

## BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE CREDITS IMMOBILIERS 7371 M

MUTUELLE CONTRACTANTE
Collectivité N° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### CANDIDAT À L'ASSURANCE

M.  Mme.  Mlle    Né(e) le :       à \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

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

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom usuel ou marital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ N° 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](http://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 chômeurs)

### OPTION DELAI DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Je choisis l'option suivante :  Franchise 180 jours     Franchise 90 jours

### 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 Amortissable/Différé partiel	Durée	Quotité	Capital assuré
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		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 du Document d'information sur le produit d'assurance, de la notice d'information (réf. L5443\_12/22) exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire de chaque document.**

- Je déclare :**
- **Demander** à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
  - Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, **reconnaître avoir reçu et pris connaissance** des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, **je donne expressément mon accord** pour une prise d'effet immédiate 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.

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Né(e) le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### 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-Mouineaux) 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](http://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 - 507 648 053 RCS Nanterre - Société anonyme à  
Directoire et conseil de surveillance au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances

## BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE CREDITS IMMOBILIERS 7371 M

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

### CANDIDAT À L'ASSURANCE

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

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

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nom usuel ou marital

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal :  /  /  Commune :

Email :  N° 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](http://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 chômeurs)

### OPTION DELAI DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (à remplir obligatoirement)

Je choisis l'option suivante :  Franchise 180 jours  Franchise 90 jours

### 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 Amortissable/Différé partiel	Durée	Quotité	Capital assuré
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		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 du Document d'information sur le produit d'assurance, de la notice d'information (réf. L5443\_12/22) exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire de chaque document.**

**Je déclare :**

- **Demander** à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, **reconnaître avoir reçu et pris connaissance** des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, **je donne expressément mon accord** pour une prise d'effet immédiate 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.

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Né(e) le : | | | | | | | | | |

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

## BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE CREDITS IMMOBILIERS 7371M

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

### CANDIDAT À L'ASSURANCE

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

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

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nom usuel ou marital

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal :  /  /  Commune :

Email :  N° mobile : \*

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 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](http://www.bloctel.gouv.fr)) ».

Profession :

Statut  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle

### OPTION DELAI DE FRANCHISE POUR LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (à remplir obligatoirement)

Je choisis l'option suivante :  Franchise 180 jours  Franchise 90 jours

### 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 Amortissable/Différé partiel	Durée	Quotité	Capital assuré
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		mois	%	€
			€		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 du Document d'information sur le produit d'assurance, de la notice d'information (réf. L5443\_12/22) exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire de chaque document.**

**Je déclare :**

- **Demander** à adhérer au contrat d'assurance n° 7371 M pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, **reconnaître avoir reçu et pris connaissance** des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, **je donne expressément mon accord** pour une prise d'effet immédiate 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.

Nom de naissance: \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Né(e) le : | | | | | | | | | |

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

## 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<sup>ème</sup> 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*<sup>1</sup> remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- **et** qu'il n'a pas été constaté de *rechute*<sup>2</sup> 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.**

<sup>1</sup> **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.

<sup>2</sup> **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<sup>ème</sup> 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 thérapeutique<sup>3</sup> (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](http://www.aeras-infos.fr)

---

<sup>3</sup> **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 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**



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 au Candidat à l'Assurance

# Assurance Emprunteur

## Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : CNP Assurances – Société anonyme régie par le Code des assurances et immatriculée en France -  
SIREN : 341 737 062 Produit : Contrat d'assurance Décès Invalidité n°7371 M

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.**

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Assurance souscrite à l'occasion de la mise en place d'un crédit immobilier ou d'un crédit à la consommation, qui garantit la prise en charge de tout ou partie du crédit en cas de survenance de certains événements (par exemple en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle et d'Invalidité AERAS de l'emprunteur.

