

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS 7372 N

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

CANDIDAT À L'ASSURANCE

M. Mme Mlle Né(e) le : / / à _____ Dept. _____ Pays _____
 Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Partenaire d'un PACS Concubin(e)

Nom de naissance _____
 Prénom _____
 Nom usuel ou marital _____
 Adresse _____
 Complément d'adresse _____
 Code postal Commune _____
 Adresse e-mail _____ Tél. mobile* _____

* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

Profession _____
 Statut : Fonctionnaire Salarié Non salarié Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraités
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT

Qualité : **EPR** : Emprunteur **CPR** : Coemprunteur **CTP** : Caution personne physique **CAS** : Caution associé SCI

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt	Durée	Quotité	Capital assuré
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€

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 (réf. L5341-12/22) exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.

Je déclare :

- **Demander** à adhérer au contrat d'assurance n° 7372 N 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, **reconnaitre 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 ;
- **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 ;
- **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.
- **Avoir été informé qu'en raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre déjà survenu et connu de l'assuré au moment de l'adhésion ne pourra être pris en charge.**

Si j'ai complété un questionnaire de santé, je déclare en outre :

- **Avoir reçu et pris connaissance de la fiche d'information « Droit à l'oubli » dont je conserve un exemplaire ;**
- **Etre informé(e) que toute omission, fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par CNP Assurances entraînera la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du code des assurances).** Je m'engage à signaler à CNP Assurances 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'Assureur 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 à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (suite)

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

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

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

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances peut être amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises comptetenu de leur sensibilité.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

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

Fait à _____, le / /

Signature

Exemplaire destiné au Candidat à l'assurance

CNP Assurances - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - Tél. : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr

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

MFPPrévoyance - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux

Société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances - 507 648 053 RCS Nanterre

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION
CONTRAT D'ASSURANCE
EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS 7372 N**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

CANDIDAT À L'ASSURANCE

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

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

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

Nom de naissance _____

Prénom _____

Nom usuel ou marital _____

Adresse _____

Complément d'adresse _____

Code postal Commune _____

Adresse e-mail _____ Tél. mobile* _____

Profession _____

Statut : Fonctionnaire Salarié Non salarié Sans activité professionnelle

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraités
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT

Qualité : **EPR** : Emprunteur **CPR** : Coemprunteur **CTP** : Caution personne physique **CAS** : Caution associé SCI

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt	Durée	Quotité	Capital assuré
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€

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 (réf. L5341-12/22) exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.

Je déclare :

- **Demander** à adhérer au contrat d'assurance n° 7372 N 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 ;
- **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 ;
- **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.
- **Avoir été informé qu'en raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre déjà survenu et connu de l'assuré au moment de l'adhésion ne pourra être pris en charge.**

Si j'ai complété un questionnaire de santé, je déclare en outre :

- **Avoir reçu et pris connaissance de la fiche d'information « Droit à l'oubli » dont je conserve un exemplaire ;**
- **Etre informé(e) que toute omission, fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par CNP Assurances entraînera la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du code des assurances).** Je m'engage à signaler à CNP Assurances 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'Assureur 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 à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (suite)

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

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

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

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances peut être amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou de mise en oeuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises comptetenu de leur sensibilité.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

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

Fait à _____, le / /

Signature

Exemplaire destiné à la Mutuelle

CNP Assurances - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - Tél. : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre - Entreprise régie par le code des assurances

MFPPrévoyance - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux
Société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances - 507 648 053 RCS Nanterre

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION
CONTRAT D'ASSURANCE
EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS 7372 N**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

CANDIDAT À L'ASSURANCE

M. Mme Mlle Né(e) le : / / à _____ Dept. _____ Pays _____
 Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Partenaire d'un PACS Concubin(e)

Nom de naissance _____
 Prénom _____
 Nom usuel ou marital _____
 Adresse _____
 Complément d'adresse _____
 Code postal Commune _____
 Adresse e-mail _____ Tél. mobile* _____

* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

Profession _____
 Statut : Fonctionnaire Salarié Non salarié Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraités
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT

Qualité : **EPR** : Emprunteur **CPR** : Coemprunteur **CTP** : Caution personne physique **CAS** : Caution associé SCI

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt	Durée	Quotité	Capital assuré
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€

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 (réf. L5341-12/22) exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.

