qui bénéficient de prestations versées au titre de l'invalidité par le régime général de l'Assurance Maladie ou un autre régime d'Assurance Maladie, doivent transmettre tous les trimestres, une attestation émanant dudit régime d'Assurance Maladie, indiquant le montant de la pension versée et la période concernée.

Les assurés fonctionnaires, qui bénéficient d'une pension de retraite pour invalidité doivent transmettre chaque année un extrait de relevé de compte sur lequel figure le virement de la pension de retraite attribuée au titre de l'invalidité.

Pour demander le bénéfice de la garantie Incapacité Totale de Travail (ITT), l'assuré caution personne physique de l'emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois mois au moins à la date de survenance du sinistre médicalement reconnu par l'apérateur et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

Par conséquent, outre les pièces justificatives demandées, une copie justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement amiable ou judiciaire engagé à son encontre depuis trois mois au moins à la date du sinistre doit être transmise.

23.1 – Pour toutes les garanties les risques suivants sont exclus de l'assurance

- Le suicide de l'assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale 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 étrangères lorsque la France est partie belligérante (*),
 - les conséquences de faits de guerres étrangères civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrection, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active (**),
 - les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome (**),
 - les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou licence valide,
 - les conséquences de vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parachute ascensionnel et parapente (*),
- (*) Cette exclusion ne s'applique pas aux militaires et aux policiers dans l'exercice de leur profession,
(**) Cette exclusion ne s'applique pas aux sapeurs-pompiers non militaires dans l'exercice de leur profession.

23.2 – Pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Totale de Travail et Invalidité AERAS

Outre les exclusions prévues ci-dessus, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Incapacité Totale de Travail et l'Invalidité AERAS ne sont pas garanties si elles résultent :

- d'une tentative de suicide.

24.1 – Contrôle médical

La production des justificatifs définis aux articles 18.4, 21 et 22 est indispensable mais parfois insuffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'apéríteur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'assuré à la demande de l'apéríteur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'assuré est bien en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité AERAS ou d'ITT tel que défini aux articles 16.2, 18.1 et 17.1 de la présente notice. L'assuré peut se faire assister du médecin de son choix.

Au vu des conclusions du rapport du médecin désigné, l'apéríteur accepte ou refuse la prise en charge.

En cas de refus, l'apéríteur notifie sa décision au souscripteur, à charge pour lui d'en informer l'assuré.

Si après un contrôle, la décision de l'apéríteur est contestée par l'assuré, une procédure de conciliation peut être demandée par l'assuré selon les modalités prévues à l'article 24.2.

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

24.2 – Conciliation

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

Pour ce faire, l'assuré doit retourner à l'apéríteur le document «procédure de conciliation en cas de sinistre» dans les trois mois suivant son envoi par l'apéríteur, accompagné d'un certificat médical demandé dans ce document, ou à défaut, dans ce même délai, faire parvenir à l'apéríteur :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers-expert,

et

- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'apéríteur ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que l'assuré aura désigné et le médecin-contrôleur de l'apéríteur 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 cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

24.3 – Tierce Expertise

L'apéríteur invite son médecin-contrôleur et le médecin désigné par l'assuré à désigner un médecin tiers-expert afin de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin.

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

Quelle que soit l'issue de cette procédure, l'assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin.

Les frais et honoraires du médecin-expert sont à la charge de la partie perdante, l'assuré en faisant l'avance.

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

25.1 – Taux de prime

Le montant de la prime est calculé en fonction d'un taux annuel appliqué au capital initial assuré en tenant compte de la quotité assurée et défini selon l'âge de l'assuré et le délai de franchise choisi par l'emprunteur à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

Les taux annuels de prime sont indiqués à l'annexe tarifaire. L'âge retenu pour le calcul de la prime est celui de l'assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion. La prime reste inchangée jusqu'à la fin du prêt.

En cas de non renouvellement de la procédure d'adhésion suite à un réaménagement ou rachat d'un emprunt déjà couvert par le présent contrat mais ne nécessitant pas le renouvellement des formalités d'adhésion conformément aux dispositions de l'article 7.c), l'assiette servant de base au calcul des primes est le montant du prêt figurant sur le nouveau tableau d'amortissement.

En cas de renouvellement de la procédure d'adhésion conformément aux dispositions de l'article 7.d) consécutif :

1 - à un réaménagement d'un emprunt déjà couvert par le présent contrat et nécessitant de nouvelles formalités d'adhésion,

ou

2 - en cas de rachat d'un prêt non assuré par le présent contrat,

ou

3 - en cas de demande d'adhésion pour couvrir un prêt en cours d'amortissement,

le taux annuel de prime applicable est celui défini selon l'âge de l'assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et le délai de franchise choisi.

Dans les cas 1 et 2 mentionnés ci-dessus, l'assiette servant de base au calcul des primes est le montant du prêt figurant sur le nouveau tableau d'amortissement en tenant compte de la quotité assurée et du délai de franchise choisis par l'emprunteur lors du renouvellement des formalités d'adhésion (cas 1) ou de la demande d'adhésion (cas 2).

Dans le cas 3 ci-dessus, l'assiette servant de base au calcul des primes est le montant du capital restant dû à la date de l'échéance précédant la signature de Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion en tenant compte de la quotité assurée et du délai de franchise choisis par l'emprunteur lors de sa demande d'adhésion .