 <h3>Qu'est-ce qui est assuré ?</h3> <p><b>L'assureur prend en charge les sommes dues au prêteur au titre d'un crédit (capital restant dû ou échéances multiplié par la quotité assurée), dans la limite de la quotité choisie et hors intérêts et pénalités de retard. L'encours maximal de crédits garantis est fixé à 1 200 000 euros par personne assurée, quel que soit le type, le nombre et le montant total des crédits couverts. Les crédits à la consommation affectés au financement de travaux sont limités à un plafond de 75 000 euros.</b></p> <h4>GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES</h4> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Décès</b> : garantie par laquelle l'assureur s'engage, en cas de décès de l'assuré consécutif à une maladie ou un accident, à verser la prestation prévue (capital) à l'établissement prêteur</li><li>✓ <b>Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)</b> : lorsque à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assuré se trouve médicalement 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 si son état l'oblige, en outre, à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (s'habiller, se laver, manger, se déplacer).</li></ul> <h4>GARANTIES PROPOSEES SOUS CONDITION</h4> <p>Au regard de son âge à l'adhésion ou au moment de la survenance du sinistre, l'assuré pourra bénéficier des garanties suivantes :</p> <p><b>Incapacité Temporaire Totale (ITT)</b> : lorsque l'assuré, suite à un accident ou une maladie, est dans l'incapacité de reprendre son activité professionnelle même à temps partiel s'il exerce une activité professionnelle à la veille du sinistre ou ses activités habituelles non professionnelles s'il n'a pas d'activité professionnelle ou s'il est demandeur d'emploi à la veille du sinistre.</p> <p><b>Invalidité Permanente Totale (IPT)</b> : l'assuré présente un taux d'invalidité permanente égal ou supérieur à 66%.</p> <p><b>Invalidité Permanente Partielle (IPP)</b> : l'assuré présente un taux d'invalidité permanente égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66%</p> <p><b>Invalidité AERAS</b> : conformément à la convention AERAS si la garantie ITT est refusée pour raisons médicales, ou si elle est accordée avec exclusion de certaines pathologies, l'assureur doit étudier la couverture par la garantie Invalidité AERAS qui sera alors indiquée dans les conditions particulières.</p>	 <h3>Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>✗ Les sinistres intervenus en dehors de la période de validité du contrat.</li><li>✗ 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.</li><li>✗ Les sommes dues au prêteur en dehors de l'exécution normale du prêt (les retards de paiement d'échéances, les intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).</li><li>✗ Les sinistres intervenus postérieurement aux limites d'âge prévues pour chaque garantie.</li></ul>  <h3>Y-a-t-il des exclusions à la couverture ? Ne sont pas couverts les sinistres dont l'origine directe ou indirecte est due aux cas suivants.</h3> <h4>PRINCIPALES EXCLUSIONS</h4> <p><b>Exclusions applicables à toutes les garanties</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>! <b>Le suicide pendant la première année sauf en cas d'acquisition du logement principal, dans la limite de 120 000 euros</b></li><li>! <b>Les 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.</b> Les militaires et les policiers dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion,</li><li>! <b>Les faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, sauf pour les militaires, policiers, pompiers volontaires ou professionnels, démineurs dans l'exercice de leur profession.</b></li><li>! <b>Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes sauf pour les militaires, policiers, pompiers volontaires ou professionnels, démineurs dans l'exercice de leur profession.</b></li></ul> <h4>PRINCIPALES RESTRICTIONS</h4> <ul style="list-style-type: none"><li>! L'assuré cautionnant un prêt doit avoir rempli ses obligations de caution depuis trois mois au moins à la date de survenance du risque PTIA, ITT, IPT ou IPP.</li></ul> <h4>Restrictions spécifiques à la garantie Invalidité AERAS</h4> <ul style="list-style-type: none"><li>! Seuls les assurés en activité professionnelle peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS.</li><li>! Ne sont pas assurables au titre de la garantie AERAS, les cautions personnes physiques.</li></ul> <h4>Restrictions spécifiques à la garantie ITT</h4> <ul style="list-style-type: none"><li>! Aucune prestation n'est versée durant le délai de franchise. Ce délai est de 90 jours ou de 180 jours selon le choix fait par l'assuré au moment de l'adhésion</li></ul>
---	---



## Où suis-je couvert ?

Les garanties sont acquises dans le monde entier.  
Les garanties PTIA, Invalidité AERAS, ITT, et IPT et IPP doivent être constatées en France.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'Assuré doit :**

### A la souscription du contrat

- Remplir dater et signer de manière sincère et exacte tous les documents d'adhésion administratifs et/ou médicaux.
- Fournir les documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la première prime d'assurance.
- S'il a complété un questionnaire de santé, informer l'assureur via le souscripteur en cas de modification de l'état de santé avant la date de conclusion de l'adhésion.

### En cours de contrat

- Régler la prime prévue au contrat.
- Informer l'assureur en cas de modification du crédit.

### En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre dans les délais impartis.
- Fournir les pièces justificatives médicales et/ou administratives.
- Se présenter aux contrôles médicaux initiés par l'assureur.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les primes sont mensuelles et dues par avance avec chaque échéance de crédit.  
Par débit d'un compte bancaire au nom de l'assuré ouvert auprès d'un établissement français ou de l'union européenne.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de conclusion de l'adhésion est fixée au jour de la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion si l'acceptation est donnée sans réserve ou à la date de signature par le candidat à l'assurance de la notification des dispositions particulières si l'acceptation est donnée avec réserves.

La date de conclusion de l'adhésion est fixée sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance et 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 :

- 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 »,

Le contrat couvre la durée du prêt et prend fin dans les cas suivants :

- au terme contractuel du prêt ou du crédit garanti,
- en cas de non-paiement de la prime d'assurance,
- en cas de résiliation de l'engagement de caution (pour la caution assurée),
- en cas de remboursement anticipé total du crédit,
- en cas de versement de la prestation Décès ou PTIA,
- en cas d'exigibilité du crédit avant le terme,
- en cas de renonciation au contrat par l'assuré,
- en cas de résiliation /substitution du contrat par l'assuré.
- en cas de résiliation annuelle par l'assuré de son contrat d'assurance.

La garantie Décès cesse au 75ème anniversaire de l'assuré.

La garantie PTIA cesse au 65ème anniversaire de l'assuré.

Les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité AERAS cessent à la date de mise à la retraite ou préretraite ou au plus tard au 65ème anniversaire de l'assuré.

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage ou vente à distance), l'assuré bénéficie d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion au contrat en adressant au Prêteur une demande de résiliation :

- **pour les crédits immobiliers** : à tout moment à compter de la signature de l'offre de crédit. .
- **pour les crédits autres que les crédits immobiliers** : à chaque échéance annuelle de l'adhésion (date anniversaire de signature de l'offre de crédit), au moins deux mois avant la date d'échéance.

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

## DÉFINITIONS

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.

**Assureur** : CNP Assurances.

**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".

**Coassureur** : CNP Assurances et MFPrévoyance.

**Délai de franchise** : période continue pendant laquelle l'Assureur ne verse pas de prestation.

**Emprunteur** : est ainsi dénommée toute personne ayant demandé ou obtenu un crédit 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, dans les conditions fixées ci-après, les Assurés désignés à l'article 5 contre la survenance des risques, tels que définis à l'article 17 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 7371 M 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.

Le distributeur du contrat d'assurance est le Souscripteur dont les coordonnées et le numéro SIREN sont indiqués dans l'attestation d'assurance remise par celui-ci.

L'Autorité chargée du contrôle des coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

**2.2** Le montant de la prime d'assurance est indiqué à l'annexe tarifaire de la présente notice d'information. Les modalités de calcul de la prime d'assurance sont indiquées à l'article 21 de la présente notice d'information. La prime d'assurance est exigible dès la prise d'effet des garanties.

**2.3** La durée de l'adhésion est fixée à l'article 10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION de la présente notice d'information. Les garanties du contrat sont mentionnées à l'article 17 - DÉFINITION DES GARANTIES ET MONTANT DES PRESTATIONS de la présente notice d'information. Les exclusions au contrat n° 7371 M sont mentionnées à l'article 18 - RISQUES EXCLUS de la présente notice d'information.

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

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION et à l'article 12 - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES de la présente notice d'information.

L'adhésion au contrat n° 7371 M s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 7 - ADHÉSION DANS L'ASSURANCE - FORMALITÉS D'ADHÉSION de la présente notice d'information. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 21 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DE LA PRIME de la présente notice d'information. 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) Emprunteur(s) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

**2.5** Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 14 - DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE de la présente notice d'information.

**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 25 - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION de la présente notice d'information.

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

2.8 Le Document d'Information sur le Produit d'assurance qui a été remis à l'Assuré au même titre que la notice d'information et prévu par l'article L.112-2 pour les assurances portant sur le risque non-vie.

---

## ARTICLE 3 - MONTANT MAXIMUM GARANTI ET QUOTITÉ ASSURÉE

**L'encours maximal des crédits garantis sur la tête d'un même Assuré est fixé à 1 200 000 euros et ce, quel que soit le type de crédits (tel que défini à l'article 4 de la présente notice d'information) et quels que soient le nombre et le montant total des crédits garantis au titre de l'ensemble des contrats en couverture de crédits, en prenant en compte la quotité assurée.**

L'encours tel que visé 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 crédits assurés par l'un des contrats d'assurance en couverture de crédits 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 crédit.

**Il n'y a pas de possibilité de modifier la quotité du crédit assuré par le présent contrat, à l'exception des cas visés à l'article 8 de la présente notice d'information.**

---

## ARTICLE 4 - CRÉDITS ASSURABLES

Le présent contrat couvre les crédits :

- immobiliers amortissables,
- les crédits à taux zéro.
- les crédits à la consommation finançant des travaux d'un montant inférieur ou égal à 75 000 euros..

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

---

## ARTICLE 5 - PERSONNES ASSURABLES

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

- Emprunteur ou coemprunteur, titulaire du crédit immobilier ou du crédit à la consommation, ou caution personne physique du titulaire du crédit, et membre du Souscripteur,

ou

- Coemprunteur ou caution personne physique du titulaire du crédit même si ces deux personnes n'ont pas la qualité de membre du Souscripteur,

ou

- Emprunteurs, coemprunteurs, cautions personnes physiques tels que définis ci-dessus et ayant la qualité d'associé d'une SCI.

**La SCI doit être constituée exclusivement entre parents et alliés jusqu'au 4ème degré et/ou entre concubins et/ou personnes liées par un PACS.**

**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 cautions 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 7371M, au contrat 2ème niveau AERAS A239X ou au contrat SENIOR A238W souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur (se reporter aux dispositions prévues à l'article 10.1.2 de la présente notice d'information).

---

## ARTICLE 6 - RÉPARTITION DE L'ASSURANCE

**Il ne peut y avoir plus de deux Assurés au titre d'un même crédit.**

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'ADHÉSION

**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 du Candidat à l'Assurance :**

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 crédits immobiliers du Candidat à l'assurance déjà souscrits au moment de l'adhésion, y compris la ou les opérations de crédits immobiliers, objet(s) de cette candidature à l'assurance.

**Pour les prêts assurables qui ne sont pas visés par les conditions énoncées ci-dessus, qu'ils soient immobiliers ou à la consommation :**

Le Candidat à l'assurance doit compléter et signer, un Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et un Questionnaire de Santé. Lors de son adhésion le Candidat à l'assurance choisit, au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'option délai de franchise. Le Candidat à l'assurance peut opter pour :

- un délai de franchise de **180 jours** d'interruption continue d'activité pendant lequel l'Assureur ne verse pas de prestation,
- un délai de franchise de **90 jours** d'interruption continue d'activité pendant lequel l'Assureur ne verse pas de prestation.

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 remise 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'examens 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 **six (6) mois** à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

**Si le Candidat à l'assurance a 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 10.1 et modifie les réponses portées sur ce Questionnaire, le Candidat à l'assurance est tenu d'en 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 - MODIFICATION DES CARACTÉRISTIQUES DU OU DES CRÉDITS ASSURÉS PENDANT LA DURÉE DU CONTRAT**

**L'Assuré doit informer le souscripteur de toute modification des caractéristiques du ou des crédits assurés pendant la durée du contrat d'assurance.**

**En cas de rachat ou de réaménagement d'un crédit initialement garanti au titre de ce contrat, l'Assuré doit renouveler les formalités d'adhésion telles que décrites à l'article 7.**

Toutefois, les cas suivants ne donnent pas lieu à renouvellement des formalités d'adhésion :

- dans le cas d'une adhésion initiale sans formalité médicale, si l'augmentation du capital assuré sur l'encours cumulé des contrats de crédits immobiliers n'excède pas 200 000 € et l'âge de fin de prêt n'excède pas 60ème anniversaire de l'Assuré,
- diminution du capital assuré, de la durée du crédit, de la quotité assurée,
- augmentation de la durée d'assurance dans la limite de 5 ans, sans pouvoir dépasser le 60ème anniversaire de l'Assuré,
- modification de la durée du différé d'un crédit dans la limite maximum de 12 mois de différé supplémentaire, la durée totale du différé ne devant pas excéder 3 ans au total,
- modification du capital assuré ou du nombre de crédits, si cette augmentation ou cette modification n'entraîne pas le franchissement d'un des seuils suivants: 500 000 € inclus si l'Assuré à plus de 50 ans ou 800 000 € inclus si l'Assuré à moins de 50 ans,
- changement du numéro de crédit.