Je déclare :

- **Demander** à adhérer au contrat d'assurance n° 7372 N 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 ;
- **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 ;
- **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.
- **Avoir été informé qu'en raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre déjà survenu et connu de l'assuré au moment de l'adhésion ne pourra être pris en charge.**

Si j'ai complété un questionnaire de santé, je déclare en outre :

- **Avoir reçu et pris connaissance de la fiche d'information « Droit à l'oubli » dont je conserve un exemplaire ;**
- **Etre informé(e) que toute omission, fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par CNP Assurances entraînera la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du code des assurances).** Je m'engage à signaler à CNP Assurances 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'Assureur 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 à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (suite)

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

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

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

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances peut être amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou de mise en oeuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

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

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

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

Fait à _____, le / /

Signature

Exemplaire destiné à CNP Assurances

CNP Assurances - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - Tél. : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre - Entreprise régie par le code des assurances

MFPrévoyance - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux
Société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances - 507 648 053 RCS Nanterre

Document d'information AERAS

à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé)
Octobre 2022

La loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur » a supprimé le questionnaire médical pour la souscription d'une assurance emprunteur pour un crédit immobilier sous deux conditions :

- Si la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;
- Si l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

Pour les emprunts ne remplissant pas les conditions ci-dessus et afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé (personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies), la Convention AERAS met en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

- D'une part, pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer ou d'une hépatite virale C de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur ;
- D'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit :
 - les caractéristiques des pathologies (définition précise) et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies aux personnes qui en ont souffert ;
 - des taux de surprimes maximaux applicables par les assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.

1. Non déclaration d'une ancienne pathologie cancéreuse ou d'une ancienne hépatite virale C : le « droit à l'oubli » pour tous les crédits entrant dans le champ de la Convention

1.1 Le dispositif s'applique lorsque deux conditions sont réunies :

- les contrats d'assurance couvrent les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

1.2 Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » si vous avez été atteint d'une maladie cancéreuse ou d'une hépatite virale C sous réserve que :

- la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- **et** qu'il n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle. Les conséquences de la maladie cancéreuse, de l'hépatite virale C ou celles des traitements, notamment les effets secondaires, ne sont pas couvertes par le Droit à l'oubli et doivent donc être déclarées à l'assureur.

→ **Vos droits : Si vous répondez aux conditions médicales mentionnées au 1.2, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse ou d'hépatite virale C et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations, relatives aux maladies cancéreuses ou à l'hépatite virale C, mentionnées au 1.2 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.**

¹ **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

² **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

2. Déclaration des états de santé : la grille de référence AERAS

2.1 Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont réunies :

- les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- il s'agit soit de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 420 000 €, sans tenir compte des crédits relais; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 420 000 € pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

2.2 Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence AERAS

Vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée suivant les modalités suivantes :

a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard (liste I) :

- o La grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, répondant à des critères précis, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser les conditions d'accès à des délais inférieurs à ceux du « droit à l'oubli » au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer ;
- o Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du protocole thérapeutique³ (pathologies cancéreuses, hépatite virale C) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie.
- o Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de l'acceptation aux conditions standard.

→ **Vos droits** : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et celles mentionnées au 2.1.

b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard (liste II) :

- o La grille de référence liste les pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser, par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité), les critères d'accès à ces conditions d'assurance et les taux de surprimes maximaux applicables ;
- o Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de la tarification standard de la prime et peut ainsi apprécier le niveau de la surprime appliquée.

→ **Vos droits** : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille si vous remplissez les conditions mentionnées au 2.1 et les critères d'accès.

L'application de la grille de référence est évaluée par le service médical de l'assureur qui a la possibilité de demander des informations complémentaires au candidat à l'assurance afin de pouvoir vérifier les critères définis par la grille de référence.