En cas de remboursement anticipé partiel d'un prêt, le montant du capital assuré est égal au nouveau montant du prêt, la quotité assurée restant inchangée. Dans ce cas, la décision d'assurance émise par l'apériteur lors de la demande initiale d'adhésion au contrat pour couvrir le prêt concerné par ce remboursement anticipé partiel est maintenue.

En cas de remboursement anticipé total du prêt, volontaire ou forcé, celui-ci met immédiatement fin aux garanties pour toutes les personnes assurées au titre du prêt garanti.

L'assuré est tenu d'informer le souscripteur en cas de remboursement total ou partiel du prêt.

25.2 – Paiement de la prime

Le paiement de la prime est dû à partir de la date de prise d'effet des garanties.

Le paiement de la prime peut être notamment effectué directement par prélèvement sur un compte bancaire ouvert au nom de l'assuré, auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union européenne.

Le souscripteur procède à ces prélèvements.

La prime reste exigible en cas de cessation des garanties Incapacité Totale de Travail et PTIA ainsi qu'en cas de refus de prise en charge d'un sinistre par l'apériteur.

Le taux de prime a été nivelé sur la durée du prêt ; par conséquent, la cessation de ces garanties n'a pas d'incidence sur le montant de la prime.

25.3 – Modalités de paiement de la prime

Les primes dues par l'assuré sont annuelles, payables d'avance par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, et selon la date de prise d'effet des garanties :

- si les garanties prennent effet entre le 1^{er} et le 15 du mois, la prime est alors appelée le 1^{er} jour du mois en cours,

- si les garanties prennent effet entre le 16 et la fin du mois, la prime est alors appelée le 1^{er} jour du mois suivant.

Les primes sont recouvrées par le souscripteur.

ARTICLE 26

DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA PRIME

L'assuré est tenu au règlement de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion.

Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'a pas pu être prélevée dans un délai minimum de dix (10) jours à compter de son échéance, ou si l'assuré qui a exercé le droit à remboursement de son prélèvement n'a pas régularisé le paiement de sa prime ou fraction de prime, le souscripteur adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer à l'assuré, conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances. L'exclusion intervient au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de cet envoi, conformément à l'article L. 141-3 du code des assurances. Toutefois, le cas échéant, à compter de la décision déclarant la recevabilité de la demande de classement en surendettement, le délai de quarante (40) jours fixés ci-dessus est contractuellement porté à cent vingt (120) jours, sous réserve que la présente assurance figure dans l'état du passif définitivement arrêté par la commission de surendettement ou le juge.

Le règlement des primes est indépendant du recouvrement que le souscripteur doit faire auprès des assurés.

ARTICLE 27

NOTICE D'INFORMATION

Le souscripteur est tenu :

- de remettre aux assurés, l'exemplaire du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion qui leur est destiné, accompagné de la notice d'information dont la rédaction incombe à l'apériteur. Elle définit les modalités d'entrée en vigueur, le champ d'application des garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

- d'informer par écrit, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur, les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations sur la base d'une nouvelle notice dont la rédaction incombe à l'apériteur.

ARTICLE 28

PRESCRIPTION

En vertu de l'article L. 114-1 du code des assurances, toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite au terme d'un délai de deux ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru que du jour où l'apéríteur 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'apéríteur 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré, ce délai est porté à dix ans à compter de sa connaissance du décès. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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

ARTICLE 29

INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi «Informatique, fichiers et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, aux coassureurs, responsables du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés.

L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de **CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés** - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.

ARTICLE 30

RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

- Pour toute réclamation relative à la décision d'adhésion de l'assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à **CNP Assurances – Service Souscription – Réexamens** – TSA 57161 – 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.

- Pour tout renseignement relatif à un sinistre, l'assuré, ou ses ayants droit peut (peuvent) s'adresser à **CNP Assurances – Unité Gestion Sinistres M243** – TSA 67162 – 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.

- Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'assuré, ou ses ayants droit peut (peuvent) s'adresser à **CNP Assurances – Unité réclamations M221** – TSA 81566 – 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.

- En cas de désaccord avec une décision de l'apéríteur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'assuré ou ses ayants droit peut (peuvent) s'adresser : **Médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09**.

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 31

LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français.

Les coassureurs et le souscripteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

ARTICLE 32

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61 rue Tailbout 75436 Paris cedex 09.

ARTICLE 33

COÛT INHÉRENT AU MODE DE COMMERCIALISATION

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 l'apéríteur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) emprunteur(s) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

ARTICLE 34

FONDS DE GARANTIE

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 juin 1999 (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 janvier 1990).

MFPPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré | 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

ANNEXE TARIFAIRE
AU CONTRAT EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS N° 7371 M
AU 1^{er} JUILLET 2015

TAUX DE PRIMES

Le montant de la prime est calculé en fonction d'un taux appliqué au capital initial assuré en tenant compte de la quotité assurée et défini selon :

- l'âge de l'assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion,
- le délai de franchise « choisi » par l'assuré lors de sa demande d'adhésion et figurant sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

Assuré ayant choisi la franchise de 180 jours

Âge de l'assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion	Taux annuel en % du capital initial assuré
< 35 ans	0,12 %
de 35 ans à ≤ 49 ans	0,23 %
de 50 ans à < 65 ans	0,37 %

Assuré ayant choisi la franchise de 90 jours

Âge de l'assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion	Taux annuel en % du capital initial assuré
< 35 ans	0,14 %
de 35 ans à ≤ 49 ans	0,26 %
de 50 ans à < 65 ans	0,46 %

MFPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré | 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances