

NOTICE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n° 5027P souscrit par Boursorama, dénommée « le Souscripteur » auprès de CNP Assurances, dénommée « l'Assureur ». Ce contrat relève des branches 1, 2 et 20 du code des assurances. Il est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur.

DEFINITIONS

Pour l'exécution du présent contrat, les définitions suivantes sont retenues. Elles figurent avec une majuscule dans le corps de la notice.

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.

Assuré : est ainsi dénommée, toute personne physique dont au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.

Assureur : CNP Assurances.

Candidat à l'assurance : est ainsi dénommée, toute personne physique ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au contrat d'assurance de groupe et dont aucune des garanties n'a pris effet, il s'agit des emprunteurs, des co-emprunteurs et de leurs cautions.

Caution : Personne physique ou morale qui s'engage auprès du Prêteur à rembourser les échéances du prêt contracté par l'emprunteur, à la place de celui-ci en cas de non-paiement.

Co-emprunteur : Personne qui signe avec d'autres Emprunteurs, un même prêt. Chaque Co-emprunteur est responsable des remboursements de prêts : en cas d'impayé, la banque peut se retourner contre chacun des Co-emprunteurs.

Délai de franchise : période pendant laquelle l'Assureur ne verse aucune prestation.

Emprunteur : toute personne ayant contracté un prêt auprès de Boursorama

Espace emprunteur : il s'agit de l'espace personnel sécurisé en ligne mis à la disposition du Candidat à l'assurance par l'Assureur. Cet espace permet notamment la signature et la conservation des documents d'adhésion.

Prêteur : est ainsi dénommée Boursorama qui a consenti le prêt.

1. OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir, les Assurés, en tout ou partie contre les risques définis aux articles 16, 17, 18, 19 et 20 de la présente notice, selon le type, l'objet du prêt et la situation de l'Emprunteur.

2. INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

Le contrat d'assurance de groupe n° 5027P est souscrit auprès de CNP Assurances -Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux – 01 42 18 88 88 – www.cnp.fr – Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Nanterre – Entreprise régie par le code des assurances. Le contrat est distribué par Boursorama SA au capital de 51 171 597,60 €- RCS Nanterre 351 058 151 - TVA FR 69 351 058 151 - 44 rue Traversière - CS 80134 - 92772 Boulogne-Billancourt Cedex. N° immatriculation à l'ORIAS 07 022 916.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de l'Assureur.

Le montant de la prime est indiqué sur l'offre de prêt.

L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction. Les garanties sont mentionnées aux articles 16 «Décès», 17 «Perte Totale et Irréversible d'Autonomie», 18 «Incapacité Totale de Travail » et 19 «Invalidité Totale».

Les exclusions sont mentionnées à l'article 13 « Risques exclus ». L'offre contractuelle définie dans la notice d'information est valable pendant la durée de validité de l'offre de prêt.

Les dates, de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 9 « Date de conclusion et prise d'effet des garanties ». L'adhésion au contrat n° 5027P s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 6 « Formalités d'adhésion ».

Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 23.«Primes ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de CNP assurances et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

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 12 « Faculté de renonciation ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de

l'adhésion, l'Assuré doit acquitter le montant de la prime d'assurance. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 24 « Réclamations – Médiation » de la 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).

3. PERSONNES ET PRET ASSURABLES

3.1 PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables dans le cadre du présent contrat, les personnes physiques qui n'ont pas atteint leur **65ème anniversaire** à la signature du bulletin d'adhésion et qui ont la qualité suivante :

- Emprunteur ou Co-emprunteur,
- Ou Cautions d'un Emprunteur, personne physique ou personne morale,

et qui bénéficient de prêts définis en objet.

- Les personnes non-résidentes en France et qui résident en : *Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Islande, Lettonie, Lichtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays- Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Tchéquie*, peuvent adhérer et être assurés pour les garanties **Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Totale de Travail (ITT) et Invalidité Totale (INV)** sous réserve de l'âge, de la situation professionnelle et du type de prêt,

- Les personnes qui résident en : *Nouvelle Calédonie, Polynésie Française, Saint Pierre et Miquelon; Andorre* peuvent adhérer et être assurées pour les garanties **Décès et PTIA**, sous réserve de l'âge.

Nota : la qualité de résident ou de non résident s'apprécie selon la situation de l'Emprunteur au jour du déblocage des fonds.

Dès lors qu'ils sont couverts par le présent contrat, ils prennent alors la qualité d'Assuré.

- Les personnes physiques n'exerçant **aucune activité professionnelle rémunérée** à la date de signature du bulletin d'adhésion **ne peuvent pas bénéficier des garanties Incapacité Totale de Travail (ITT) et Invalidité Totale (INV)**.

- Les investisseurs locatifs peuvent renoncer aux garanties Incapacité Totale de Travail (ITT) et Invalidité Totale (INV) pour les investissements immobiliers à caractère locatif. Ce choix est exercé lors de l'adhésion et est définitif pour toute la durée du prêt.

3.2 PRETS ASSURABLES

Le contrat couvre les prêts consentis par le Prêteur dont les caractéristiques sont les suivantes :

- les prêts amortissables,
- les prêts amortissables comportant une période de différé d'amortissement en capital,
- les prêts relais.

4. BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire est le Prêteur qui a consenti le prêt. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues par l'Assuré, fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du contrat de prêt transmis par le Prêteur.

5. PLAFOND ET LIMITE DES GARANTIES

Un Assuré est garanti, au titre de l'ensemble des financements consentis par le Prêteur, à hauteur de 2 000 000 euros maximum. Les prestations de l'Assureur ne peuvent excéder le montant, tel que visé au présent article de la dette de l'Emprunteur au titre du (ou des) prêt(s) garanti(s) au titre du présent contrat.

6. 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.

6.1 QUELLES FORMALITÉS ?

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 la dernière échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré :

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

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

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les Candidats à l'assurance. Elles comportent un bulletin d'adhésion et un questionnaire de santé qui sont remplis et signés par le Candidat à l'assurance. Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'une visite médicale et d'un bilan biologique à la charge de l'Assureur. Le Candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire tout autre document se rapportant à son état de santé, dont les frais sont à sa charge.

6.2 FORMALITÉS À REMPLIR

Le Candidat à l'assurance peut choisir de compléter ses formalités d'adhésion :

- soit par signature électronique par l'intermédiaire de la procédure de télédéclaration sécurisée proposée par l'Assureur en activant son Espace Emprunteur,
 - soit sur formulaire papier
- Lorsque le Candidat à l'assurance choisit de signer son questionnaire de santé sur un formulaire papier, il a la possibilité d'adresser ce questionnaire sous enveloppe portant la mention « confidentiel – secret médical », à l'attention du Médecin conseil de

l'Assureur. La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 3 mois à compter de la date de sa signature. L'Assureur doit recevoir le questionnaire dans ce délai, à défaut le Candidat à l'assurance doit renouveler les formalités d'adhésion.