3. Évolution du « droit à l'oubli » et du contenu de la grille de référence AERAS

Les dispositions prévues pour le « droit à l'oubli » comme celles figurant dans la grille de référence AERAS sont enrichies pour tenir compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles pour certaines pathologies. Les mises à jour régulières de cette grille de référence sont mises en ligne et donc consultables sur le site internet de la Convention AERAS, www.aeras-infos.fr

³ **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute (toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie), par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

Nom de naissance : _____	Prénom(s) : _____
Nom usuel ou marital : _____	Né(e) le : ____ / ____ / _____
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 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 ? _____ Quand ? _____ ____ Lesquels ? _____ ____ <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Opéré ____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____

DECLARATIONS DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

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 que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur, entraîne la nullité du contrat (art. L113-8 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.

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

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

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

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances est amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

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

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Promenade Coeur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr). Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données à caractère personnel de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je ne fais pas ce choix, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur, ses délégataires, ses prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel.

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

Fait en deux exemplaires à _____, le _____ Signature du Candidat à l'assurance

Je déclare avoir pris connaissance des informations visées ci-dessus et consens de manière expresse à la collecte et au traitement de mes données de santé pour les finalités ci-avant exposées d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui me seraient applicables et accepte que mes données de santé soient transmises aux destinataires visés.

Fait en deux exemplaires à _____, le _____ Signature du Candidat à l'assurance

Exemplaire destiné à l'Assuré

CANDIDAT A L'ASSURANCE

M Mme Mlle Né(e) le : ____/____/____ à _____ Dept. _____ Pays _____
 Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Partenaire d'un PACS : Concubin(e)

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

Nom de naissance _____ Agriculteur exploitant
 Prénom _____ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Nom usuel ou marital _____ Cadre, profession libérale, enseignant
 Adresse _____ Profession intermédiaire technicien, agent de maîtrise
 Complément d'adresse _____ Employé
 Code postal : _____ Commune _____ Ouvrier (y compris agricole)
 Adresse email _____ Tél mobile* _____ Retraité
 _____ Autre (sans activité, chômeur)

* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bioctel.gouv.fr).

Profession : _____

Profession : Fonctionnaire Salarié Non salarié Sans activité professionnelle

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Si la part assurée sur l'encours cumulé de vos crédits immobiliers en cours n'excède pas 200 000 euros, et si la dernière échéance de remboursement du(des) prêt(s) mentionné(s) dans le bulletin individuel de demande d'adhésion est prévue avant votre soixantième anniversaire, VOUS N'AVEZ PAS À REMPLIR CE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ.

Répondez obligatoirement OUI ou NON (en toutes lettres) dans chaque case et si OUI, complétez.

**** : ATTENTION, si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse ou d'une hépatite virale C dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 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, qui la transmettra sans l'ouvrir.

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ.

1	Indiquez : - - Votre taille : _____ cm.	_____	kg.
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 ? _____ À 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 :		Laquelle ? Quand ? Durée ?
	- 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 ?	_____	_____

Nom de naissance : _____	Prénom(s) : _____
Nom usuel ou marital : _____	Né(e) le : ____ / ____ / _____
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 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 ? _____ Quand ? _____ ____ Lesquels ? _____ ____ <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Opéré ____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____

DECLARATIONS DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

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 que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur, entraîne la nullité du contrat (art. L113-8 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.

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

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

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

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances est amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

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

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr). Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

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

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données à caractère personnel de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je ne fais pas ce choix, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur, ses délégataires, ses prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel.

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

Fait en deux exemplaires à _____, le _____ Signature du Candidat à l'assurance

Je déclare avoir pris connaissance des informations visées ci-dessus et consens de manière expresse à la collecte et au traitement de mes données de santé pour les finalités ci-avant exposées d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui me seraient applicables et accepte que mes données de santé soient transmises aux destinataires visés.

Fait en deux exemplaires à _____, le _____ Signature du Candidat à l'assurance

Exemplaire destiné à CNP Assurances

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS N° 7372 N

DÉFINITION

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

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

Apériteur : CNP Assurances, désigné dans le présent contrat sous le terme d'« Assureur ».

Assuré : est ainsi dénommé, tout Emprunteur dont au moins une garantie du présent contrat a pris effet.

Candidat à l'assurance : est ainsi dénommée, toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance de groupe mais pour laquelle les garanties n'ont pas encore pris effet. Lorsque l'Assurance a pris effet, cette personne est dénommée « l'Assuré ».

Coassureurs : CNP Assurances et MFPrévoyance.

Emprunteur : est ainsi dénommée toute personne ayant demandé ou obtenu un prêt auprès d'un établissement de crédit; il s'agit des Emprunteurs, des Coemprunteurs et de leurs Cautions personnes physiques et des Cautions associés de SCI.

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Le présent contrat d'assurance de groupe souscrit par les Mutuelles et Organismes en qualité de Souscripteur est coassuré par CNP Assurances en qualité d'Apériteur pour une quote-part de 75 % et MFPrévoyance en qualité de Coassureur pour une quote-part de 25 %.

Le présent contrat a pour objet de garantir, **durant une durée ne pouvant excéder trois (3) ans**, dans les conditions fixées ci-après, les Assurés désignés à l'article 5 contre la survenance des risques, tels que définis à l'article 16 de la présente notice.

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 révisée (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé).

ARTICLE 2 - INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

2.1 – Le contrat 7372 N est souscrit auprès de CNP Assurances - 341 737 062 RCS Nanterre- Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux et de MFPrévoyance – 507 648 053 RCS Nanterre - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux. L'Autorité chargée du contrôle des Coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - Paris cedex 09.

2.2 – Les modalités de calcul de la prime d'assurance sont indiquées à l'article 20 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 9 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION.

Les garanties du contrat sont mentionnées à l'article 16 - DÉFINITION DES GARANTIES ET MONTANT DES PRESTATIONS. Les exclusions au contrat n° 7372 N sont mentionnées à l'article 17 - 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 9 - 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° 7372 N s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 7 - ADHÉSION DANS L'ASSURANCE - FORMALITÉS D'ADHÉSION. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 20 - 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'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(les) Emprunteurs 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 24 - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION.

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 1 200 000 euros et ce, quel que soit le type de prêts (tel que défini à l'article 4) et quels que soient le nombre et le montant total des prêts garantis au titre de l'ensemble des contrats en couverture de prêts, en prenant en compte la quotité assurée.

L'encours tel que défini au présent article est égal au capital garanti, sur la tête de l'Assuré au jour de l'adhésion, au titre de l'ensemble de ses prêts assurés par l'un des contrats d'assurance en couverture de prêts souscrits par les Mutuelles et Organismes auprès des Coassureurs.

L'assurance repose sur la tête de chaque Assuré selon la quotité indiquée par chacun sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion, par tranche de 1 % à 100 %, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

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

ARTICLE 4 - PRÊTS ASSURABLES

Le présent contrat couvre les prêts relais non amortissables d'une durée inférieure ou égale à trois (3) ans.

ARTICLE 5 - PERSONNES ASSURABLES

Peuvent être assurés, 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 ou coemprunteur, titulaire du prêt relais, ou caution personne physique du titulaire du prêt, 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 membre du Souscripteur, **ou**
- Emprunteurs, Coemprunteurs, cautions personnes physiques et ayant la qualité d'associé de 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 et/ou entre concubins et/ou personnes liées par un PACS. Les cautions associés de SCI bénéficient des dispositions applicables aux coemprunteurs.**

Cas particuliers des seuls co-emprunteurs et caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur :

Les coemprunteurs ou caution personne physique, y compris les associés de SCI, s'ils n'ont pas la qualité de membre du Souscripteur, devront présenter une demande d'adhésion conjointe avec l'Emprunteur, membre du Souscripteur. Leur adhésion est conditionnée à l'adhésion effective de cet Emprunteur au contrat 7372N ou au contrat 2ème niveau AERAS ou au contrat SENIOR souscrits par le Souscripteur auprès de l'Assureur (se reporter aux dispositions prévues à l'article 9.1.2).

ARTICLE 6 - RÉPARTITION DE L'ASSURANCE

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 - ADHÉSION DANS L'ASSURANCE - FORMALITÉS D'ADHESION

En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucune conséquence d'un sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion du candidat à l'assurance ne pourra être prise en charge. Un sinistre en cours s'entend :

- pour une personne qui exerce une activité professionnelle, de tout arrêt de travail en cours au moment de l'adhésion, que cet arrêt soit consécutif à une maladie ou à un accident et qu'il soit indemnisé ou non ;
- pour une personne qui exerce des activités non professionnelles, de toute impossibilité d'exercer ses activités habituelles au moment de l'adhésion.

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

Les formalités d'adhésion sont obligatoires.

Pour les prêts immobiliers et les prêts travaux liés à l'acquisition, mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, et lorsque la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit du Candidat à l'assurance n'excède pas 200 000 euros, et que l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré :

Le Candidat à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion est exigée.

L'encours cumulé visé ci-dessus englobe tous les prêts immobiliers du candidat à l'assurance déjà souscrits au moment de l'adhésion, y compris la ou les opérations de prêts immobiliers, objet(s) de cette candidature à l'assurance.

Pour les prêts immobiliers assurables qui ne sont pas visés par les conditions énoncées ci-dessus :

Le Candidat à l'assurance doit compléter et signer un Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et un Questionnaire de Santé.

Le Questionnaire de Santé peut être remis sous enveloppe portant la mention « **confidentiel – secret médical** », à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être transmise au Souscripteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir. Cette procédure s'applique également pour l'envoi de tout document médical à l'initiative du Candidat à l'assurance.

Le Questionnaire de Santé dûment complété et signé par le Candidat à l'assurance est valable trois (3) mois à compter de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, le Candidat à l'assurance doit remplir un nouveau Questionnaire de Santé.

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété, à la demande de l'Assureur, d'exams médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur et à ses frais.

Le Candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Si le Candidat à l'assurance a complété et signé un Questionnaire de santé lors de la demande d'adhésion et qu'une évolution de son état de santé survient avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 9.1 et modifie les réponses portées sur ce Questionnaire, le Candidat à l'assurance est tenu d'informer l'Assureur par l'intermédiaire du Souscripteur.

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

ARTICLE 8 - DÉCISION DE L'ASSUREUR

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

Si les formalités d'adhésion ne comportent pas de questionnaire de santé : le Candidat à l'assurance est accepté pour les garanties demandées.

Si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé, au terme de l'examen des formalités d'adhésion, l'Assureur peut :

- **Accepter le Candidat à l'Assurance:**

Cette acceptation peut être donnée :

- **sans réserve** : elle vaut pour toutes les garanties couvertes dans les limites du présent contrat,
- **avec réserves** : elle exclura certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises. Le détail de(s) l'exclusion(s) partielle(s) de garantie(s) est communiqué directement au Candidat à l'assurance par courrier séparé signé du Médecin-conseil de l'Assureur.

- **Ajourner sa décision :**

Dans ce cas, le Candidat à l'assurance n'est pas Assuré mais pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué.

- **Refuser l'entrée dans l'assurance au titre du présent contrat :**

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 révisée.

Notification de la décision de l'Assureur

- **Acceptation sans réserve** : La décision de l'Assureur est notifiée, par écrit, par le Souscripteur, au Candidat à l'assurance.

- **Acceptation avec réserves** : L'Assureur envoie un courrier au Candidat à l'assurance lui notifiant, en deux (2) exemplaires, les dispositions particulières d'assurances. Le Candidat à l'assurance doit donner son accord exprès sur cette décision pour être Assuré. Le Candidat à l'assurance peut :

- **Accepter la proposition de l'Assureur** : son accord est formalisé par la signature d'un exemplaire des dispositions particulières d'assurance qui lui ont été envoyées ; il retourne l'exemplaire « Assureur » des dispositions particulières complété et signé au Souscripteur. Le Candidat à l'assurance conservera son exemplaire « Assuré ».

- **Refuser ou ne pas donner suite à la proposition de l'Assureur : dans ce cas la demande d'adhésion est classée sans suite et l'Emprunteur n'est pas Assuré.**

- **Ajournement ou refus de la demande d'adhésion** : L'Assureur notifie sa décision, par écrit, à l'Emprunteur.

En cas d'acceptation avec réserves, d'ajournement ou de refus de demande d'adhésion sur le courrier de notification de la décision à l'Assureur sont indiquées les coordonnées de la commission de médiation AERAS et la possibilité pour l'Emprunteur de prendre contact par courrier avec le médecin de l'Assureur, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions d'assurance.

Cas particuliers des seuls co-emprunteurs et caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur :

Dans tous les cas, l'acceptation de la demande d'adhésion du coemprunteur ou de la caution personne, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur, est conditionnée à l'acceptation de la demande d'adhésion de l'Emprunteur, membre du Souscripteur au contrat 7372N, au contrat 2^{ème} niveau AERAS ou au contrat SENIOR souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur.

La décision émise par l'Assureur est valable six (6) mois à compter de la date de notification au Candidat à l'assurance. Si, avant la fin de 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 devront être renouvelées.

Toute contestation est recevable dans un délai de six (6) mois à compter de la date de notification au Candidat à l'assurance. L'adhésion à l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un prêt immobilier déterminé aux conditions initiales de ce prêt immobilier, telles que définies à l'article 4.

Une autre opération d'emprunt nécessite un renouvellement des formalités d'adhésion, telles que prévues à l'article 7.

ARTICLE 9 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DEL'ADHÉSION

Article 9.1. Date de conclusion de l'adhésion

Article 9.1.1. Dispositions générales

- L'assurance est conclue au jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion :

- si les formalités d'adhésion ne comportent pas de questionnaire de santé,
- si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé, et en cas d'acceptation « sans réserve » .

- L'assurance est conclue à la date de signature par le Candidat à l'assurance de la notification des dispositions particulières d'assurance, si l'acceptation est donnée « avec réserves ».

Dans tous les cas l'adhésion est conclue sous réserve que l'assuré ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion.

Article 9.1.2. Cas particuliers des co-emprunteurs et caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 9.1.1, l'adhésion du co-emprunteur ou de la caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre d'une mutuelle sociétaire du Souscripteur, est conclue au plus tôt à la date de conclusion de l'adhésion de l'Emprunteur, membre d'une mutuelle sociétaire du Souscripteur au contrat 7372N, au contrat 2^{ème} niveau AERAS ou au contrat SENIOR souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur

Article 9.2. Durée de l'adhésion

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

ARTICLE 10 - RESILIATION DE L'ADHESION

Article 10.1 Faculté de résiliation

Pour les crédits immobiliers mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12-2 du code des assurances et aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation et de substitution du présent contrat d'assurance à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré notifie au Souscripteur sa demande de résiliation selon les modalités prévues au 10.2 ci-dessous.

L'Assuré devra transmettre au Prêteur le contrat de substitution qu'il souhaite souscrire. Il devra par la suite notifier au Souscripteur, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, la décision du Prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance si celui-ci est accepté.

L'Assuré notifie au Prêteur sa demande de résiliation selon les modalités prévues au 10.2 ci-dessous.

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.

Pour les opérations de prêts autres que celles mentionnées au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation du présent contrat d'assurance à chaque échéance annuelle de son adhésion au contrat d'assurance. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation au Souscripteur, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues au 10.2 ci-dessous.

L'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

Article 10.2 - Notification de la demande de résiliation

L'Assuré notifie au Souscripteur sa demande de résiliation :

- soit par lettre ou tout support durable (constitue un support durable, au sens de l'article L.111-9 du code des assurances, tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. Par exemple, une lettre signée de manière manuscrite puis scannée et transmise via la messagerie sécurisée internet, s'il en dispose d'une) et dont l'original devra être adressé au Souscripteur,
- soit par déclaration faite au siège social du Souscripteur,
- soit par acte extrajudiciaire,

Le destinataire confirme par écrit la réception de la demande de résiliation.

Article 10.3 - A qui adresser la demande de résiliation ?

L'Assuré doit notifier sa demande de résiliation au Souscripteur.

ARTICLE 11 - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime à la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 9.1. Dans le cadre de la vente à distance et si le délai de renonciation n'a 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 21,
- 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 réception par le Souscripteur, de la lettre de l'Assuré informant de sa renonciation à la réalisation de l'opération immobilière. Le Souscripteur procède au remboursement de l'intégralité des primes payées depuis la prise d'effet des garanties.
- trois ans après la date de versement des fonds.
- en cas de résiliation/substitution dans les conditions fixées à l'article 10 de la notice d'information,
- en cas de résiliation annuelle dans les conditions fixées à l'article 10 de la notice d'information,

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

- **pour la garantie Décès** : au 68^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- **pour la garantie PTIA** : au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, sans entraîner de modification du montant des primes

ARTICLE 13 - DROIT 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'Assureur 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 (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 9.1 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 qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception » pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 9.1, 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 ou envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception, envoyée au Souscripteur à l'adresse suivante : Mutuelle (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° 7372 N 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 trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi électronique recommandé avec demande d'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 ou de l'envoi électronique recommandé avec demande d'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 ou de l'envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception.

Cas particuliers des seuls co-emprunteurs et caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur :

Dans tous les cas, la renonciation de l'emprunteur, membre d'une mutuelle sociétaire du Souscripteur au contrat 7372N ou au contrat 2^{ème} niveau AERAS ou au contrat SENIOR souscrits par le Souscripteur auprès de l'Assureur entraîne automatiquement la résiliation de l'adhésion du co-emprunteur ou de la caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre d'une mutuelle sociétaire du Souscripteur, à la même date et avec les mêmes effets.

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

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

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) doit être constatée 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'Assureur sur le sol français.

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

ARTICLE 15 - BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont réglées à l'organisme prêteur qui a consenti le prêt ou, le cas échéant, l'organisme ayant accordé sa caution. Le prêteur ou l'organisme ayant accordé sa caution est bénéficiaire des prestations garanties dans la limite des sommes restant dues par l'Assuré, fixées selon le(s) tableau(x) d'amortissement(s) ou l'échéancier du contrat de(s) prêt(s) transmis par le prêteur.

En tout état de cause, les prestations sont versées au Souscripteur, charge à lui de les verser conformément aux stipulations précisées ci-dessus.

ARTICLE 16 - DEFINITIONS DES GARANTIES ET MONTANT DES PRESTATIONS

En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucune conséquence d'un sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion du candidat à l'assurance ne pourra être prise en charge. Un sinistre en cours s'entend :

- pour une personne qui exerce une activité professionnelle, de tout arrêt de travail en cours au moment de l'adhésion, que cet arrêt soit consécutif à une maladie ou à un accident et qu'il soit indemnisé ou non ;
- pour une personne qui exerce des activités non professionnelles, de toute impossibilité d'exercer ses activités habituelles au moment de l'adhésion.

Sous réserve de la décision de l'Assureur, tout ou partie des garanties sont accordées. Les garanties sont accordées sous réserve du paiement des primes d'assurance.

L'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois (3) mois à la date de survenance du sinistre Décès ou PTIA pour demander le bénéfice des prestations. Les cautions associés de SCI bénéficient des dispositions applicables aux coemprunteurs.

Article 16.1. Décès

En cas de décès d'un Assuré survenant en cours d'assurance et avant la fin du mois qui suit son 68^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit sous réserve des risques exclus figurant à l'article 17 :

- 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 du 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'Assureur

Les prestations servies par l'Assureur 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'Assureur 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'Assureur 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'Assureur 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.

Article 16.2. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

a) Définition

Un Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 12 et des exclusions visées à l'article 17, lorsque les **trois conditions suivantes sont remplies cumulativement** :

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

b) Prestation garantie

Le versement de la prestation peut être subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de reconnaissance du sinistre. La prestation versée est identique à celle définie à l'article 16.1 pour la garantie Décès. La prestation est calculée à la date de reconnaissance du sinistre par l'Assureur.

L'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

ARTICLE 17 - RISQUES EXCLUS

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

- le suicide de l'Assuré pendant la première année d'assurance à compter de la date de prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations, lorsque ces évènements résultent d'un fait intentionnel causé ou provoqué par l'Assuré),
- les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les militaires et les policiers dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.*
- les conséquences des faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les militaires, les policiers, les pompiers volontaires ou professionnels et les démineurs dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion.*
- les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes. *Les militaires, les policiers et les pompiers volontaires ou professionnels dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion.*

ARTICLE 18 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE SINISTRES

Toute demande de prise en charge doit être adressée **au Souscripteur**.

Les frais liés à l'obtention et à l'envoi de pièces justificatives sont à la charge de l'Assuré ou de ses ayants droit.

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

Pour demander le bénéfice des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre médicalement reconnu par l'Assureur et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge. Par conséquent, outre les pièces définies ci-dessous, une copie justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement engagée à son encontre, depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre, doit être transmise.