---

## **ARTICLE 9 - 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 indiquées sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

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 exclut certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises. Le détail de(s) réserve(s) partielle(s) de garantie(s) est communiqué directement au Candidat à l'assurance par courrier séparé signé du Médecin-conseil de l'Assureur. En cas de réserves partielle ou totale portant sur les garanties Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la convention AERAS révisée (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé), d'une proposition de la garantie Invalidité AERAS telle que définie à l'article 17.3 de la notice d'information.

**- Ajourner la 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'assurance. 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 la décision, par écrit, à l'Emprunteur.

**En cas d'acceptation avec réserves, d'ajournement ou de refus de la demande d'adhésion** sur le courrier de notification de la décision de 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 co-emprunteur ou de la caution personne physique, 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 7371M, au contrat 2ème niveau AERAS A239X ou au contrat SENIOR A238W 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 crédit devient caduque, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.**

L'adhésion à l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un crédit immobilier déterminé aux conditions initiales de ce crédit 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 de la notice d'information.**

---

## **ARTICLE 10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION**

### **Article 10.1. Date de conclusion de l'adhésion**

#### **Article 10.1.1. Dispositions générales**

- L'adhésion à 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'adhésion à 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 10.1.2. 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**

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 10.1.1 de la notice d'information, 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 du Souscripteur, est conclue au plus tôt à la date de conclusion de l'adhésion de l'Emprunteur, membre du Souscripteur au contrat 7371M, au contrat 2ème niveau AERAS A239X ou au contrat SENIOR A238W souscrits par le Souscripteur auprès de l'Assureur.

### **Article 10.2. Durée de l'adhésion.**

Elle est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 13 de la notice d'information.

---

## **ARTICLE 11 - RESILIATION DE L'ADHESION**

### **Article 11.1 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 crédit. L'Assuré notifie au Souscripteur sa demande de résiliation selon les modalités prévues au 11.2 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.

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 crédits 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 crédit.

L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation au Souscripteur, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues au 11.2 ci-dessous.

L'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

#### **Article 11.2 - 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 groupe 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 11.3 - A qui adresser la demande de résiliation ?**

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

---

## **ARTICLE 12 - 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 10.1. La date de prise d'effet des garanties sera mentionnée sur le certificat d'assurance délivré par le Souscripteur.

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 13 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES**

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque Assuré :

- **au terme contractuel du crédit garanti quelle qu'en soit la cause,**
- **en cas de non-paiement de prime selon les modalités prévues à l'article 21 de la notice d'information,**
- **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 crédit,**
- **à la date d'exigibilité du crédit avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de crédit,**
- **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 14 de la notice d'information,**
- **au jour de la réception, par le Souscripteur, de la lettre de l'Assuré l'informant de sa renonciation à la réalisation de l'opération immobilière. Le Souscripteur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées depuis la prise d'effet des garanties.**
- **en cas de résiliation/substitution dans les conditions fixées à l'article 11 de la notice d'information.**
- **en cas de résiliation annuelle dans les conditions fixées à l'article 11 de la notice d'information.**

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

- **pour la garantie Décès : au 75ème anniversaire de l'Assuré,**
- **pour la garantie PTIA : au 65ème anniversaire de l'Assuré sans entraîner de modification du montant des primes,**
- **pour les garanties Incapacité Temporaire Totale (ITT) , Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Invalidité AERAS :**
  - **à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause (y compris la retraite pour invalidité, inaptitude, réforme ou autre), sans entraîner de modification du montant des primes,**
  - **et au plus tard au 65ème anniversaire de l'Assuré, sans entraîner de modification du montant des primes.**

---

## **ARTICLE 14 - DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE**

La signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion ou la signature par l'Emprunteur de la notification des conditions d'acceptation par l'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 10.1 de la présente notice.

- **si le contrat est vendu par démarchage :** la vente par démarchage est la sollicitation d'un adhérent, même à sa demande, à

son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat. En vertu de l'article L. 112-9 alinéa 1er du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins que n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par 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 10.1, 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 par 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° 7371 M que j'ai signée le ...à... (Lieu d'adhésion). Le... (Date et signature). »

#### **c) Effets de la renonciation**

Le Souscripteur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai **de trente (30) jours calendaires** à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception 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 avec avis de réception 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 avec avis de réception 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 du Souscripteur au contrat 7371M ou au contrat 2ème niveau AERAS A239X ou au contrat SENIOR A238W souscrit 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 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 15 - TERRITORIALITÉ**

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

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

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

Les prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Permanente Totale (IPT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) et d'Invalidité AERAS sont calculées sur le montant des échéances de crédit entières et échues selon la quotité assurée, qui suivent la date de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'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 16 - BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

Les prestations garanties sont versées en fonction du type de risque survenu

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont réglées à l'organisme prêteur qui a consenti le crédit 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) crédit(s) transmis par le prêteur.

En cas d'Invalidité AERAS, d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), les prestations sont réglées à l'Assuré.