- Lorsque le Candidat à l'assurance choisit de signer son questionnaire de santé par signature électronique, procédure de télédéclaration sécurisée, le questionnaire de santé est transmis directement à l'Assureur à la fin de la procédure.

Dans le cas où le questionnaire de santé a été signé électroniquement, s'il le souhaite le Candidat à l'assurance pourra prendre connaissance du statut de sa demande d'adhésion dans son Espace emprunteur, espace personnel sécurisé en ligne mis à la disposition du Candidat à l'assurance par l'Assureur, que le Candidat activera à cette occasion.

Dans ce cas, il pourra consulter en ligne les éventuelles demandes d'informations complémentaires faites par l'Assureur, qui lui seront également adressées par voie postale. Le Candidat à l'assurance pourra déposer les documents demandés le cas échéant, de manière sécurisée sur son Espace emprunteur.

Le Candidat à l'assurance conserve la possibilité d'adresser tout document médical sous enveloppe fermée portant la mention « Confidentiel – secret médical », à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances.

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

Si l'état de santé du Candidat à l'assurance se modifie après la signature du questionnaire de santé et avant la date de conclusion de l'adhésion, le Candidat doit renouveler les formalités d'adhésion (art. L.113-8 du code des assurances). Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L.113-8 du code des assurances).

7. DÉCISION ET NOTIFICATION DE L'ASSUREUR

7.1 DECISION 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 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 pouvant se faire :
 - sans réserve : elle vaut pour tous les risques couverts,
 - avec réserves : elle écarte alors certains risques ou certaines garanties. En cas de réserve partielle ou totale portant sur la garantie ITT, l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS révisée, d'une proposition de la garantie Invalidité AERAS (IA) telle que définie à l'article 20.

• **Refuser le Candidat à l'Assurance**. Le refus déclenche automatiquement pour l'Assureur une étude d'assurabilité ou non du Candidat à l'assurance dans un dispositif de 2ème ou 3ème niveau conformément aux dispositions de la convention AERAS « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ».

• **Ajourner sa décision**. Le Candidat à l'assurance n'est pas assuré mais il pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué.

7.2 NOTIFICATION DE LA DECISION

Si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé, une fois l'examen de son dossier terminé, l'Assureur notifiera au Candidat à l'assurance sa décision.

Lorsque le Candidat à l'assurance a choisi de compléter son questionnaire de santé par télédéclaration sécurisée, la décision de l'Assureur est notifiée par voie électronique. Elle est disponible dans son Espace emprunteur.

Lorsque le Candidat à l'assurance a choisi de compléter son questionnaire de santé par formulaire papier, la décision de l'Assureur est notifiée

- par l'intermédiaire du Prêteur en cas de décision sans réserve.
- par courrier de l'Assureur en cas de décision avec réserve(s), refus ou ajournement.

Dans le cas d'une proposition d'assurance « avec réserve(s) », 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.

La notification de décision de l'Assureur indique la possibilité de prendre contact par courrier avec le Médecin Conseil de l'Assureur, directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'Assureur.

Si le Candidat à l'assurance accepte la proposition d'assurance, il doit signer les conditions particulières d'assurance :

- soit par signature électronique depuis son Espace emprunteur sous réserve de l'avoir activé au préalable,
- soit par signature manuscrite en retournant l'exemplaire de ce courrier signé selon les dispositions précisées sur ce dernier.

Ces conditions particulières ne comportent pas de donnée d'ordre médical.

La proposition d'assurance est valable 6 mois à compter de la notification de la décision de l'Assureur (date du courrier ou date de la mise à disposition dans « l'Espace Emprunteur »). Si au terme de ce délai, l'offre de prêt n'est pas signée par l'intéressé, les formalités d'entrée dans l'assurance doivent être renouvelées.

L'acceptation est donnée pour un financement déterminé et aux conditions initiales de ce(s) prêt(s). Une autre opération d'emprunt ou une modification d'un emprunt déjà couvert, nécessite un renouvellement des formalités d'adhésion.

Toutefois, lorsque la modification intervient dans l'un des cas suivants, elle ne donne pas lieu au renouvellement des formalités d'adhésion :

- réaménagement des prêts consécutifs à une modification des taux d'intérêts ou dans le cadre de lois sur le surendettement des particuliers, lorsque le report de durée n'excède pas 5 ans et que le capital garanti n'augmente pas de plus de 20 000 euros,
- allongement des prêts « crédits relais » lorsque cet allongement n'excède pas un an par rapport à la durée initiale,
- allongement des prêts à durée révisable si l'allongement n'excède pas 5 ans par rapport aux conditions initiales.

8. RÉPARTITION DE L'ASSURANCE SUR LA TÊTE DES ASSURÉS

L'assurance repose sur la tête de chaque Assuré selon la quotité indiquée par chacun sur le bulletin d'adhésion, par tranche de 10% à 100%, sans que la garantie puisse pour chaque assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

Deux cas de répartition peuvent se présenter :

- l'assurance est souscrite par un seul Emprunteur : elle repose obligatoirement à 100% sur sa tête ;
- l'assurance est souscrite au titre d'un même financement par plusieurs Co-emprunteurs; chaque Candidat à l'assurance peut s'assurer :
 - au maximum à 100 % du montant du financement,
 - au minimum à 10 %, étant entendu que le total des quotités ne doit pas être inférieur à 100%.

Les modulations de quotité garanties sont déterminées en accord avec le Prêteur. La quotité d'assurance retenue s'applique pour l'ensemble des risques couverts.

9. DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Date de conclusion de l'adhésion

• L'adhésion est conclue à la date de signature du bulletin individuel 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 réserves.

• L'adhésion 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 du fait que le Candidat à l'assurance ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des

avoirs au jour de la signature de la demande d'adhésion.

Date de prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la première prime, à la plus tardive des dates suivantes :

La garantie prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- date de conclusion de l'adhésion,
- ou date de signature de l'offre de prêt,
- ou date de prise d'effet des garanties mentionnée dans l'avenant au contrat de prêt si l'adhésion au présent contrat est acceptée dans le cadre d'une substitution d'assurance par le prêteur,
- Si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, l'assuré donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate de la garantie à la plus tardive des deux dates susvisées.
- Dans le cadre de la vente à distance et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, l'Emprunteur donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la plus tardive des deux dates susvisées.

Le décès consécutif à un Accident est toutefois garanti à partir de la date de signature des formalités d'adhésion, s'il survient entre cette date et la prise d'effet des garanties. Cette couverture cesse en tout état de cause en cas d'ajournement ou de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard 3 mois après la signature des formalités d'adhésion.

10. DUREE DE L'ADHÉSION ET CESSATION DES GARANTIES ET DE L'ADHÉSION

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans le bulletin d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation de l'adhésion mentionnés ci-dessous.

Les garanties et l'adhésion cessent :

- au jour de la réception par le Prêteur de la lettre de renonciation conformément à l'article 12,
- au terme contractuel du prêt,
- à la date de versement de la prestation au titre de la PTIA ou du Décès,
- en cas de non-paiement des primes selon les termes de l'article 23,
- au cas où l'Assuré Caution résilie son engagement de caution, avec l'accord du Prêteur,
- en cas de remboursement total anticipé du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme, à la date du prononcé de la déchéance du terme,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur,
- au plus tard, au 80ème anniversaire de l'Assuré,
- En cas de réception par le Prêteur de la lettre de résiliation/substitution de l'Assuré et selon les termes de dans les conditions fixées à l'article 11,
- en cas de résiliation annuelle dans les conditions fixées à l'article 11.

Pour la garantie provisoire Décès consécutif à un Accident : au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement et en tout état de cause, au plus tard trois mois après la signature des formalités d'adhésion.

Pour les garanties PTIA, ITT, INV et IA : au 65ème anniversaire de l'Assuré.

11. FACULTE DE RESILIATION

11-1 - FACULTE DE RESILIATION

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

L'Assuré notifie au Prêteur sa demande de résiliation selon les modalités prévues au 11.3 ci-dessous.

L'Assuré devra transmettre au Prêteur le contrat de substitution qu'il souhaite souscrire. Il devra par la suite notifier à l'Assureur, 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.

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 de son adhésion au présent contrat d'assurance à chaque échéance annuelle de son adhésion audit contrat. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation au Prêteur, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues au 11.3 ci-dessous.

11.2 EFFET DE LA RESILIATION

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 l'Assureur,
- 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.

11.3 – MODALITES DE LA DEMANDE DE RESILIATION

L'Assuré notifie au Prêteur 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),
- Soit par déclaration faite au siège social du Prêteur,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par voie électronique directement sur son Espace Client Bancaire, rubrique « Mes crédits ».

Pour une résiliation/substitution, par voie électronique : le destinataire confirme par voie électronique la réception de la demande de résiliation.

Pour une résiliation/substitution, hors voie électronique : le destinataire confirme par écrit la réception de la demande de résiliation.

11.4 - A QUI ADRESSER LA DEMANDE DE RESILIATION ?

Pour une résiliation/substitution, par voie électronique : l'Assuré doit remplir le formulaire de résiliation disponible sur son Espace Client Bancaire, rubrique « Mes crédits ».

Pour une résiliation/substitution, hors voie électronique : l'Assuré doit notifier sa demande de résiliation au siège social du prêteur.

12. FACULTE DE RENONCIATION

Cas où l'Assuré ne bénéficie que de la garantie Décès

Si au regard de son âge au moment de la demande d'adhésion (de plus de 65 ans et moins de 73 ans), l'Assuré ne bénéficie que de la garantie Décès, la signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré, il peut renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus suivant la date de signature de sa demande d'adhésion intégrée dans son contrat de crédit.

Pour cela il lui suffit d'adresser au Prêteur une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, rédigée selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) M(Mme).....(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°5027P que j'ai signée le.....à..... (lieu d'adhésion). Le.....date et signature) ».

La renonciation est enregistrée à la date de réception par le Prêteur de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique de renonciation, avec avis de réception. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. La garantie cesse à la date de réception par le Prêteur de la lettre de renonciation recommandée ou de l'envoi recommandé, avec avis de réception. Le Prêteur procède au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre

recommandée ou de l'envoi recommandé électronique, avec avis de réception.

Cas où l'Assuré ne bénéficie pas que de la garantie Décès. Délai pour exercer la faculté de renonciation.

* Si le contrat est vendu par démarchage

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L.112-9, alinéa 1er du code des assurances,

« toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités».

* Si le contrat est vendu à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, le même délai s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque le contrat est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou Internet). Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser à :

- Boursorama - Gestion des Crédits - 44 rue traversière - CS 80134
- 92772 Boulogne Billancourt Cedex - une lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M. (Mme).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance N°5027P conclue le..... à....».

Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des primes ou cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique recommandée.

Les effets sur l'adhésion varient en fonction du mode de commercialisation du contrat :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique de renonciation. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.
- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Prêteur de la lettre recommandée de renonciation.

13. RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne sont pas couverts :

- le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires),
- les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences des faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,

- les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les conséquences de vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne, vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parapente, parachute ascensionnel,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atome, les affections psychiatriques, psychiques ou neuropsychiques dont les états dépressifs quelle que soit leur nature, SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu
- psychiatrique de plus de 10 jours continus (hors hospitalisation de jour),
- les atteintes discales ou vertébrales : lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité.

Pour l'Assuré Caution d'une personne physique ou morale, les risques PTIA, ITT et INV ne sont pas couverts, sauf s'il participe au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre.

14. TERRITORIALITÉ DU CONTRAT

La garantie Décès s'exerce dans tous les pays du monde. Les garanties PTIA, ITT, INV et IA ne peuvent être mises en œuvre lorsqu'elles résultent de maladies ou d'Accidents frappant un Assuré hors de France.

Dans ce cas, la mise en jeu des garanties est toutefois possible, au retour de l'Assuré sur le sol français, dans les conditions suivantes:

- la prestation PTIA sera calculée sur la base du capital restant dû au tableau d'amortissement ou à l'échéancier du contrat de prêt, arrêté au jour de la constatation médicale, par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français,.
- la prestation ITT, INV ou IA est subordonnée à la présence de l'Assuré sur le sol français. Le point de départ du Délai de franchise se situera au plus tôt au jour de la constatation médicale, par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français.

15. VERSEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve des cas d'exclusions précisés à l'article 13 et de la décision de prise en charge de l'Assureur, les prestations sont calculées en tenant compte de la quotité assurée. Lorsque plusieurs Emprunteurs sont garantis au titre d'un même financement, les prestations de l'Assureur ne sont en aucun cas supérieures aux montants dus au titre des prêts garantis et du présent contrat et figurant sur le tableau d'amortissement ou sur l'échéancier du prêt. Le Prêteur est bénéficiaire des prestations garanties à concurrence des sommes qui lui sont dues.

16. DÉCÈS

16.1 PRESTATION GARANTIE

En cas de décès d'un Assuré avant son 80ème anniversaire, l'Assureur verse en fonction de la quotité et du prêt garanti.

Pour les prêts amortissables :

- le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement après l'échéance précédant immédiatement la date du décès (l'échéance qui se situerait le jour du décès serait réputée due),
- les intérêts courus depuis cette dernière échéance jusqu'au jour du décès.

Pour les prêts non amortissables en capital et pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital (pendant la période de différé) :

- le montant initial du prêt,
- les intérêts courus depuis la dernière échéance d'intérêts jusqu'au jour du décès.

16.2 FORMALITÉS À REMPLIR

En cas de décès, il revient aux ayants droit de l'Assuré de réaliser la demande de prestation sur le site de déclaration en ligne

<https://adele.cnp.fr/boursorama> ou de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- Un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès ;
- Un certificat médical indiquant en particulier si le décès est dû à une cause naturelle ou Accidentelle et s'il est dû ou non à un risque exclu; En cas de décès consécutif à un Accident, tout document précisant l'origine du sinistre (notamment rapport de gendarmerie et coupure de presse).

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 des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

17. PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE

Un Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

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

17.1 PRESTATION GARANTIE

Le versement des prestations est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur détermine la date de survenance de la PTIA. La prestation est calculée à la date de survenance de la PTIA déterminée par l'Assureur, elle est identique à celle prévue en cas de décès. L'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 18, peut bénéficier d'une prise en charge au titre de la garantie PTIA, s'il vient à remplir les conditions propres à cette dernière. Toutefois, les prestations ITT qui auraient été versées postérieurement à la date de survenance de la PTIA, seraient déduites du montant de la prestation versée au titre de la PTIA.

Nota : l'Assuré Caution d'une personne physique ou morale doit participer au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

17.2 FORMALITÉS À REMPLIR

Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de réaliser la demande de prestation sur le site de déclaration en ligne <https://adele.cnp.fr/boursorama> ou de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans le délai de 2 ans, faute de quoi les prestations garanties seront calculées à la date de réception du dossier par l'Assureur :

- Une copie de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité (CNI, passeport, carte de séjour).
- Une attestation remplie par l'Assuré avec l'assistance éventuelle du médecin, et valant certificat médical. Cette attestation élaborée par l'Assureur est mise à disposition des Assurés par le Prêteur. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant :
 - qu'il est totalement et définitivement incapable de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,
 - que son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
 - 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.
- Si l'Emprunteur est assuré social, joindre au(x) justificatif(s) une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.
- Pour les Assurés cautions d'une personne physique ou morale, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de

transmettre une copie des documents justifiant de la participation au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre. Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs qui ne sauraient à eux seuls justifier la réalisation du risque et n'engagent donc pas l'Assureur qui se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

18. INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

Cette garantie est réservée aux Assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée. Les prêts relais ne sont pas assurables au titre de la garantie ITT.

Nota : l'Assuré Caution d'une personne physique doit participer au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

18.1 DÉFINITION

L'Assuré est en état d'Incapacité Totale de Travail (ITT) lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- L'Assuré se trouve, à la suite d'un Accident ou d'une maladie, dans l'incapacité reconnue médicalement d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel,

- Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de franchise de 90 jours, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur,

- Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 18.4 « Formalités à remplir en cas d'ITT ». Pour les Assurés sociaux, outre les conditions ci-dessus, il est nécessaire de bénéficier de prestations en espèces (indemnités journalières maladie ou Accident, pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale, ou rente d'Accident du travail et maladies professionnelles pour un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66%).

Le Délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvel arrêt si la durée de la reprise d'une activité a été inférieure à 90 jours.

18.2 PRESTATIONS GARANTIES

En cas d'ITT de l'Assuré survenue avant son 65ème anniversaire, et après expiration du Délai de franchise qui n'est jamais indemnisé, l'Assureur règle au Prêteur en fonction de la quotité du prêt garantie sur la tête de l'Assuré :

- les échéances en capital et intérêts pour les prêts amortissables et pour la phase d'amortissement des prêts comportant un différé, les échéances en intérêts seulement pour les prêts non amortissables en capital, ou avec différé d'amortissement du capital (pendant la phase de différé).

Cette prise en charge s'effectue au prorata du nombre de jours d'incapacité dans la limite de 1095 jours dûment justifiés et acceptés par l'Assureur, et ce au plus tard jusqu'au 65ème anniversaire de l'Assuré.

Pour les Assurés indemnisés de façon continue au titre de la garantie ITT depuis plus de trois ans et pour lesquels les éléments médicaux du dossier conduiraient à conclure au caractère définitif de leur état d'incapacité, l'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Totale.

Modifications des échéances en cours d'adhésion sous réserve des dispositions de l'article 7 :

⇒ *Assuré non sinistré*

Lorsqu'un Assuré décide de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, le surplus d'échéance ne sera pris en compte par l'Assureur qu'au terme d'un délai d'attente de 90 jours, et ce pour autant qu'aucun sinistre ne soit survenu pendant ledit délai.

En cas de sinistre survenant pendant le délai d'attente, l'indemnisation portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation.

En cas de sinistre survenant après le délai d'attente, l'indemnisation portera sur le montant de la nouvelle échéance. Lorsqu'un Assuré décide de modifier à la baisse le montant de ses échéances de prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

⇒ *Assuré sinistré*

Lorsqu'un Assuré décide, en cours de sinistre, de modifier le montant de ses échéances de prêt, l'Assureur indemniserà sur les bases suivantes :

- modification à la hausse : la prise en charge portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation, et ce pendant toute la durée du sinistre ;

- modification à la baisse : la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

⇒ *Suspension des échéances*

En cas de suspension totale, l'Assuré continue de payer ses primes, la prise en charge correspondra au paiement effectué par l'Assuré.

En cas de suspension partielle : l'Assureur verse ses prestations, le cas échéant, sur les bases d'indemnisation précédant la suspension.

18.3 CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

L'Assuré cesse d'être pris en charge dans chacun des cas suivants :

- à la date de survenance d'un des cas de cessation défini à l'article 10,

- l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement des prestations en espèces indiquées à l'article 18.1,

- l'Assuré bénéficie de prestations assimilables à une 1ère catégorie de Sécurité sociale,

- l'Assuré bénéficie de prestations attestant d'une incapacité partielle, notamment mi-temps thérapeutique,

- l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),

- au moment où, après contrôle administratif et/ou médical, l'Assuré est reconnu capable d'exercer une quelconque activité professionnelle, même partiellement,

- au moment où l'Assuré reprend une quelconque activité, même à temps partiel,

- au 1095ème jours suivant la date du sinistre, date à laquelle l'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Totale.

18.4 FORMALITES A REMPLIR

Il revient à l'Assuré de réaliser la demande de prestation sur le site de déclaration en ligne <https://adele.cnp.fr/boursorama> ou de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, à l'issue du Délai de franchise et au plus tard 90 jours après la fin de ce délai, les documents ci-après. A défaut de respect de ce délai, une déchéance partielle de garantie pourra 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 date de prise en charge pour l'évaluation et la mise en œuvre des prestations est celle de la réception de la demande de prestations par l'Assureur :

- Une copie de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité (CNI, passeport, carte de séjour).

- Une attestation préétablie, remplie par l'Assuré avec l'assistance éventuelle du médecin, et valant certificat médical. Cette attestation élaborée par l'Assureur est mise à disposition des Assurés par le Prêteur. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant :

- la nature de la maladie ou de l'Accident ayant provoqué l'ITT,
- le point de départ de la maladie ou de l'Accident,
- la durée probable de l'incapacité.

En cas d'Accident, une déclaration détaillée des circonstances de l'Accident (procès-verbal de police, de gendarmerie, déclaration de l'Assuré,). Lorsque l'Accident est survenu dans un pays non francophone, ce document doit être libellé ou traduit en français.

Si l'Emprunteur est assuré social, joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus un document délivré par l'organisme de protection sociale dont il dépend, justifiant le versement des prestations visées à l'article 18.1 ci-dessus.

En cas de subrogation de l'employeur dans les droits du salarié, un avis d'arrêt de travail certifié par l'employeur.

Les pièces justificatives de l'état d'ITT doivent être renouvelées tous les trois mois, faute de quoi les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

Si l'Emprunteur est Travailleur Non Salarié, joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus, toutes pièces justifiant de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.

Si l'Emprunteur est fonctionnaire ou assimilé, il convient de joindre une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative.

Pour les Assurés Cautions d'une personne physique ou morale, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant de la participation au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre.

Pour les personnes sans activité professionnelle et ne percevant pas d'allocations versés par Pôle emploi : il convient de joindre un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT, couvrant au minimum l'intégralité du Délai de franchise.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs qui ne sauraient à eux seuls justifier la réalisation du risque et n'engagent donc pas l'Assureur qui se réserve le droit de demander toutes pièces nécessaires à l'étude de la demande de prestation.

19. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE (INV)

19.1 DÉFINITION

Cette garantie est réservée aux Assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée. Les prêts relais ne sont pas assurables au titre de la garantie INV.

L'Assuré se trouve en état d'Invalidité Totale lorsque, en cours d'assurance, les trois conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- A l'issue d'un état d'Incapacité Totale de Travail défini à l'article 18.1, l'Assuré se trouve dans l'impossibilité reconnue médicalement, d'exercer, même à temps partiel, une quelconque activité professionnelle.
- L'Invalidité Totale doit être survenue avant son 65ème anniversaire.
- Cette Invalidité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 19.4 - Formalités à remplir en cas d'Invalidité Totale.

La garantie INV ne peut se cumuler avec la garantie ITT. La perception de la garantie INV fait cesser la prise en charge au titre de la garantie ITT.

19.2 PRESTATION GARANTIE

La prestation garantie au titre du risque INV, ses modalités de calcul et de versement sont identiques à celles de la garantie ITT.

19.3 CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

L'Assuré cesse d'être pris en charge dans chacun des cas suivants:

- à la date de survenance d'un des cas de cessation défini à l'article 10,
- l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 19.4,
- dès le moment où, après un contrôle administratif et/ou médical initié par l'Assureur, l'Assuré est reconnu capable d'exercer une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel,
- dès le moment où l'Assuré reprend une quelconque activité, même à temps partiel.

19.4 FORMALITÉ À REMPLIR

Il revient à l'Assuré de réaliser la demande sur le site de déclaration en ligne <https://adele.cnp.fr/boursorama>, ou de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, à l'issue du Délai de franchise et au plus tard 90 jours après ce Délai de franchise :

- une Attestation Médicale d'Incapacité-Invalidité préétablie. Cette attestation élaborée par l'Assureur est mise à disposition des Assurés par le Prêteur,

En outre, l'Assuré devra également fournir :

Si l'Emprunteur est Assuré social : une copie de la notification de l'organisme de protection sociale de la mise en invalidité 2ème ou 3ème catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant au taux d'invalidité supérieur à 66 %,

Si l'Emprunteur est fonctionnaire ou assimilé : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension,

Si l'Emprunteur est Travailleur Non Salarié : une copie du titre de pension d'invalidité.

Pour les personnes sans activité professionnelle et ne percevant pas d'allocations versés par Pôle emploi: un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT et INV, couvrant au minimum l'intégralité du Délai de franchise.

20. INVALIDITÉ AERAS (IA)

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion.

Si la garantie Incapacité Totale de Travail est refusée pour raisons médicales, ou si elle est accordée mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer dans les conditions particulières adressées à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS. Seuls les Assurés en activité professionnelle peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS au titre du présent contrat.

20.1 DÉFINITION

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée. L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement:

Son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un Accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.

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 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.

Son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du 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 au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 21 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS. L'Assuré doit justifier 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 Longue Durée;
- lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'aptitude totale à l'exercice de sa profession.

La date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant le 65ème anniversaire de l'Assuré.

Ne sont pas couverts au titre de la garantie Invalidité AERAS les personnes qui, au jour de la signature de la demande d'adhésion, n'exercent pas d'activité professionnelle, les Cautions personnes physiques ou morale et les souscripteurs de prêts relais.

20.2 PRESTATION GARANTIE

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article 13 et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie 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 différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

20.3 CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 10 ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 20.1 ;

- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection sociale visé au point 4. de la définition de la garantie à l'article 20.1 ;
- lorsqu'après un contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

20.4 FORMALITÉS À REMPLIR

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de réaliser la demande sur le site de déclaration en ligne <https://adele.cnp.fr/boursorama> ou de fournir au Prêteur, 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 éléments suivants :

- Une copie de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité (CNI, passeport, carte de séjour).
- Une copie de la demande d'adhésion, accompagnée du questionnaire de santé, s'il en a rempli un ;
- Une copie de la notification des conditions d'acceptation par l'Assureur acceptées et signées par l'Assuré ;
- Une Attestation Médicale d'Incapacité/Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), que l'Assuré doit compléter avec l'assistance éventuelle de son médecin et signée. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'Accident dont résulte l'invalidité,

Doivent être produites en outre :

Pour les salariés.

- Une copie de la notification par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2ème et 3ème catégories selon la définition de l'article L341-4 du code de la Sécurité Sociale.

Pour les 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.

Pour les Travailleurs non-salariés :

- Une copie d'un titre de pension pour invalidité.

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.

21. CONTRÔLE MÉDICAL

La production des justificatifs définis aux articles 17.2, 18.4, 19.4 et 20.4 est indispensable mais nullement suffisante 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 contrôleur mandaté par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état d'invalidité AERAS, d'Invalidité Totale, de PTIA, d'ITT ou d'INV. Au vu des conclusions du rapport du médecin mandaté, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge. En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré. En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'incapacité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin contrôleur mandaté par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, 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 22. Si l'Assuré refuse de se soumettre à la visite médicale ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale.

22. 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 intentionnelle, 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 ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert, et ce qu'elle que soit l'issue de la procédure.

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.

23. PRIMES

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une prime dont le montant figure dans l'offre de prêt. ou à la date de prise d'effet des garanties mentionnée dans l'avenant au contrat de prêt si l'adhésion au présent contrat est acceptée dans le cadre d'une substitution d'assurance par le prêteur.

La prime d'assurance continue d'être due par l'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT ou de la garantie INV.

Les primes sont payables d'avance mensuellement au Prêteur en même temps que l'échéance de prêt notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur en cas de remboursement anticipé total ou partiel du prêt. En cas de remboursement anticipé partiel, la nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. Lorsqu'un Assuré ne règle pas ses primes, ou si l'Assuré qui a exercé le droit de remboursement de son prêt, n'a pas régularisé le paiement de sa prime ou fraction de prime, il peut être exclu du Contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément à l'article L.141-3 du code des assurances.

24. RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

Pour toute réclamation relative à la décision d'admission de l'Assuré, s'adresser, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, à CNP Assurances - Service Souscriptions - Réclamation/Réexamen TSA 57161 - 75716 Paris.