Dans tous les cas :

- une copie de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité.

Article 18.1. En cas de Décès de l'Assuré

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

- un acte ou un bulletin de décès original,
- une attestation de décès (imprimé fourni par l'Assureur) indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle et s'il est dû ou non aux risques exclus définis à l'article 16 de la notice d'information,
- 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.

Ces documents devront être libellés en français ou le cas échéant traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'établissement des documents.

Le versement de la prestation est subordonné à la production de ces justificatifs.

En sus des justificatifs prévus ci-dessus à remettre, l'Assureur peut également indiquer aux ayants droit de l'Assuré les pièces justificatives à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1353 du Code civil.

Article 18.2. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir au Souscripteur dans un délai maximum de 180 jours à compter de la date de survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, tenue à la disposition de l'Assuré par le Souscripteur (imprimé fourni par l'Assureur) ; complétée par l'Assuré avec l'assistance éventuelle de son médecin traitant. Si l'attestation est incomplète, l'Assuré devra fournir un certificat médical :
 - attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état de santé l'oblige définitivement à recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer) ;
 - précisant le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident qui en est la cause.
- une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.

• Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :

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

• **Pour les Assurés fonctionnaires et assimilés :**

Joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.

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

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

En sus des justificatifs prévus ci-dessus à remettre, l'Assureur peut également indiquer à l'Assuré ou à ses ayants droit les pièces justificatives à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article L. 1315 du Code civil.

ARTICLE 19 - CONTROLE MÉDICAL ET RECOURS

Article 19.1. Contrôle médical

La production des justificatifs définis à l'article 18.2 est indispensable mais parfois insuffisante pour obtenir le paiement des prestations.

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

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

Si après un contrôle, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 19.2.

En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision au Souscripteur, à charge pour lui d'en informer l'Assuré.

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.

Article 19.2. Procédure de tierce-expertise

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

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

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

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

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

ARTICLE 20 - TAUX DE PRIME – PAIEMENT DE LA PRIME

Article 20.1. 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 à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

Le taux de prime annuel est indiqué à l'attestation d'assurance. 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 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'Assureur 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 d'un 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.

Article 20.2. 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 de la garantie PTIA ainsi qu'en cas de refus de prise en charge d'un sinistre par l'Assureur. Le taux de prime a été nivelé sur la durée du prêt ; par conséquent, la cessation de la garantie PTIA n'a pas d'incidence sur le montant de la prime.

Article 20.3. Modalités de paiement de la prime

Les primes dues par l'Assuré sont 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 encours,
- 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.

ARTICLE 21 - 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.

ARTICLE 22 - 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 (2) ans à compter de l'événement 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'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;
- quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, ce délai est porté à dix (10) ans à compter de sa connaissance du décès. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) 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 ou envoi recommandé électronique avec avis de réception adressée par l'Assuré à l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, et par l'Assuré à l'Assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 23 - 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 - Département activités emprunteurs - Service souscription - TSA 57161 – 75716 Paris cedex 15 ;**
- pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser à : **CNP Assurances - Département activités emprunteurs - Service réclamations - TSA 81566 – 75716 Paris cedex 15 ;**

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser à la Médiation de l'Assurance :

- par voie postale à **La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09,**
- ou directement sur le site internet **www.mediation-assurance.org.**

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

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

ARTICLE 24 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services. Les destinataires de ces données à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou de l'organisme prêteur ou son mandataire, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, CNP Assurances peut être amenée à collecter des données de santé concernant l'Assuré au moyen d'un questionnaire de santé. Ses données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui lui sont applicables ou de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

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

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, il dispose du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, il dispose du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer.

Il peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis.

L'Assuré peut exercer ces différents droits (i) en se rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le RGPD, ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

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

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

ARTICLE 25 - 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 26 - 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'Assureur et de ses partenaires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) Emprunteur(s) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

ARTICLE 27 - 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).

ARTICLE 28 - AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des Coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : **ACPR** – 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

ARTICLE 29 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, l'Assuré a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

CNP Assurances - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - Tél. : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre Entreprise régie par le code des assurances

MFPrévoyance - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - Société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances 507 648 053 RCS Nanterre