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

---

## **ARTICLE 17 - DÉFINITION DES GARANTIES ET MONTANTS 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 est accordée. 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, PTIA, ITT, IPT et IPP pour demander le bénéfice des prestations.**

**Les cautions associés de SCI bénéficient des dispositions applicables aux coemprunteurs.**

### **Article 17.1. Décès**

En cas de décès d'un Assuré survenant en cours d'assurance et avant son 75ème anniversaire, l'Assureur garantit sous réserve des risques exclus figurant à l'article 18 de la notice d'information :

- soit le paiement en une seule fois des sommes dues par l'Assuré au jour du sinistre, d'après le tableau d'amortissement du crédit en cours à la date de sinistre ou de l'attestation de l'organisme prêteur **(à l'exclusion de toutes échéances arriérées)**, augmentées des intérêts éventuellement dus,
- soit le paiement du capital, initial selon la quotité assurée, si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

### **Limite des obligations de l'Assureur**

Les prestations servies par l'Assureur sont limitées :

- au montant maximum garanti visé à l'article 3 du présent contrat 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 crédits tels que définis à l'article 6, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures au montant dû au titre du (des) crédit(s) garanti(s) et figurant sur le tableau d'amortissement ou sur l'attestation de l'organisme prêteur.

### **Article 17.2. 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 13 de la notice d'information et des exclusions visées à l'article 18 de la notice d'information 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 survenue avant son 65ème 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 17.1 pour la garantie Décès. La prestation est calculée à la date de reconnaissance du sinistre par l'Assureur. L'Assuré pris en charge au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité AERAS, Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Invalidité Permanente Partielle (IPP), définies aux articles 17.3 à 17.7 de la notice d'information, peut bénéficier d'une prise en charge au titre de la PTIA s'il vient à en remplir les conditions définies ci-dessus.

Toutefois, les prestations Invalidité AERAS ou ITT et/ou IPT et/ou IPP qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

### **Article 17.3. Invalidité AERAS**

**L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion. Si la garantie Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle sont refusées pour des raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS.**

**Seuls les Assurés en activité professionnelle peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS.**

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

#### **a) Définition**

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

L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq (5) conditions suivantes sont remplies cumulativement :

1. son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.
  2. son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus
  3. envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux,
  4. son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % ; ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité annexé au Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite, publié au Journal Officiel par décret N°2001-99 du 31 janvier 2001.
- La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées à l'Article 19.3 de la notice d'information. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque,
5. l'Assuré justifie d'une incapacité professionnelle attestée par le bénéficiaire :
- lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale ;
  - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé de Longue Durée ;

- lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession,
6. l'état d'invalidité AERAS doit être reconnu par l'Assureur avant la date de cessation de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

#### b) Prestation garantie

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

Sous réserve des dispositions des articles 17.3.a et 18 de la présente notice, les prestations sont servies pendant la période d'Invalidité AERAS reconnue par l'Assureur et au plus tard jusqu'à la fin de la période d'amortissement ou jusqu'au paiement du capital dû au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) si cette dernière est reconnue ou jusqu'au paiement du capital dû au titre du Décès.

#### c) Cessation du versement des prestations Invalidité AERAS

**Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :**

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'Article 13 de la notice d'information,
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'Article 17.3.a de la notice d'information,
- lorsque l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection social visé à l'Article 19.3 de la notice d'information,
- lorsqu'après un contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 %,
- en cas de reprise d'une activité professionnelle même partielle.

#### Article 17.4. Incapacité Temporaire Totale (ITT)

**Si au moment de la réalisation du sinistre ITT, l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite, qu'elle qu'en soit la cause, il ne peut pas mettre en œuvre cette garantie.**

##### a) Définition

L'Incapacité Temporaire Totale (ITT) doit survenir en cours d'assurance et au plus tard avant le 65ème anniversaire de l'Assuré.

**L'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) lorsque les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :**

**• Si l'Assuré exerce une activité professionnelle à la veille du sinistre :**

1. L'Assuré se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ;
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà du délai de franchise de 90 jours ou 180 jours, selon l'option choisie par l'Assuré, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur ;
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 19.4.

**• Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle ou si l'Assuré est demandeur d'emploi à la veille du sinistre :**

1. L'Assuré se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles ;
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà du délai de franchise de 90 jours ou 180 jours, selon l'option choisie par l'Assuré, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur ;
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 19.4.

**Dans tous les cas** : pour demander le bénéfice de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), 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.

##### b) Délai de franchise

Il s'agit d'une période continue pendant laquelle l'Assureur ne verse pas de prestation. Le délai de franchise est fixé par l'Assuré lors de son adhésion, il peut opter pour un délai de franchise de 90 jours ou 180 jours d'interruption continue d'activité.

Le délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré, conformément à l'article 19.4, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 60 jours.

#### **Cas particulier des rechutes pour les assurés ayant repris leur activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique :**

**Lors d'une reprise d'activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, le terme rechute s'entend d'une nouvelle période d'ITT due à la même affection que celle qui motivait l'indemnisation précédente au titre de la garantie ITT.**

Toute reprise d'activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, supérieure à 60 jours et inférieure ou égale à 180 jours, n'entraîne pas l'application d'un nouveau délai de franchise, et ce, en cas de rechute justifiée par l'Assuré conformément à l'article 19.4.

##### c) Prestations garanties

Lorsqu'un Assuré remplit les conditions de prise en charge définies ci-dessus ; l'Assureur verse, en fonction de la quotité garantie, l'échéance entière échue, figurant au tableau d'amortissement du ou des crédit(s) garantis, qui suit l'expiration du délai de franchise. Le contrat ne prévoit pas de prise en charge au prorata temporis.

La prise en charge débute le 91ème jour ou le 181ème jour (selon l'option délai de franchise choisi) suivant la cessation d'activité et à partir de la 1ère échéance entière échue et dure aussi longtemps que l'incapacité se poursuit sous réserve des cas de cessation de prise en charge mentionnés à l'article 17.4.d - Cessation du versement des prestations ITT.

**• Concernant les crédits amortissables à taux fixe et à échéances constantes** : L'Assureur garantit le règlement des échéances en fonction du tableau d'amortissement ou de l'attestation établie par l'organisme prêteur.