Pour toutes les autres réclamations notamment celles relatives à un sinistre, s'adresser à CNP Assurances - Service Réclamations - TSA 81566 - 75716 Paris Cedex 15.

La réclamation peut émaner de l'Assuré mais également le cas échéant, de ses ayants droit, du bénéficiaire, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, ou en l'absence de réponse au bout de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, ces personnes pourront s'adresser au Médiateur 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 »

La saisine du Médiateur suspend le délai de prescription défini à l'article 27 à compter de la notification de la recevabilité de la saisine.

25. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09 - est chargée du contrôle de l'Assureur.

26. OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

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).

27. DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,
- Quand l'action de l'Assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu 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 d'un envoi recommandé électronique, 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

NOTICE D'INFORMATION À CONSERVER PAR LE CANDIDAT À L'ASSURANCE

Contrat d'assurance de groupe, à adhésion facultative, qui relève de la branche 16, telle que prévue à l'article R321-1 du code des assurances. Il est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur.

Boursorama a souscrit pour son compte et celui de ses emprunteurs, un contrat d'assurance de groupe n° 7904R auprès de CNP Caution ci-après dénommé "l'Assureur". Le risque Perte d'emploi est assuré intégralement par CNP Caution.

1. OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir le paiement de prestations financières en cas de Perte d'emploi de l'assuré consécutive à son licenciement, dans le cadre de(s) prêt(s) immobilier(s) consenti(s) par Boursorama, à l'exception des prêts avec différé total.

Définitions :

Assuré : est ainsi dénommée, toute personne physique dont la garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.

Candidat à l'assurance : est ainsi dénommée, toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance de groupe mais pour laquelle la garantie n'a pas encore pris effet.; il s'agit des emprunteurs, des coemprunteurs et de leurs cautions.

Collatéral privilégié : on entend par collatéraux les frères et sœurs de l'assuré et leurs descendants (neveux et nièces de l'assuré).

Emprunteur : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès du Prêteur en qualité d'emprunteur, de coemprunteur ou intervenant en qualité de caution.

Espace emprunteur : il s'agit de l'espace personnel sécurisé en ligne mis à la disposition du Candidat à l'assurance par l'Assureur. Cet espace permet notamment la signature et la conservation des documents d'adhésion.

Prêteur : est ainsi dénommée Boursorama qui a consenti le prêt.

2. INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

- Le contrat d'assurance de groupe n°7904R est souscrit auprès de CNP Caution Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux – Société anonyme au capital de 258 734 553,36euros entièrement libéré - 383 024 098 RCS Nanterre – Entreprise régie par le code des assurances-.
- Le contrat est distribué par Boursorama SA au capital de 51 171 597,60 € - RCS Nanterre 351 058 151 - TVA FR 69 351 058 151 - 44 rue Traversière - CS 80134 - 92772 Boulogne-Billancourt Cedex - N° immatriculation à l'ORIAS 07 022 916.
L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de l'Assureur.
- Le montant de la prime est indiqué sur l'offre de prêt.
- L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction. La garantie est mentionnée à l'article 11 « Prestations garanties en cas de Perte d'emploi ». Les exclusions sont mentionnées à l'article 12 « Risques exclus ».
- L'offre contractuelle définie dans la notice d'information est valable pendant la durée de validité de l'offre de prêt.
- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet de garantie sont définies à l'article 7 « Date de conclusion de l'adhésion et prise d'effet de la garantie ». L'adhésion au contrat n° 7904R s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 5 « Formalités d'adhésion ». Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 14 « Prime ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envoi postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de CNP Assurances et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- 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 10 « Renonciation ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'Assuré doit acquitter le montant de la prime d'assurance.
- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 15 « Réclamations – Médiation » de la 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).

3. PERSONNES ASSURABLES - QUOTITÉ

Pour bénéficier de la garantie Perte d'emploi, l'emprunteur, coemprunteur ou caution doit être assuré au titre des garanties Décès et PTIA du contrat n° 5027P souscrit par Boursorama ou d'un contrat équivalent souscrit par une mutuelle auprès de CNP Assurances.

Il doit, en tout état de cause, remplir toutes les conditions suivantes au jour de la signature du bulletin d'adhésion :

- en cas de Perte d'emploi, être susceptible de bénéficier de la protection sociale française en cas de chômage,
- être âgé de moins de 50 ans (ne pas avoir atteint leur 50e anniversaire) à la date de signature du bulletin d'adhésion,
- bénéficier à la date de conclusion de l'adhésion, depuis plus de 12 mois ininterrompus, d'un contrat de travail à durée indéterminée auprès d'un employeur unique dont la période d'essai a été effectuée,
- ne pas avoir connaissance, au jour de l'adhésion, qu'une procédure collective de licenciement soit en cours dans leur entreprise,
- ne pas être, au jour de l'adhésion, en préavis de licenciement ou en situation de chômage,
- ne pas être salarié d'une entreprise en redressement ou liquidation judiciaire,
- avoir complété le bulletin d'adhésion au présent contrat.

Les "Non- Résidents" et les personnes dont l'employeur unique est le conjoint, un ascendant ou un descendant, un collatéral privilégié ou un coemprunteur ou une personne morale dirigée ou contrôlée par elles- mêmes ou l'une des personnes précitées ne peuvent en aucun cas bénéficier de la garantie Perte d'emploi. En toute hypothèse, l'Assureur se réserve le droit d'apprécier la recevabilité des candidatures qui lui sont soumises.

La quotité applicable pour chaque Candidat à l'assurance est obligatoirement de 100 %. En cas de sinistres simultanés survenus à plusieurs Assurés, le cumul des prestations ne pourra dépasser 100 % du montant de l'échéance.

4. MONTANT MAXIMUM GARANTI

Le Candidat à l'assurance peut être assuré individuellement au titre du présent contrat pour des encours de crédit d'un montant maximum de 1 500 000 euros, quel que soit le nombre d'opération.

Le bénéficiaire des prestations est le Prêteur.

5. FORMALITÉS D'ADHÉSION

Les formalités d'adhésion à l'assurance Perte d'emploi sont obligatoires et s'effectuent concomitamment aux formalités d'adhésion au contrat Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail

Les formalités d'adhésion comportent un bulletin d'adhésion qui doit être intégralement rempli, daté et signé par le Candidat à l'assurance.

Le Candidat à l'assurance peut choisir de compléter ses formalités d'adhésion

- soit par signature électronique par l'intermédiaire de la procédure de télédéclaration sécurisée proposée par l'Assureur en activant son Espace Emprunteur (si les formalités d'adhésion du contrat 502P ont été complétées par signature électronique),
- soit sur formulaire papier (si les formalités d'adhésion du contrat 5027P ont été complétées par sur formulaire papier).

En cas de non acceptation du Candidat par l'Assureur dans le contrat Décès-Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'intéressé ne peut adhérer à la seule garantie Perte d'emploi.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par l'assureur entraîne la nullité de l'adhésion (article L. 113.8 du code des assurances).

6. ACCEPTATION DES RISQUES

La décision de l'Assureur est communiquée au Candidat à l'assurance par l'intermédiaire du Prêteur.

7. DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

L'adhésion est conclue, sous réserve du paiement de la prime et que l'assuré soit assuré au titre de l'ensemble des garanties Décès et PTIA du contrat 5027P ou d'un contrat équivalent souscrit par une mutuelle auprès de CNP Assurances, à la date de signature du bulletin d'adhésion (manuscrite ou électronique).

Dans tous les cas l'adhésion est conclue sous réserve du fait que le Candidat à l'assurance ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature de la demande d'adhésion.

La garantie prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes:

- date de conclusion de l'adhésion,
- ou date de signature de l'offre de prêt
- ou date de prise d'effet des garanties mentionnée dans l'avenant au contrat de prêt si l'adhésion au présent contrat est acceptée dans le cadre d'une substitution d'assurance par le prêteur.

Délai d'attente : Le délai d'attente est constitué par les 360 premiers jours qui suivent la date de conclusion de l'adhésion. La Perte d'emploi consécutive à un licenciement notifié à l'Assuré pendant cette période n'est jamais indemnisée par l'Assureur.

8. DURÉE DE L'ADHÉSION - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DE LA GARANTIE

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans le bulletin d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation de l'adhésion mentionnés ci-dessous.

La garantie et l'adhésion cessent de produire leurs effets:

- au jour de la réception par l'assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 10,
- au jour de la réception par le Prêteur de la lettre de résiliation/ substitution de l'Assuré et selon les termes de l'article 9,
- en cas de non-paiement de la prime, dans les conditions visées à l'article 14,
- à la date de départ à la retraite ou pré retraite ou de mise à la retraite, quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),
- au jour où l'Assuré n'exerce plus une activité salariée lui permettant, en cas de perte d'emploi, de bénéficier de la protection sociale française en cas de chômage. Toutefois, l'Assuré peut continuer à payer la prime définie aux conditions particulières afin d'être maintenu dans le contrat pour le cas où il serait susceptible de bénéficier à nouveau des prestations prévues à l'article L5421-1 et suivants du code du travail en cas de perte d'emploi,
- au jour où l'Assuré cesse, pour quelque raison que ce soit, d'être garanti au titre du Décès et de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- à l'échéance des droits à prestations au titre de la garantie Perte d'emploi,
- en cas de résiliation du présent contrat par le Prêteur ou par l'Assureur. Toutefois, l'Assureur garantit le versement des prestations en cours jusqu'à la fin de la période d'assurance couverte par le paiement de primes,
- au terme de l'opération de prêt quelle qu'en soit la cause (y compris le remboursement total anticipé, la déchéance du terme),
- en tout état de cause, au plus tard au 55e anniversaire de l'Assuré,
- en cas de résiliation du contrat 5027P couvrant les garanties Décès et PTIA.

9. RESILIATION

9.1 - Faculté de résiliation

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

L'Assuré notifie au Prêteur sa demande de résiliation selon les modalités prévues au 9-3 ci-dessous.

L'Assuré devra transmettre au Prêteur le contrat de substitution qu'il souhaite souscrire. Il devra par la suite notifier à l'Assureur, 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.

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 de son adhésion au présent contrat d'assurance à chaque échéance annuelle de son adhésion audit contrat. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation au Prêteur, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues au 9.2 ci-dessous. L'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

9.2 Effet de la résiliation

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 l'Assureur,
- 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.

9.3 - Notification de la demande de résiliation

L'Assuré notifie au Prêteur 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),

- Soit par déclaration faite au siège social du Prêteur,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par voie électronique directement sur son Espace Client Bancaire, rubrique « Mes crédits ».

9.4 - A qui adresser la demande de résiliation?

Pour une résiliation/substitution, par voie électronique : l'Assuré doit remplir le formulaire de résiliation disponible sur son Espace Client Bancaire, rubrique « Mes crédits ».

Pour une résiliation/substitution, hors voie électronique : l'Assuré doit notifier sa demande de résiliation au Prêteur.

10. LA FACULTÉ DE RENONCIATION

Si le contrat est vendu par démarchage

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L 112-9, alinéa 1er du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

L'Assuré ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

Si le contrat est vendu à distance

Conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, un délai de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque le contrat est conclu exclusivement au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou Internet). Ce délai de 14 jours calendaires commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

10.1- Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser à :

Boursorama - Formalisation des Crédits - 44 rue Traversière - CS 80134 - 92772 Boulogne Billancourt Cedex - une lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme,) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance N°7904R conclue le..... à.....».

10.2- Effet de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Les effets sur l'adhésion varient en fonction du mode de commercialisation du contrat:

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre recommandée de renonciation.
- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique de renonciation.

L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime annuelle 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.

11. PRESTATIONS GARANTIES EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

11.1- Définition

L'assuré est en état de Perte d'emploi lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies:

1. l'Assuré exerçait à la date du sinistre une activité professionnelle rémunérée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 365 jours continus ;
2. la situation de Perte d'emploi de l'Assuré est consécutive à son licenciement ;
3. l'Assuré est en chômage total et perçoit l'allocation d'assurance chômage de base prévue aux articles L. 5422-1 et suivants du code du travail, au-delà du délai de franchise défini ci-dessous.

Nota : L'Assuré caution d'une personne physique ou morale doit participer au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre (1er jour de versement des prestations de Pôle emploi ou équivalentes) pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

Délai de franchise: Le délai de franchise est constitué par les 120 premiers jours continus qui suivent le premier jour de versement de prestations de Pôle emploi ou équivalentes.

La prise en charge de l'Assureur s'effectue à partir du 121e jour de prise en charge par Pôle emploi, au prorata du nombre de jours de chômage garanti.

11.2- Montant des prestations

En cas de Perte d'emploi telle que définie ci-dessus l'Assureur verse au Prêteur une indemnisation égale à 80 % du montant de l'échéance de remboursement, prime d'assurance du contrat 5027P comprise.

Modifications des échéances en cours de contrat

1. Assuré non sinistré

Lorsqu'un Assuré décide de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, le surplus de garantie ne sera pris en compte par l'Assureur qu'au terme d'un délai d'attente de 360 jours à compter de cette modification, et ce pour autant qu'aucun sinistre ne soit survenu pendant ledit délai.

- En cas de sinistre survenant pendant le délai d'attente, l'indemnisation portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation.
- En cas de sinistre survenant après le délai d'attente, l'indemnisation portera sur le montant de la nouvelle échéance.

2. Assuré sinistré

Lorsqu'un Assuré décide, en cours de sinistre, de modifier le montant de ses échéances de prêt, l'Assureur indemnise sur les bases suivantes :

- modification à la hausse : la prise en charge portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation, et ce pendant toute la durée du sinistre ;
- modification à la baisse : la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

3. Suspension des échéances

- En cas de suspension totale: l'Assureur suspend ses garanties et, le cas échéant, les prestations pendant la période de suspension.
- En cas de suspension partielle: l'Assureur verse ses prestations sur les bases d'indemnisation précédant la suspension.

11.3- Durée de la prestation

11.3.1- Prestation garantie pour une même période de Perte d'emploi continue

L'Assureur garantit le versement des prestations pendant 365 jours décomptés à partir de la fin du délai de franchise. Une période indemnisée au titre de l'Incapacité Totale de Travail n'a qu'un effet suspensif sur le paiement des prestations Perte d'emploi. En cas de poursuite du chômage après la période d'incapacité de travail indemnisée, le service des prestations peut reprendre au titre de la garantie Perte d'emploi, sans application d'un nouveau délai de franchise.

Si l'Assuré n'a pu bénéficier en totalité du service des prestations Perte d'emploi du fait de l'indemnisation au même moment d'un ou plusieurs coemprunteurs ou cautions au titre des garanties Perte d'emploi ou Incapacité Totale de Travail, les prestations Perte d'emploi le concernant reprendront normalement au terme de cette période, sans application d'un nouveau délai de franchise et sans pouvoir dépasser au total 365 jours d'indemnisation pour une période de Perte d'emploi.

Si plusieurs Assurés sont indemnisés simultanément au titre de garanties différentes, le cumul des prestations à la charge de l'Assureur ne pourra excéder 100 % de l'échéance.

11.3.2- Prestations garanties au titre de plusieurs périodes de Perte d'emploi

Un Assuré qui a fait l'objet d'une première indemnisation peut, s'il remplit les conditions ci-après, bénéficier de nouvelles périodes de prise en charge.

Le versement des prestations pourra en effet couvrir 3 périodes, après application renouvelée du délai de franchise à chaque sinistre, et dans la limite de 1095 jours pour toute la durée de l'adhésion.

La notification du nouveau licenciement doit intervenir à l'issue d'une période d'activité salariée d'au moins 360 jours consécutifs, sous contrat de travail à durée indéterminée auprès d'un même employeur.

Ces durées s'entendent pour toute la durée de l'adhésion.

11.3.3 Les prestations cessent:

- aux dates de cessation de la garantie visées à l'article 8,
- pendant une période de prise en charge au titre de l'Incapacité Totale de Travail,
- au jour d'une reprise d'activité rémunérée, totale ou partielle,
- au jour où les allocations de base, de fin de droits ou de formation liées au licenciement cessent d'être versées à l'Assuré,
- au 365ème jour de prise en charge.

12. RISQUES EXCLUS

La garantie Perte d'emploi ne joue pas lorsque l'Assuré:

- est mis en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),
- se trouve en chômage après démission (y compris celle donnant droit à une prise en charge par Pôle emploi),
- se trouve en chômage au terme d'une période d'essai ou de stage (quel qu'en soit le régime juridique),
- se trouve en chômage après une rupture de contrat de travail résultant d'un accord entre employeur et salarié,
- se trouve en chômage partiel ou saisonnier,
- se trouve en chômage non indemnisé,
- se trouve en chômage suite à son licenciement à l'initiative de son conjoint, d'un ascendant, d'un descendant, d'un collatéral ou d'un coemprunteur, ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, un ascendant, un descendant, un collatéral ou un coemprunteur,
- se trouve en chômage à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée sauf si ce contrat à durée déterminée est inférieur à 3 mois et interrompt le décompte du délai de franchise ou une période de prise en charge par l'Assureur. Dans ce cas, au terme de ce contrat de travail à durée déterminée, le décompte du délai de franchise ou les prestations reprendront dans les conditions fixées à l'article 11.3.

13. JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Pour le règlement des sinistres

Il appartient à chaque Assuré de fournir à l'Assureur les justificatifs demandés par l'intermédiaire du Prêteur.

À partir du 121ème jour de chômage continu indemnisé (prestations Pôle emploi ou équivalentes), l'Assuré transmet au Prêteur les documents suivants:

- copie de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité (CNI, passeport, carte de séjour),
- copie de la lettre de licenciement,
- attestation de l'employeur certifiant que l'Assuré était employé, avant son licenciement, sous contrat de travail à durée indéterminée dont la période d'essai contractuelle a été achevée de manière satisfaisante et précisant la date d'embauche (à défaut : copie du contrat de travail),
- copie de l'avis d'admission à l'allocation d'assurance chômage servie par Pôle emploi, ou indemnités équivalentes (article L.5421-1 et suivants du code du travail),
- puis, tant que dure l'indemnisation du chômage, copie du récépissé mensuel attestant du versement d'allocations à ce titre,
- au-delà de la durée légale maximum d'indemnisation par Pôle emploi attestation d'inscription à Pôle emploi,
- en outre, pour l'assuré caution d'une personne physique ou morale : une copie des documents justifiant la participation de l'assuré au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre.

Le dossier constitué par l'Assuré doit parvenir au Prêteur dans les 90 jours qui suivent la fin du délai de franchise. Passé ce délai, l'indemnisation éventuelle portera sur les sommes dues à compter de la réception du dossier par l'Assureur. Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs qui ne sauraient à eux seuls justifier la réalisation du risque et n'engagent donc pas l'Assureur qui se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires lui permettant d'apprécier le droit à prestation.

14. PRIME

L'assurance est subordonnée au paiement par l'Assuré d'une prime dont le montant est indiqué dans l'offre de prêt et exigible en même temps que les échéances de remboursement.

La prime d'assurance continue d'être due par l'Assuré pris en charge au titre de la garantie Perte d'emploi.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur en cas de remboursement anticipé total ou partiel du prêt. En cas de remboursement anticipé partiel, l'assiette de prime est minorée du montant du remboursement anticipé à compter de l'échéance suivant l'émission du nouveau tableau d'amortissement. La nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti moins le montant du remboursement anticipé partiel.

Les primes sont payables d'avance mensuellement au Prêteur en même temps que l'échéance de prêt notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

Lorsqu'un assuré ne règle pas des primes, ou si l'Assuré qui a exercé le droit de remboursement de son prélèvement, n'a pas régularisé le paiement de sa prime ou fraction de prime, il peut être exclu du Contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

15. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

- **pour toute réclamation relative à la décision d'admission de l'Assuré**, s'adresser, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, à CNP Assurances - Service Souscriptions – Réclamation/Réexamen TSA 57161 – 75716 Paris.

- **pour toutes les autres réclamations** notamment celles relatives à un sinistre, s'adresser à CNP Assurances - Service Réclamations - TSA 81566 - 75716 Paris Cedex 15.

La réclamation peut émaner de l'Assuré mais également le cas échéant, de ses ayants droit, du bénéficiaire, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, ou en l'absence de réponse au bout de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, ces

personnes pourront s'adresser au Médiateur 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 ».

La saisine du Médiateur suspend le délai de prescription défini à l'article 18 à compter de la notification de la recevabilité de la saisine.

16. AUTORITE CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de l'Assureur.

17. OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

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).

18. DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court:

En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu 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 d'un envoi recommandé électronique, 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