**• Concernant les crédits amortissables à taux fixe et à échéances progressives ou les crédits à taux révisable (ou variable) :**

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

• **Concernant les crédits modulables** : Ces crédits offrent aux emprunteurs, la possibilité de modifier leurs remboursements. Ils peuvent décider d'augmenter ou de baisser le montant des échéances du crédit.

#### **Impact sur la prise en charge**

##### **1) Modification à la hausse :**

En-dehors d'un sinistre : lorsqu'un Assuré décide de modifier à la hausse le montant de ses échéances de crédit, le surplus de garantie est pris en compte par l'Assureur au terme d'un délai de **90 jours** ou **180 jours** (selon l'option choisie par l'Assuré figurant sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion), et ce pour autant qu'aucun sinistre **Incapacité Temporaire Totale (ITT)** ne soit survenu pendant ledit délai.

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

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

En cours de sinistre : lorsqu'un Assuré décide, en cours de sinistre, de modifier à la hausse le montant de ses échéances de crédit, l'Assureur prend en compte le montant de l'échéance précédant l'augmentation, et ce, pendant toute la durée de la prise en charge.

##### **2) Modification à la baisse :**

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

##### **3) Report d'échéances :**

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

#### **Impact sur la prise en charge**

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

**Dans tous les cas, l'Assuré s'engage à aviser le Souscripteur par écrit de toute modification relative au(x) crédit(s).**

• **Concernant les crédits long terme intégrant un crédits relais** : En cas d'ITT survenant dans les deux premières années d'assurance, l'Assureur ne prend pas en charge la part d'échéance correspondant à un remboursement anticipé de capital. Dans ce cas, l'Assureur prend en compte les montants prévus initialement dans le tableau d'amortissement jusqu'à la fin de la deuxième année. A l'issue de la deuxième année, deux possibilités peuvent se présenter :

- soit l'Assuré effectue un remboursement anticipé - de ce fait, la prime et la prestation s'adapteront compte tenu du capital restant dû,

- soit l'Assuré n'effectue pas de remboursement anticipé - l'Assureur remboursera alors les échéances sur la base d'un tableau d'amortissement sans remboursement anticipé et sur la durée initiale du crédit.

##### • **Concernant les crédits à taux zéro :**

- en cas de différé total, aucune prise en charge n'est possible pendant le différé,

- en cas de différé partiel, le contrat garantit le paiement des échéances entières et échues dues par l'Assuré au titre du tableau d'amortissement.

##### *d) Cessation du versement des prestations ITT*

**Le versement des prestations ITT cesse :**

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties prévus à l'article 13 de la notice d'information ;

- si l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 19.4 de la notice d'information ;

- si l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat ;

- si l'Assuré bénéficie d'une pension de première, deuxième ou troisième catégorie de la Sécurité sociale ou prestations équivalentes de son organisme de protection sociale ou d'une rente attribuée dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'une retraite pour invalidité. L'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie IPT ou IPP ;

- si l'Assuré exerçant une activité professionnelle à la veille du sinistre, après un contrôle médical initié par l'Assureur, est reconnu capable d'exercer son activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ;

- en cas de reprise effective d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, à temps plein, à temps partiel ou en cas de temps partiel thérapeutique;

- si l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle ou si l'Assuré est demandeur d'emploi à la veille du sinistre, après un contrôle médical initié par l'Assureur, est reconnu capable d'exercer ses activités habituelles non professionnelles ;

- si l'Assuré perçoit une prise en charge au titre de la garantie IPT ou IPP ;

- au 1095ème jour décompté à partir du premier jour de survenance de l'ITT, date à laquelle l'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie IPT ou IPP.

#### **Article 17.5 Invalidité Permanente Totale (IPT)**

Si l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite au moment de la réalisation du sinistre IPT, qu'elle qu'en soit la cause (y compris retraite pour invalidité, inaptitude, réforme ou autre), il ne pourra pas mettre en œuvre cette garantie.

Toutefois, lorsque la mise à la retraite ou pré-retraite résulte d'un état d'incapacité ou d'invalidité indemnisé par le présent contrat, la garantie IPT pourra être mise en œuvre.

##### a/ Définition

L'Assuré est reconnu en état d'IPT à la date de consolidation de son état de santé, et au plus tard 1095 jours décomptés après le

premier jour d'Incapacité Temporaire Totale reconnu par CNP Assurances. A cette date, le Médecin conseil de l'Assureur fixe le taux d'incapacité de l'Assuré dans les conditions fixées à l'article 17.5.b ci-dessous. Ce taux doit être supérieur ou égal à 66 %.

L'Assuré est en état d'Invalidité Permanente Totale si le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 66 %.

**Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :**

Ce taux est déterminé en fonction de son taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

**Si l'Assuré est sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre ou à la recherche d'un emploi :**

Ce taux est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle.

#### b/ Prestations garanties

Les prestations garanties, ses modalités de calcul et de versement sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT).

#### c/ Cessation des prestations

**Le versement des prestations IPT cesse :**

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties prévus à l'article 13 de la notice d'information ;
- si l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat ;
- si l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 19.4 de la notice d'information ;
- dès que l'Assuré ne se trouve plus en état d'IPT tel que défini par le contrat ;
- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle, à temps plein, à temps partiel ou en cas de temps partiel thérapeutique ;
- dès que son taux contractuel d'incapacité est inférieur à 66 %.

#### Article 17.6 Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Si l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite au moment de la réalisation du sinistre IPP, qu'elle qu'en soit la cause (y compris retraite pour invalidité, inaptitude, réforme ou autre), il ne pourra pas mettre en œuvre cette garantie. Toutefois, lorsque la mise à la retraite ou pré-retraite résulte d'un état d'incapacité ou d'invalidité indemnisé par le présent contrat, la garantie IPP pourra être mise en œuvre.

L'IPP s'applique exclusivement aux assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre.

#### a/ Définition

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, et au plus tard à l'issue du 1095ème jour décomptés après le premier jour d'Incapacité Temporaire Totale reconnu par CNP Assurances, le Médecin conseil de l'Assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'Assuré dans les conditions fixées à l'article 17.7 ci-dessous.

L'Assuré est en état d'Invalidité Permanente Partielle si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 66 % ou devient inférieur à 66 % et est au moins égal à 33 %.

#### b/ Montant des prestations

L'Assureur verse, dans la limite des sommes dues par l'Assuré et de la quotité assurée, 50 % du montant de la prestation versée au titre de l'ITT, au prorata du nombre de jours d'incapacité.

#### c/ Cessation des prestations

**Le versement des prestations IPP cesse :**

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties prévus à l'article 13 de la notice d'information ;
- si l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'ITT ou d'IPT ou d'IPP qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat ;
- si l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 19.4 de la notice d'information ;
- dès que l'Assuré ne se trouve plus en état d'IPP tel que défini par le contrat ;
- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle, à temps plein, à temps partiel ou en cas de temps partiel thérapeutique ;
- dès que son taux contractuel d'incapacité permanente est inférieur à 33 %.

#### Article 17.7. Détermination du taux d'incapacité pour les garanties IPT et IPP

**• Le taux d'incapacité fonctionnelle (1) :**

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de la capacité physique ou mentale de l'Assuré, suite à son accident ou à sa maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

**• Le taux d'incapacité professionnelle (2) :**

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité totale de l'Assuré par rapport à sa profession. Il tient compte de la capacité de l'Assuré à l'exercer antérieurement à l'accident ou à la maladie, des conditions d'exercice normales de sa profession et de ses possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces deux taux permettent de définir le taux global d'incapacité, d'après le tableau suivant :

② Taux d'incapacité professionnelle en %	① Taux d'incapacité fonctionnelle en %								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%					33	37	40	43	46
20%				37	42	46	50	55	58
30%			36	42	48	53	58	62	67
40%		33	40	46	52	58	64	69	74
50%		36	43	50	56	63	68	74	79
60%		38	46	53	60	66	73	79	84
70%		40	48	56	63	70	77	83	89
80%		42	50	58	66	73	80	87	93
90%	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100%	34	45	54	63	71	79	86	93	100

L'Assuré n'est pas en état d'Invalidité au titre de ce contrat. Aucune prestation n'est due par l'Assureur.	L'Assuré est en état d'IPT(≥ 66%)	L'Assuré est en état d'IPP(≥ 33% et ≤ 65%)
--	-----------------------------------	--

## ARTICLE 18 - 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 crédits 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 événements résultent d'un fait intentionnellement 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 dégagements 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 19 - 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 des 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, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois (3) mois 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 recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,

### Article 19.1. 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 18 de la notice d'information,
- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement du (des) crédit(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 19.2. 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 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, en plus de l'attestation incomplète 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 3<sup>ème</sup> 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(ou des) tableau(x) d'amortissement(s) du (des) crédit(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 1315 du Code civil.**

#### **Article 19.3. En cas d'Invalidité AERAS**

**Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir au Souscripteur dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité**, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les documents ci-après.

- 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.

En cas d'attestation incomplète, l'Assuré devra fournir un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité.

- une copie de la notification des dispositions particulières acceptées et signées par l'Assuré le cas échéant,
- une copie du(ou des) tableau(x) d'amortissement(s) du(des) crédit(s) en cours à la date du sinistre ou une attestation de l'organisme créditeur précisant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

Joindre également :

• **pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :** une copie de la notification par votre organisme de protection sociale d'une pension d'invalidité 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale accompagnée des décomptes de pension.

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

- une copie de l'avis du Comité médical ou de la commission de réforme,
- une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension accompagnée des décomptes de pension.

• **pour les Assurés travailleurs non-salariés :** une copie du titre de pension pour invalidité accompagnée des décomptes de pension.

**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 (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.**

**Pour la poursuite de la prise en charge au titre de la garantie Invalidité AERAS, les pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné et selon une périodicité fixée par l'Assureur pour l'attestation médicale d'incapacité – invalidité. À défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.**

#### **Article 19.4. En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Permanente Totale (IPT) et d'Invalidité Permanente Partielle (IPP)**

**Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de fournir au Souscripteur, à l'issue du délai de franchise choisi lors de**

**l'adhésion :**

- **Option Franchise 90 jours** : à partir du 91ème jour d'interruption continue d'activité et au plus tard le 180ème jour d'interruption continue d'activité.
- **Option Franchise 180 jours** : à partir du 181ème jour d'interruption continue d'activité et au plus tard le 270ème jour d'interruption continue d'activité.

**À défaut de déclaration de sinistre dans le délai stipulé ci-dessus selon l'option de franchise choisie, une déchéance de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L. 113-2 4° du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur.**

**La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur :**

- 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.
- En cas d'attestation incomplète, l'Assuré devra fournir un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et la date de l'accident ou de début de la maladie dont résulte l'Incapacité Temporaire Totale.
- une attestation d'arrêts de travail des cinq (5) dernières années précédant la date de conclusion de l'adhésion pour les sinistres survenus moins de cinq (5) ans après l'adhésion si l'Assuré a rempli un Questionnaire de santé,
- une copie du(ou des) tableau(x) d'amortissement(s) du(ou des) crédit(s) en cours à la date du sinistre ou une attestation de l'organisme créditeur précisant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

**Joindre également :**

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

- la copie des bordereaux d'indemnités journalières maladie ou accident de la Sécurité sociale ou du régime équivalent depuis l'arrêt de travail couvrant au minimum l'intégralité du délai de franchise. Une attestation de l'employeur en cas de subrogation.
- en cas d'invalidité :

- le titre de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie d'une pension d'invalidité, définie au paragraphe L. 341-4 du code de la Sécurité sociale, accompagné des décomptes de pension. Le titre de pension 1ère, 2ème ou 3ème catégorie ne permet pas de bénéficier de la garantie ITT.

ou

- le titre de rente pour incapacité en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle.

ou

- une copie du bulletin de paiement de la pension attribuée au titre de l'admission à la retraite pour invalidité. Dans ce cas, l'Assuré doit transmettre chaque année l'attestation fiscale envoyée de fin janvier à fin février par le centre de gestion des retraites servant à la déclaration annuelle des revenus.

**Nota :** Si un Assuré assujetti au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent ne remplit pas les conditions de durée d'immatriculation exigée pour bénéficier des prestations en espèces prévues par cet organisme, celui-ci devra fournir :

- une attestation originale émanant de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent attestant cette situation,
- un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant et faisant connaître la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'incapacité Temporaire Totale, le point de départ de la cessation d'activité et sa durée probable.

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

- une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie,
- une copie de(s) l'Arrêté(s) Administratif(s) précisant la nature du congé maladie accordé et sa durée (CLM, CLD) et ce, depuis le début de l'Incapacité Temporaire Totale, le cas échéant, une copie de l'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI),
- une copie du bulletin de paiement de la pension attribuée au titre de l'admission à la retraite pour invalidité. Dans ce cas, l'Assuré doit transmettre chaque année l'attestation fiscale envoyée de fin janvier à fin février par le centre de gestion des retraites servant à la déclaration annuelle des revenus.

**• Pour les Assurés travailleurs non salariés :**

- la copie du titre de pension pour incapacité au métier accompagnée des décomptes de pension,
- la copie des décomptes émanant de la couverture sociale obligatoire des travailleurs indépendants (RSI) ou autres organismes (MSA) couvrant au minimum l'intégralité du délai de franchise. A défaut un ou des certificats médicaux (validité trois mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT ou IPT ou IPP comme définis aux articles 17.4 ou 17.5 ou 17.6 de la notice d'information,
- un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite,
- en cas d'invalidité : la copie du titre de pension d'invalidité total et définitive accompagnée des décomptes de pension.

**• Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle ou si l'Assuré est demandeur d'emploi :**

Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) couvrant au minimum l'intégralité du délai de franchise, précisant que l'Assuré est bien en ITT, IPT ou IPP comme défini aux articles 17.4, 17.5 ou 17.6 de la notice d'information.

**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.**

**Pour la poursuite de la prise en charge au titre des garanties ITT, IPT ou IPP, les pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné et selon une périodicité fixée par l'Assureur pour l'attestation médicale d'incapacité – invalidité. À défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.**

---

## **ARTICLE 20 - CONTROLE MEDICAL ET RECOURS**

### **Article 20.1. Contrôle médical**

La production des justificatifs définis aux articles 19.2, 19.3 et 19.4 de la notice d'information 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 PTIA, d'Invalidité AERAS, d'ITT, d'IPT ou d'IPP tel que définis aux articles 17.2.a, 17.3.a, 17.4.a, 17.5.a et 17.6.a de la notice d'information. 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 tierce expertise peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 20.2 de la notice d'information.

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 20.2. 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.**

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

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 21 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DE LA PRIME**

### **Article 21.1. Taux de prime**

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

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 crédit.

En cas de non renouvellement de la procédure d'adhésion suite à un réaménagement ou rachat d'un emprunt déjà couvert par le présent contrat mais ne nécessitant pas le renouvellement des formalités d'adhésion conformément aux dispositions de l'article 8, l'assiette servant de base au calcul des primes est le montant du crédit figurant sur le nouveau tableau d'amortissement.

En cas de renouvellement de la procédure d'adhésion conformément aux dispositions de l'article 8 consécutif :

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

**ou**

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

**ou**

3 - en cas de demande d'adhésion pour couvrir un crédit en cours d'amortissement, le taux annuel de prime applicable est celui défini selon l'âge de l'Assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et le délai de franchise choisi.

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

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

En cas de remboursement anticipé partiel d'un crédit, 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 du crédit, volontaire ou forcé, celui-ci met immédiatement fin aux garanties pour toutes les personnes assurées au titre du crédit garanti.

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

### **Article 21.2. Paiement de la prime**

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

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

Le Souscripteur procède à ces prélèvements.

La prime reste exigible en cas de cessation des garanties ITT, IPT, Invalidité AERAS et 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 crédit ; par conséquent, la cessation de ces garanties n'a pas d'incidence sur le montant de la prime.

### **Article 21.3. 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<sup>e</sup> et le 15 du mois, la prime est alors appelée le 1<sup>e</sup> jour du mois en cours,
- si les garanties prennent effet entre le 16 et la fin du mois, la prime est alors appelée le 1<sup>e</sup> jour du mois suivant.

---

## **ARTICLE 22 - 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 23 - 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'évènement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru que du jour où l'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, le délai de prescription ne court 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 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 électronique recommandé avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

---

## **ARTICLE 24 - 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 – Réexamens - 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 - Unité réclamation - 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 25 - 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](http://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](http://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](mailto: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 26 - 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 27 - 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 prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(les) Emprunteurs et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

---

## ARTICLE 28 - 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 29 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'Autorité de 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 30 - 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](http://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](http://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 - 507 648 053 RCS Nanterre - Société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances