

Assurance Emprunteur

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : CNP Assurances – société anonyme régie par le code des assurances et immatriculée en France
- SIREN n°341 737 062

Produit : Assurance Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Totale et Invalidité Aéras, Garantie Aide à la Famille – N°5027P

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

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

Assurance souscrite à l'occasion de la mise en place d'un prêt immobilier, qui garantit la prise en charge de tout ou partie du prêt en cas de survenance de certains événements (en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Totale (Inv) et d'invalidité AERAS (IA) ou Garantie Aide à la Famille de l'assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

L'assureur prend en charge les sommes dues au prêteur (échéances ou capital restant dû selon les garanties), hors les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard. Plafond de garantie de 2 000 000 euros par personne assurée, quel que soit le nombre de prêts couverts, en prenant en compte la quotité assurée.

Garanties systématiquement prévues

✓ **Garantie provisoire Décès consécutif à un « Accident »** : le Décès consécutif à un Accident est garanti dès la signature de la demande d'adhésion jusqu'à la date de prise d'effet des autres garanties.

✓ **Décès** : garantie par laquelle l'assureur s'engage, en cas de décès de l'assuré consécutif à une maladie ou un accident, à verser la prestation prévue à l'établissement prêteur.

« **Accident** » : 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.

✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : **invalidité**, consécutive à un accident ou une maladie, médicalement constaté qui place l'assuré dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée pouvant lui procurer gain ou profit et dans l'obligation de recourir à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller, se laver, manger, se déplacer).

Garanties proposées sous condition

Au regard de la décision de l'assureur, et si l'assuré est résidant en France (métropole et Drom) et qu'il exerce une activité professionnelle rémunérée au moment de l'adhésion, il peut bénéficier de l'une ou de plusieurs des garanties suivantes :

✓ **Invalidité AERAS (IA)** : conformément à la convention AERAS si la garantie ITT est refusée pour raisons médicales, ou si elle est accordée avec exclusion de certaines pathologies, l'assureur doit étudier la couverture par la garantie Invalidité AERAS qui sera alors indiquée dans les conditions particulières.

✓ **Incapacité Temporaire Totale (ITT)** : état médicalement constaté qui place l'assuré par suite d'un accident ou d'une maladie :

- Pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre : dans l'impossibilité absolue d'exercer son activité professionnelle, même partiellement.

- Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre : dans l'obligation d'observer un repos complet et continu à son domicile, en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles non-professionnelles.

- En cas de Temps Partiel Thérapeutique prescrit médicament, l'assureur peut poursuivre, sous certaines conditions, l'indemnisation pendant une durée max de 6 mois.

✓ **Invalidité Totale (Inv)** : à l'issue d'un état d'ITT, état médicalement constaté qui place l'assuré par suite d'un accident ou d'une maladie :

- Pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre : dans l'impossibilité absolue d'exercer une quelconque activité professionnelle, même partiellement.

- Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre : dans l'obligation d'observer un repos complet et continu à son domicile, en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles non-professionnelles.

✓ **Garantie Aide à la Famille** : L'assuré peut bénéficier de la cette garantie : avant le 20ème anniversaire de son enfant et à charge du foyer fiscal, qu'il est atteint d'une maladie, d'un handicap ou est victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants L'Assuré bénéficie de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), et doit cesser partiellement ou totalement son activité professionnelle ou sa Recherche d'emploi pour s'occuper de son enfant, Le(s) crédit(s) immobilier(s) finance(nt) la résidence principale, sa résidence secondaire ou sa résidence locative.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres intervenus en dehors de la période et aux limites d'âge prévues validité du contrat.
- ✗ En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion ne pourra être pris en charge.
- ✗ Les sommes dues au prêteur en dehors de l'exécution normale du prêt (les retards de paiement d'échéances, les intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).
- ✗ Les sinistres intervenus postérieurement pour chaque garantie.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions communes à toutes les garanties

- ! le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance,
- ! les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances,
- ! 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(s).

Exclusions spécifiques aux garanties IA, ITT et INV

- ! 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, sciatalgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale sauf si l'une de ces affections a nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité ou une hospitalisation de plus de 5 jours continus (hors hospitalisation de jour).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Restrictions spécifiques aux garanties PTIA, IPT, ITT, INV, IA

- ! La caution doit avoir été actionnée depuis au moins 6 mois avant le sinistre.

Restrictions spécifiques à la garantie IA

- ! Seuls les Assurés en activité professionnelle peuvent être garantis

Restrictions spécifiques aux garanties ITT et INV

- ! La garantie est réservée aux assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée lors de l'adhésion.
- ! Les prêts relais ne sont pas assurables au titre de la garantie ITT.
- ! Pas de prise en charge durant le délai de franchise 90 jours.



Où suis-je couvert ?

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

Les garanties PTIA, ITT, INV IA et GAF 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.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat

- Remplir dater et signer de manière sincère et exacte tous les documents d'adhésion administratifs et/ou médicaux
- Régler la première prime d'assurance

En cours de contrat

- Régler la prime prévue au contrat
- Informer l'assureur en cas de modification du ou des prêts assurés

En cas de sinistre

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour l'ensemble des prêts, la prime d'assurance est due à compter

- de la date de prise d'effet des garanties.
- 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 est payable d'avance mensuellement par l'Assuré, en même temps que l'échéance de prêt, sur un compte bancaire de l'Assuré ouvert auprès d'un établissement de crédit domicilié dans l'Union Européenne.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- 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 que l'acceptation est sans réserve.
- 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 mesure de sanctions économiques et financières gel des avoirs

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

- à la date de conclusion de l'adhésion
- à la date de signature de l'offre de prêt
- 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.

Les garanties prennent fin notamment dans les cas suivants :

- au jour de la réception par le Prêteur de la lettre de renonciation conformément à l'article 14 de la notice d'information
- 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 24.3 de la notice d'information,
- pour l'Assuré Caution, à la date à laquelle il résilie son engagement de caution, avec l'accord du Prêteur,
- à la date du remboursement total anticipé du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme, à la date du prononcé de la déchéance du terme,
- à la date du 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 dans les conditions fixées à l'article 16 de la notice d'information,
- en cas de résiliation annuelle dans les conditions fixées à l'article 16 de la notice d'information.

En tout état de cause, les garanties cessent :

- 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 PTA, IA, ITT INV au 65^{ème} anniversaire et GAF: au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

L'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut mettre fin à son adhésion au contrat en adressant au Prêteur une demande de résiliation :

- Pour les crédit immobiliers (hors prêts souscrits par une SCI) : à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.
- Pour les autres prêts : à chaque échéance annuelle de l'adhésion (date anniversaire de signature de l'offre de prêt), au moins deux mois avant la date d'échéance.

NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE

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.

INFORMATIONS SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE (VAD)

Ce que l'Assuré doit savoir avant de s'engager :

1 - Le contrat n° 5027P est assuré par :

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

Boursorama est souscripteur et distributeur du contrat.

L'Autorité chargée du contrôle des Organismes Assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

2 - Le calcul et les modalités de paiement des primes figurent à l'article 24 - Prime - de cette notice. La prime d'assurance est exigible dès la conclusion de l'adhésion.

3 - La durée de l'adhésion figure à l'article 13 - Durée de l'adhésion de cette notice. Les garanties de l'adhésion figurent à l'article 18 - Garanties : définitions et prise en charge de cette notice. Les exclusions au contrat figurent à l'article 17 - Risques Exclus de cette notice.

4 - L'offre contractuelle d'assurance définie dans cette notice d'information est valable jusqu'à la date de validité de l'offre de prêt. Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties figurent à l'article 11 - Date de conclusion de l'adhésion et à l'article 12 - Date de prise d'effet des garanties de cette notice.

L'adhésion au contrat n° 5027P s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 7 - Formalités d'adhésion de cette notice.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge du (des) Candidat(s) à l'assurance. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet sera entièrement supporté par le (les) candidat(s) à l'assurance.

5 - Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 14 - Droit à renonciation de cette notice.

En contrepartie de la prise d'effet immédiate de certaines garanties à la date de conclusion de l'adhésion, il est demandé le paiement d'une première prime calculée au prorata temporis à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

6 - Le droit français régit les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.

7 - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 26 - Réclamation-Médiation de cette notice. Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25 juin 99 - 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 90).

SOMMAIRE

1.	Objet du contrat ?.....	3
2.	Personnes assurables et risques assurables.....	3
3.	Prêts assurables.....	4
4.	Quotité assurée.....	4
5.	Encours maximal assuré.....	4
6.	Absence de couverture des événements non aléatoires.....	4
7.	Formalités d'adhésion.....	4
7.1	Quelles formalités ?.....	4
7.2	Comment remplir ces formalités ?.....	5
8.	Décision de l'Assureur.....	5
9.	Notification de décision de l'assureur.....	6
10.	Notification de la décision du Candidat à l'assurance.....	6
11.	Date de conclusion de l'adhésion.....	6
12.	Date de prise d'effet des garanties.....	6
13.	Durée de l'adhésion.....	7
14.	Droit à renonciation.....	7
15.	Cessation de l'adhésion et des garanties.....	7
16.	Faculté de résiliation de l'adhésion.....	7
17.	Risques exclus.....	8
18.	Garanties : définitions et prise en charge.....	8
18.1	Garantie Décès.....	9
18.2	Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).....	9
18.3	Garantie Invalidité AERAS (IA).....	9
18.4	Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT).....	10
18.5	Invalidité Totale (INV).....	12
19.	Bénéficiaire de l'assurance.....	12
20.	Territorialité en cas de sinistre.....	12
21.	Formalités en cas de sinistre.....	13
22.	Contrôle médical.....	15
23.	Procédure de tierce expertise.....	15
24.	Primes.....	16
24.1	Taux de prime.....	16
24.2	Le paiement de la prime.....	16
24.3	Non paiement des primes.....	16
25.	Prescription.....	16
26.	Réclamation – Médiation.....	18
27.	Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance.....	18
28.	Loi applicable – Langue utilisée.....	18
29.	Opposition au démarchage téléphonique.....	18



Quelles sont les définitions du contrat ?

Pour l'exécution du présent contrat, les définitions suivantes s'appliquent :

Accident : 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.

Activité professionnelle : toute personne physique exerçant une activité professionnelle rémunérée ou étant en Recherche d'emploi tel que défini ci-après.

Activités habituelles non professionnelles : pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle, il s'agit des activités domestiques et la gestion des affaires familiales et personnelles réalisées de manière autonome et habituelle.

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

Assureur : CNP Assurances.

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

Caution : personne physique 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 contracte 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 de 90 jours calendaires durant laquelle l'Assureur ne verse pas de prestation.

Emprunteur : toute personne ayant contracté un prêt auprès de Boursorama.

Espace Emprunteur : espace personnel sécurisé en ligne mis à la disposition du Candidat à l'assurance par l'Assureur. Cet espace permet notamment la signature, la mise à disposition et la conservation des documents d'adhésion.

IA : Invalidité AERAS

INV : Invalidité Totale

ITT : Incapacité Temporaire Totale

GAF : Garantie Aide à la Famille

Non-résident : personne qui habite dans un pays de l'Espace Economique Européen et ressortissants de l'un des pays suivants :

- Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Islande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, République tchèque.
- ou Nouvelle Calédonie, Polynésie Française ; Saint Pierre et Miquelon ; Andorre.

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Prêteur : Boursorama qui a consenti le prêt.

Résident : personne résidant en France (métropole et DROM).

Sinistre : événement qui est de nature à entraîner la mise en jeu des garanties

Quelles sont les conditions et les modalités d'adhésion ?

1. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir les Assurés, en tout ou partie, contre les risques définis à l'articles 18 de la présente notice.

2. Personnes assurables et risques assurables

L'Assuré peut demander à adhérer au contrat s'il répond aux conditions qui suivent :

- L'Assuré est âgé de plus de dix-huit (18) ans et de moins de soixante-cinq (65) ans à la date de signature du bulletin d'adhésion.
- L'Assuré est emprunteur ou co-emprunteur ou caution personne physique de l'emprunteur.

Selon le statut de Résident ou Non-résident et sa situation professionnelle, l'Assuré est assurable pour les garanties suivantes :

Statut	
Résident	Non résident* ou les personnes physiques n'exerçant aucune activité professionnelle rémunérée lors de l'adhésion
<ul style="list-style-type: none">• Décès,• Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),• Incapacité Temporaire Totale (ITT),• Invalidité Totale (Inv),• Invalidité AERAS (IA)	<ul style="list-style-type: none">• Décès• Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

*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, République tchèque, Nouvelle Calédonie, Polynésie Française ; Saint Pierre et Miquelon ; Andorre

Nota : la qualité de résident ou de non-résident s'apprécie selon la situation de l'Emprunteur au jour de la demande d'adhésion.

L'assuré peut renoncer à bénéficier aux garanties ITT et INV si le prêt immobilier finance un investissement locatif.

La renonciation à ces garanties se formalise dans la demande d'adhésion et est définitive pour toute la durée du prêt.

3. Prêts assurables

Pour être couvert par ce contrat, le prêt souscrit par l'Assuré doit répondre aux conditions ci-dessous.

Il s'agit d'un prêt immobilier, qui peut être :

- amortissable en capital et intérêts
- amortissable comportant une période de différé total en capital
- non amortissable comportant une période de différé en capital et intérêts (prêt relais).

Attention, pour les prêt relais, les garanties ITT, INV et IA ne sont pas assurables.

Le prêt doit être :

- accordé par le Prêteur,
- conclu en France (métropole, DROM),
- rédigé en français et en euros,
- destiné à financer l'acquisition et les travaux de la résidence principale, de la résidence secondaire ou d'un investissement locatif, en France, ainsi que l'acquisition de parts de SCPI

4. Quotité assurée

La quotité assurée correspond à la part garantie du capital emprunté, exprimée en pourcentage. Elle s'effectue par tranche de 10% à 100% du capital emprunté. Elle s'applique à l'ensemble des risques couverts.

Le montant du capital assuré dépend de la quotité indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le capital assuré ne peut être supérieur au montant du prêt accordé par Boursorama.

- un seul Emprunteur souscrit l'assurance :
 - La quotité assurée est automatiquement de 100%.
- en cas de Co-emprunteurs, au titre d'un même financement, chaque Candidat à l'assurance peut s'assurer :
 - Au maximum à 100% du montant du prêt
 - Au minimum à 10% du montant du prêt.

Le total des quotités assurées ne peut pas être inférieur à 100% du montant total du prêt. Les modulations de quotité garanties se déterminent en accord avec le Prêteur.

5. Encours maximal assuré

L'encours maximal assuré des prêts garantis est fixé à 2 000 000 euros. Il tient compte de tous les prêts consentis par le Prêteur au prorata de la quotité assurée.

L'encours assuré correspond :

- à la somme des capitaux restant dus des prêts déjà assurés par un contrat d'assurance conclu auprès du Prêteur au moment de l'adhésion
- et du montant assuré du prêt qui fait l'objet de votre demande d'adhésion.

L'Assureur ne peut pas rembourser plus que le montant des capitaux restant dus au Prêteur des prêts garantis par le contrat

6. Absence de couverture des événements non aléatoires

En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion du Candidat à l'assurance ne pourra être pris en charge. Un sinistre en cours s'entend :

- pour une personne qui exerce une activité professionnelle, de tout arrêt de travail, qu'il soit indemnisé ou non, ou du bénéfice d'une rente d'invalidité, que cet arrêt ou cette invalidité soit consécutif(ve) à une maladie ou à un accident, dès lors que le sinistre est en cours au moment de l'adhésion ;
- pour une personne qui exerce des activités non professionnelles, de toute impossibilité d'exercer ses Activités habituelles non professionnelles ou du bénéfice d'une rente d'invalidité, dès lors que le sinistre est en cours au moment de l'adhésion.

Une Incapacité Temporaire Totale ne sera pas considérée comme un nouveau sinistre :

- si cette Incapacité Temporaire Totale de Travail survient dans les 90 jours suivant la reprise de l'activité professionnelle ou des Activités habituelles non professionnelles ou de la suppression de la rente d'invalidité,
- et si cette Incapacité Temporaire Totale est due à la même affection que celle ayant entraîné l'arrêt de travail, l'arrêt des Activités habituelles non professionnelles ou la rente d'invalidité, dès lors que l'une de ces trois dernières situations était en cours au moment de l'adhésion.

En conséquence, ce sinistre ne pourra pas être pris en charge par l'assureur.

7. Formalités d'adhésion

7.1 Quelles formalités ?

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent :

- Au moment de la demande de prêt,

ou

- En cours de vie du prêt à la demande d'un nouveau coemprunteur, d'une nouvelle caution ou en cas de substitution.

▪ **Pour les prêts Immobiliers et les prêts travaux liés à l'acquisition (1° de l'article L.313-1 du code de la consommation) et lorsque la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de prêt est inférieure ou égale à 200 000 euros, et que la dernière échéance de remboursement du prêt contracté est antérieure au 60ème anniversaire de l'Assuré, le Candidat à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale.** Dans ce cas, il doit seulement renseigner intégralement et signer un bulletin d'adhésion à l'assurance.



L'encours maximal

Exemple :

L'Assuré a plusieurs prêts consentis par le Prêteur :

Prêts N° 1 :

- Montant restant dû à la date d'adhésion pour le nouveau prêt = 100 000 euros.
- Quotité assurée = 100%.

Prêt N° 2 (nouveau prêt) :

- Montant initial du prêt = 120 000 €,
- Quotité = 50%.

Montant assuré = 60 000 €

L'encours total assuré est de 160 000 €

$(100\,000 \times 100\%) + (120\,000 \times 50\%) = 160\,000\text{€}$

Pour les prêts ne remplissant pas les conditions ci-dessus :

- le Candidat à l'assurance doit compléter intégralement et signer un bulletin d'adhésion et un questionnaire de santé.

7.2 Comment remplir et signer ces formalités ?

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

- soit par voie électronique par l'intermédiaire de la procédure de télédéclaration sécurisée proposée par l'Assureur sur son Espace Emprunteur,
- soit sur formulaire papier.

➤ En cas de signature électronique :

L'Assureur reçoit automatiquement les documents à la fin de la procédure.

Le Candidat à l'assurance conserve la possibilité d'envoyer tout document médical sous enveloppe fermée portant la mention « Confidentiel – secret médical ». Il doit l'adresser à :*

CNP Assurances - A l'attention du Médecin conseil – Service Médical d'assurances- Contrat 5027P - 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux.

Le Candidat à l'assurance peut prendre connaissance du statut de sa demande d'adhésion dans son Espace Emprunteur. Il pourra consulter en ligne les éventuelles demandes d'informations complémentaires. Il peut également déposer les documents demandés le cas échéant, de manière sécurisée sur cet Espace Emprunteur.

➤ En cas de signature manuscrite :

Le Candidat à l'assurance peut choisir de signer le bulletin d'adhésion et le questionnaire de santé éventuel sur formulaire papier. Il doit adresser ces documents sous enveloppe fermée portant la mention « Confidentiel - secret médical », à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur à l'adresse suivante :

- Service Médical d'assurances- Contrat 5027P- 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux. Cette procédure s'applique également pour l'envoi de tout document médical à son initiative.

Le questionnaire de santé dûment complété et signé par le Candidat à l'assurance est valable **trois mois** à compter de la date de sa signature. **Attention si ce questionnaire de santé parvient à l'Assureur après ce délai, l'Assuré doit remplir et signer de nouvelles formalités d'adhésion.**

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

Si l'état de santé de l'Assuré change avant la date d'adhésion et que cela affecte ses réponses sur le questionnaire de santé, il doit renouveler ses formalités d'adhésion.

En complément du questionnaire de santé, l'Assureur peut demander des examens médicaux de laboratoire et éventuellement une visite médicale. Cette visite se déroule auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais. Le Candidat à l'assurance peut se faire assister du médecin de son choix, à ses frais.

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, les cas suivants ne nécessitent pas de nouvelles formalités :

- En cas de 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,
- En cas d'allongement des prêts « prêts relais » lorsque cet allongement n'excède pas un an par rapport à la durée initiale.
- En cas d'allongement des prêts à durée révisable si l'allongement n'excède pas 5 ans par rapport aux conditions initiales.

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

8. Décision 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 d'adhésion dès sa signature.
- **Si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé,** après l'examen du dossier médical, l'Assureur peut :
 - Accepter le Candidat à l'assurance :
 - Sans réserve : la décision est valable pour l'ensemble des risques couverts
 - Avec réserve : la décision restreint certains risques ou certaines garanties.

Si des réserves sont prononcées sur la garantie ITT par l'Assureur, l'Assuré peut également recevoir une proposition pour la garantie Invalidité AERAS.

- Refuser le Candidat à l'assurance :
- Cette décision déclenche automatiquement une étude du dossier dans un contrat de 2ème niveau. Cette étude se réalise dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »). Si à l'issue de cette étude, le Département Gestion Emprunteurs ne peut toujours pas établir une proposition d'assurance, un 3ème niveau national examine le dossier, sous condition d'âge et de montant emprunté.
- Ajourner sa décision :

Le Candidat à l'assurance n'est pas assuré mais à la fin du délai d'ajournement il pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion.

9. Notification de décision de l'assureur

Si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé,

		Questionnaire complété par télédéclaration sécurisée via l'Espace Emprunteur	Questionnaire de santé complété par formulaire papier
Moyens de notification de la décision de l'Assureur	En cas de décision d'assurance sans réserve	Notification mise à disposition dans l'Espace Emprunteur	Notification par l'intermédiaire du Prêteur
	En cas de proposition d'assurance avec réserves	Mise à disposition dans l'Espace Emprunteur : - des conditions particulières. - du courrier du Médecin Conseil de l'Assureur en cas de réserve(s) partielle(s)	Communication par voie postale des conditions particulières et du courrier du Médecin Conseil de l'Assureur en cas de réserve(s) partielle(s)
	En cas d'ajournement ou de refus	Mise à disposition au sein de l'Espace Emprunteur du courrier d'ajournement ou de refus	Communication par voie postale de la décision 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.

10. Notification de la décision du Candidat à l'assurance

L'acceptation de l'Assuré s'effectue selon les modalités suivantes :

		Questionnaire complété par télédéclaration sécurisée via l'Espace Emprunteur	Questionnaire de santé complété par formulaire papier
Moyens de notification de la décision du Candidat à l'assurance	En cas de décision d'assurance sans réserve	L'adhésion est conclue Aucune action requise	
	En cas d'acceptation de la proposition avec réserve(s) de l'Assureur	Par signature électronique des conditions particulières dans l'Espace Emprunteur	Par signature manuscrite des conditions particulières et retour d'un exemplaire signé selon les dispositions précisées sur la proposition d'assurance.
	En cas de refus ou d'absence de réponse du Candidat à l'assurance à la proposition d'assurance, dans le délai indiqué sur celle-ci	La demande d'adhésion n'est pas prise en compte et le Candidat à l'assurance n'est pas assuré	

La proposition d'assurance est valable 6 mois à compter de la notification de la décision de l'assureur.

Si au terme de ce délai, le Candidat à l'assurance n'a pas signé l'offre de prêt, les formalités d'adhésion sont à renouveler.

La vie du contrat

11. 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 que l'acceptation est sans réserve.
- 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 mesure de sanctions économiques et financières gel des avoirs

12. 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 :

- à la date de conclusion de l'adhésion
- à la date de signature de l'offre de prêt
- 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.

Dans le cadre de la vente à distance et si le délai de renonciation n'a pas encore expiré, l'Assuré donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la plus tardive des deux dates mentionnées ci-dessus.

13. Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans le bulletin d'adhésion sous réserve des cas de cessation de l'adhésion décrits à l'article 15 de cette notice.

14. Droit à renonciation

L'Assuré peut renoncer à son adhésion à ce contrat en cas de vente à distance et de démarchage

▪ 14.1 Délai pour exercer la faculté de renonciation.

• Si le contrat est vendu à distance

On entend par vente à distance le contrat conclu exclusivement au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation telles que la vente par correspondance ou par Internet.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du code des assurances, l'Assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus en cas de vente à distance pour renoncer à son adhésion.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 11 de la notice.

• 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 ou envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ». La date de conclusion de l'adhésion est définie à l'article 11 de la notice.

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

▪ 14.2 Modalités de renonciation.

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser une lettre recommandée ou un envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception à Boursorama - Gestion des Crédits - 44 rue traversière - CS 80134 - 92772 Boulogne Billancourt Cedex. Elle devra être rédigée selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n°5027P. que j'ai signé le..... à..... (lieu d'adhésion). Le..... (date et signature).

▪ 14.3 Effets de la renonciation.

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité des primes que l'Assuré a versées, dans un délai de trente (30) jours calendaires. Ce délai démarre à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception.

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 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 de renonciation. Cependant, si l'Assuré doit demander la prise en charge d'un sinistre dont il n'a pas connaissance lors de sa demande de renonciation et né durant la période de garantie, il reste tenu au paiement intégral de la prime.

15. Cessation de l'adhésion et des garanties

Dans tous les cas, l'adhésion au contrat d'assurance et les garanties cessent :

- au jour de la réception par le Prêteur de la lettre de renonciation conformément à l'article 14 de cette notice,
- 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 24.3 de cette notice,

• pour l'Assuré Caution, à la date à laquelle il résilie son engagement de caution, avec l'accord du Prêteur,

- à la date du remboursement total anticipé du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme, à la date du prononcé de la déchéance du terme,
- à la date du transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur,
- au plus tard, au 80^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- en cas de réception par le Prêteur de la lettre de résiliation/ substitution de l'Assuré et dans les conditions fixées à l'article 16 de cette notice,
- en cas de résiliation annuelle dans les conditions fixées à l'article 16 de cette notice.

En tout état de cause, les garanties cessent :

- 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, IA, ITT et INV : au 66^{ème} anniversaire de l'Assuré.

16. Faculté de résiliation de l'adhésion

• Pour les prêts immobiliers mentionnés au 1^{er} 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 ci-dessous.

L'Assuré devra transmettre au Prêteur :

- le contrat de substitution qu'il souhaite souscrire via son Espace Client Bancaire, rubrique « Mes crédits » -
 - puis sélectionnez son crédit immobilier, onglet « Mon Assurance »,
 - 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 prêts autres que celles mentionnées au 1 de l'article L.313-1 du code de la consommation**, conformément à l'article L.113-12 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation 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.

▪ **Modalités 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 ».

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.

▪ **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 siège social du prêteur.

▪ **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.

Quelles sont les exclusions contractuelles ?

17. 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 effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atome(s).

Pour les garanties IA, ITT et INV :

- 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, sciatalgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale sauf si l'une de ces affections a nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité ou une hospitalisation de plus de 5 jours continus (hors hospitalisation de jour).

Quelles sont les garanties du contrat ?

18. Garanties : définitions et prise en charge

Lorsque l'Assuré intervient en qualité de caution personne physique :

- , il doit participer au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois consécutifs à la date du sinistre Les prestations de l'assureur sont :
- calculées au prorata de la quotité choisie.

- limitées quel que soit le nombre d'assuré, aux sommes dues au prêteur selon le tableau d'amortissement.

L'Assureur déduit des capitaux restant dus les prestations ITT, INV et GAF versées après la date du décès.

18.1 Garantie Décès

a. Définition

Le décès de l'Assuré en cours d'adhésion et avant son 80ème anniversaire ouvre droit au versement de la prestation Décès par l'Assureur.

L'Assuré est couvert en cas de décès d'origine accidentelle dès la signature du bulletin d'adhésion.

Les cas d'exclusions et de cessation prévus aux articles 15 et 17 conditionnent cette garantie.

b. Montant de la prise en charge

L'Assureur verse les prestations au Prêteur,

Pour les prêts amortissables ou comportant un différé :

- 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 est due),
- les intérêts courus depuis cette dernière échéance jusqu'au jour du décès.

Pour les prêts non amortissables en capital ou avec différé d'amortissement du capital : le montant initial du prêt, les intérêts courus depuis la dernière échéance d'intérêts jusqu'au jour du décès.

Nota :

L'Assuré pris en charge au titre des garanties ITT, INV et GAF, peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la garantie Décès.

L'Assureur déduit des capitaux restant dus les prestations ITT, INV et GAF versées après la date du décès.

18.2 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

a. Définition

L'Assuré est en état de PTIA s'il remplit cumulativement toutes les conditions ci-dessous

1/ L'invalidité dont il est atteint, le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit ;

2/ L'invalidité le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, s'habiller, se laver) ;

3/ La date de reconnaissance de son état de PTIA par l'Assureur se situe avant son **66^{ème} anniversaire**.

b. Montant de la prise en charge

La prise en charge versée au Prêteur est identique à celle prévue pour la garantie Décès. Elle est calculée à la date de reconnaissance de la PTIA.

Si la PTIA se produit pendant la prise en charge d'un sinistre ITT, IA ? INV ou GAF, les échéances indemnisées seront déduites du capital versé au Prêteur.

18.3 Garantie Invalidité AERAS (IA)

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

Seuls les Assurés

- en activité professionnelle,
- les Cautions et les souscripteurs de prêts relais

bénéficient du risque Invalidité AERAS au titre du présent contrat.

Si la garantie Incapacité Totale est refusée pour raisons médicales, ou accordée avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer, dans les conditions particulières adressées à l'Assuré, une garantie Invalidité AERAS (IA).

a. 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 :

1. Son invalidité est consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle ;
2. Son état d'invalidité est définitif et consolidé. La consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable. De telle sorte, qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation. Il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. Son taux d'incapacité fonctionnelle est :

- supérieur ou égal à 70% (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité 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 soumettre l'Assuré à un contrôle médical tel que prévu à l'article 25 « LE CONTROLE MEDICAL » pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.

4. L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :



Décès

Exemple :

L'Assuré décède le 16 février

L'échéance de février, de 1 000€, Assurance Comprise, a été prélevée le 5 février.

La quotité assurée est de 50% (les co-emprunteurs sont assurés chacun avec une quotité de 50% et payent la même cotisation d'assurance).

Figure sur le tableau d'amortissement à l'échéance qui précède le décès (au 5 février) un capital restant dû (CRD) de 168 252€.

Montant versé au Prêteur suite au décès :

$(168\,252 \times 50\%) = 84\,126\text{€}$

+ les éventuels intérêts courus entre le 5 et le 16 février (qui seront communiqués par la banque, puisqu'ils sont liés au taux du crédit).

S'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 ;

S'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;

S'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.

5. L'Invalidité reconnue par l'Assureur doit être survenue avant le 66ème anniversaire de l'Assuré.

La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées à l'article 21 de cette notice.

L'Assureur se réserve le droit de réaliser un contrôle médical tel que prévu à l'article 22 de cette notice pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.

b. Montant de la prise en charge

L'indemnisation garantie au titre du risque IA est identique à celle définie pour la garantie ITT, sauf cas d'exclusion définis à l'article 17 de cette notice.

La date de début de prise en charge correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'IA. Elle peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

c. Cessation de la prise en charge

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 15 ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 18.3 de cette notice ;
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection sociale défini à l'article 21 de cette notice ;
- lorsqu'après un contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

18.4 Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

La garantie concerne que les assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée lors de l'adhésion.

Pour les opérations immobilières à usage locatif, l'assuré ne doit pas avoir renoncé à la garantie ITT lors de l'adhésion.

Les prêts relais ne sont pas assurables au titre de la garantie ITT.

a. Définition

Pour bénéficier de la garantie ITT, l'Assuré doit remplir les conditions suivantes :

- s'il est en activité professionnelle au jour du sinistre : l'Assuré se trouve dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel.
- s'il est Sans activité professionnelle au jour du sinistre : l'Assuré est contraint d'observer, sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile, en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses Activités habituelles non-professionnelles.

Dans tous les cas :

- cette incapacité est continue et persiste au-delà du Délai de franchise de 90 jours durant lequel aucune prestation n'est due,
- cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 21 de cette notice.

b. délai de franchise

La prise en charge d'Incapacité Temporaire Totale intervient le 91ème jour suivant :

- soit la cessation de l'activité si l'Assuré est en activité professionnelle,
- soit à compter de la prescription médicale obligeant l'Assuré à observer un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation s'il est Sans activité professionnelle

En cas de rechute engendrant une nouvelle ITT dans les 60 jours calendaires suivant la reprise d'activité, pour la même cause que l'ITT précédente prise en charge par l'Assureur. Cette nouvelle ITT est considérée comme la suite de l'arrêt initial. Elle est garantie dans les mêmes conditions et sans délai de franchise, à condition que la garantie ITT soit toujours en vigueur.

c. Prise en charge

La prise en charge de l'Incapacité Temporaire Totale est possible sur une période d'indemnisation maximale de 1095 jours par sinistre.

Une étude est alors réalisée au titre de la garantie INV.



Délai de franchise

Exemple :

L'arrêt de travail commence le 21 février pour un motif A.

La fin du délai de franchise est le 22 mai = 21 février + 90 jours

A compter du 23 mai l'Assuré peut déclarer à l'assureur sa situation pour une éventuelle prise en charge

L'Assuré est pris en charge du 23 mai au 15 juin et reprend son travail le 16 juin

Le 17 juillet (moins de 60 jours après le 16 juin) l'Assuré est à nouveau en arrêt :

- Si c'est pour le même motif A l'indemnisation est immédiate

- Si c'est pour un autre motif (motif B) un nouveau délai de franchise de 90 jours s'applique.

d. Montant de la prise en charge

La prise en charge est calculée :

- au prorata du nombre de jours d'incapacité reconnue par l'Assureur,
- sur la base de l'échéance de remboursement échue pendant la période d'incapacité, chaque mois étant considéré comme comportant 30 jours,
- à laquelle s'applique la quotité assurée (échéance x quotité).

Le montant de l'échéance de remboursement pris en compte est :

- pour les prêts amortissables et pour la phase d'amortissement des prêts comportant un différé : l'échéance en capital et intérêts, telle que mentionnée sur le tableau d'amortissement,
- pour les prêts non amortissables en capital, ou pendant la phase de différé des prêts amortissables avec différé d'amortissement du capital : L'échéance en intérêts seulement telle que mentionnée au tableau d'amortissement.

Cas particulier : modification des échéances en cours d'adhésion

En cours de sinistre

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.

Avant un sinistre

Lorsqu'un Assuré modifie 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 modifie à la baisse le montant de ses échéances de prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

En cas de 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.

Toutefois en cas de reprise du travail à Temps Partiel Thérapeutique, la prise en charge

s'effectuera :

- sur la base de 50% de l'échéance, au prorata de la quotité assurée,
- pendant une durée maximum de 180 jours au titre d'une même mise en jeu de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

L'Assuré est en état de Temps Partiel Thérapeutique lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- Il a bénéficié d'une prise en charge par l'assureur au titre de la garantie ITT,
- Il reprend une activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit médicalement.
- Il doit justifier de son incapacité en produisant les pièces prévues à l'article 21 de cette notice d'information.

e. Cessation de la prise en charge

Le versement des prestations ITT cesse :

- à la date de survenance d'un des cas de cessation défini à l'article 15 de cette notice,
- à la date à laquelle l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement des prestations en espèces indiquées à l'article 21 de cette notice,
- à la date à laquelle l'Assuré bénéficie de prestations assimilables à une 1ère catégorie de Sécurité sociale,
- à la date à laquelle l'Assuré bénéficie de prestations attestant d'une incapacité partielle, sauf temps partiel thérapeutique dans les conditions prévues au « d » ci-dessus,
- à la date à laquelle l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),
- à la date à laquelle, après contrôle administratif et/ou médical, l'Assuré est reconnu capable d'exercer son activité professionnelle, même partiellement,
- à la date de reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique pour la garantie ITT dans les conditions définies au d. ci-dessus,
- 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.



Montant de la prise en charge

Exemple :

Montant des échéances : 800 €

Quotité : 100%

Début de l'arrêt de travail : 10 mars

Si l'Assuré est toujours en arrêt de travail le 9 juin.

(10 mars + 91 jours) : Il effectue sa demande de prestation.

S'il est reconnu en état ITT par l'Assureur Il perçoit (sous réserve de l'envoi des justificatifs demandés) les montants suivants pris en charge :

• Juin : $800 \times 21/30$ (prise en charge à partir du 9/06 inclus, soit 21 jours sur le mois) = 560 €

• Juillet : 800 €

• Aout : 800 €

• Reprise du travail le 23 septembre : prise en charge du 1er au 22/09 inclus, soit 22 jours : $800 \times 22/30 = 586,67€$

18.5 Invalidité Totale (INV)

La garantie est réservée aux assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée lors de l'adhésion.

Pour les opérations immobilières à usage locatif, l'assuré ne doit pas avoir renoncé à la garantie ITT lors de l'adhésion.

Les prêts relais ne sont pas assurables au titre de la garantie INV.

a. Définition

Pour bénéficier de la garantie INV, l'Assuré doit remplir les conditions suivantes :

S'il est en activité professionnelle au jour du sinistre : l'Assuré se trouve à l'issue d'un état d'ITT défini à l'article 18.4, dans l'impossibilité reconnue médicalement, d'exercer, même à temps partiel, une quelconque activité professionnelle.

S'il est Sans activité professionnelle au jour du sinistre : l'Assuré, à l'issue d'un état d'ITT défini à l'article 18.4, est contraint d'observer, sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile, en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses Activités habituelles non-professionnelles

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

Dans tous les cas :

- cette invalidité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 21 de cette notice d'information.

b. Prise en charge

La prise en charge de l'Invalidité Totale est équivalente aux modalités de calcul et de versement de la garantie ITT.

c. Cessation de la prise en charge

Le versement des prestations INV cesse :

- à la date de survenance d'un des cas de cessation défini à l'article 15 de cette notice,
- à la date à laquelle l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 21 de cette notice,
- à la date à laquelle où, après un contrôle administratif et/ou médical à l'initiative de l'Assureur, l'Assuré est reconnu capable d'exercer une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel,
- à la date à laquelle l'Assuré reprend une quelconque activité, même à temps partiel.

18.6 La garantie aide à la famille (GAF)

a. Définition

Pour bénéficier de la GAF, l'Assuré doit bénéficier des garanties ITT. Les Prêts relais ou les prêts In Fine ne bénéficient pas de la GAF.

Les 4 conditions cumulatives qui ouvrent droit à prestation au titre de la GAF sont :

- L'enfant de l'Assuré, avant son 20ème anniversaire, et à charge du foyer fiscal, est atteint d'une maladie, d'un handicap ou est victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants, dans le cadre défini par les articles L.544-1 et suivants du code de la Sécurité sociale,
- L'Assuré bénéficie de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L.544-1 à L.544-9 du code de la Sécurité sociale,
- L'Assuré doit cesser partiellement ou totalement son activité professionnelle ou sa Recherche d'emploi pour s'occuper de son enfant,
- Le(s) crédit(s) immobilier(s) finance(nt) la résidence principale de l'Assuré, sa résidence secondaire ou sa résidence locative.

b. Prise en charge

La prestation de la GAF correspond à 50% du montant de l'échéance mensuelle de remboursement, prime d'assurance comprise, au prorata de la quotité assurée.

L'Assureur plafonne le versement de la prestation à 4000 euros par mois et par Assuré. Ce plafond couvre l'ensemble des prêts ou crédits immobiliers consentis par le Prêteur et assuré au titre du présent contrat.

d. Cessation de la prise en charge

Le versement des prestations GAF cesse :

Dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties prévus à l'article 15,

- Si l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs de versement de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP),
- Au jour où l'Assuré a perçu 28 mois de prestations au titre de son adhésion,
- A la veille du 67ème anniversaire de l'Assuré.

Comment mettre en œuvre les garanties du contrat ?

19 Bénéficiaire de l'assurance

Le bénéficiaire de l'assurance est le Prêteur.

Le Prêteur est bénéficiaire dans la limite des sommes dues par l'Assuré et selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du contrat de prêt qui a été transmis à l'Assureur.

20 Territorialité en cas de sinistre

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 se calcule :
- 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,

- 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.

21. Formalités en cas de sinistre

Toute demande de prise en charge peut être réalisée :

- sur le site de déclaration en ligne de l'Assureur à l'adresse <https://adele.cnp.fr/boursorama>
- ou par courrier à CNP Assurances - TSA 16755 – 95144 GARGES LES GONESSE Cedex.

Le versement de l'indemnisation est conditionné : et n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du risque :

- à la production des justificatifs décrits ci-dessous,
- Les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, organismes similaires ou de la CDAPH ou de la Commission de réforme.

Le contrat a ses propres définitions de l'incapacité et de l'invalidité. L'Assureur se réserve le droit de diligenter à tout moment une expertise médicale pour lui permettre l'appréciation du risque assuré.

Pour la poursuite du versement des prestations l'Assuré doit fournir les justificatifs au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné,

En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée ou poursuivie.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prise en charge.

POUR TOUTES LES GARANTIES	<ul style="list-style-type: none"> - la copie recto verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité.
EN CAS DE DÉCÈS	<ul style="list-style-type: none"> - un acte de décès ou un bulletin de décès, - Une attestation de décès indiquant si le décès résulte d'une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus visés à l'article 17. - en cas d'Accident, en sus de l'attestation ci-dessus, les ayants droit devront fournir un document détaillant les circonstances de l'accident, par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou les éventuelles coupures de presse. <p>En cas de sinistre survenu à l'étranger, l'attestation de décès devra être établie par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.</p>
EN CAS DE PTIA	<p>L'Assuré doit transmettre dans un délai de 180 jours* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge, accompagnée des pièces suivantes :</p> <p>Pour tout Assuré</p> <ul style="list-style-type: none"> - une attestation médicale d'Incapacité/Invalidité (document fourni par l'Assureur), que l'Assuré doit remplir avec l'assistance éventuelle de son médecin. Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré doit également fournir un certificat médical attestant : <ul style="list-style-type: none"> - qu'il est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, - que son état de santé l'oblige à recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie courante (se déplacer, se nourrir, s'habiller, se laver). <p>Ce certificat devra préciser la date à laquelle l'invalidité a revêtu un caractère total et définitif, et la nature de la maladie ou de l'accident dont elle résulte.</p> <p>Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Confidentiel », à l'adresse suivante : CNP Assurances - A l'attention du Médecin conseil – Service Médical d'assurances- Contrat n°5027P - 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux.</p> <p>En cas de PTIA Accident, en plus du certificat ci-dessus, un document détaillant les circonstances de l'Accident, par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.</p> <p>En cas de sinistre survenu à l'étranger, ces documents devront être libellés ou traduits en français. Ils devront également être certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.</p> <p>Outre les pièces relatives à l'état de santé de l'Assuré, en fonction de sa situation, il doit fournir les pièces administratives suivantes :</p> <p>Pour les Assurés soumis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent</p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie du titre de pension de 3ème catégorie de la Sécurité sociale ou du régime équivalent mentionnant la nécessité de l'assistance permanente d'une tierce personne.

EN CAS D'ITT	<p>Afin de pouvoir bénéficier de la garantie ITT, l'Assuré (ou les ayants droit) doit (doivent) constituer un dossier, à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail et au plus tard le 180^{ème} jour.</p> <p>Ce dossier doit contenir les pièces justificatives suivantes :</p> <p>Pour tout Assuré</p> <ul style="list-style-type: none"> - une attestation médicale d'Incapacité/Invalidité (document fourni par l'Assureur), que l'Assuré doit remplir avec l'assistance éventuelle de son médecin. - si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré doit également fournir un certificat médical précisant : la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué son état d'incapacité, la date à laquelle la maladie ou l'accident est survenu(e), le cas échéant, la durée probable de la période d'incapacité. <p>Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Confidentiel », à l'adresse suivante : CNP Assurances - A l'attention du Médecin conseil – Service Médical d'assurances- Contrat n°5027P-4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux.</p> <p>Outre les pièces relatives à l'état de santé de l'Assuré, en fonction de sa situation il doit fournir les pièces justificatives administratives suivantes :</p> <p>Pour les Assurés soumis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copie des bordereaux d'indemnités journalières maladie ou accident de la Sécurité sociale ou du régime équivalent depuis l'arrêt de travail, couvrant au minimum l'intégralité du délai de franchise. A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent toutes la subrogation. <p>Pour les Assurés relevant du statut de la fonction publique ou assimilé</p> <ul style="list-style-type: none"> - une attestation employeur précisant sa position au regard du régime statutaire des congés maladie. <p>Pour les travailleurs non-salariés</p> <ul style="list-style-type: none"> - un certificat de non-radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite, - un ou des certificats médicaux précisant qu'il est bien en ITT comme défini à l'article 18.4. Le cumul des durées du ou des certificats médicaux doit couvrir au minimum l'intégralité du délai de franchise. <p>Pour les personnes sans profession, et les demandeurs d'emploi</p> <ul style="list-style-type: none"> - un ou des certificats médicaux précisant qu'il est bien en ITT comme défini à l'article 18.4. Le cumul des durées du ou des certificats médicaux doit couvrir au minimum l'intégralité du délai de franchise. <p>En outre, pour les Assurés cautions personnes physiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une copie des documents justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement engagée à leur rencontre et l'accomplissement de leur obligation de caution depuis au moins 3 mois à la date du sinistre. <p>Pour la poursuite de la prise en charge au titre de la garantie ITT les justificatifs doivent être fournis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, - tous les 3 mois pour le certificat médical, - selon une périodicité fixée par l'Assureur pour l'attestation médicale d'invalidité/incapacité. <p>Pour les Assurés en temps partiel thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à l'arrêt de travail.
EN CAS D'INV	<p>L'Assuré doit remettre à l'Assureur les pièces justificatives suivante</p> <ul style="list-style-type: none"> - une attestation médicale d'Incapacité/Invalidité (document fourni par l'Assureur), que l'Assuré doit remplir avec l'assistance éventuelle de son médecin. <p>Outre les pièces relatives à l'état de santé de l'Assuré, en fonction de sa situation il doit fournir les pièces justificatives administratives suivantes :</p> <p>Pour les Assurés soumis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 %. <p>Pour les Assurés relevant du statut de la fonction publique ou assimilé</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, <p>Pour les travailleurs non-salariés</p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie du titre de pension d'invalidité.

<p>EN CAS D'IA</p>	<p>L'Assuré doit transmettre dans un délai de 180 jours* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une attestation médicale d'Incapacité / Invalidité (document fourni par l'Assureur), qu'il doit remplir avec l'assistance éventuelle de son médecin traitant. - Si l'attestation est partiellement remplie, il doit également fournir un certificat médical attestant la date à laquelle son état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Confidentiel », à l'adresse suivante : <p style="text-align: center;">CNP Assurances - A l'attention du Médecin conseil – Service Médical d'assurances- Contrat 5027P- 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie de la demande d'adhésion, accompagnée du questionnaire de santé, s'il en a rempli un. <p>Outre les pièces relatives à l'état de santé, en fonction de sa situation Il doit fournir les pièces justificatives administratives suivantes :</p> <p><u>Pour les Assurés soumis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le titre de 2ème ou 3ème d'une pension de l'assurance invalidité définie au paragraphe L. 341-4 du code de la Sécurité sociale accompagné des décomptes d'arrérages. ou du régime équivalent d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale. <p><u>Pour les Assurés relevant du statut de la fonction publique ou assimilé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, <p><u>Pour les travailleurs non-salariés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie du titre de pension pour Invalidité
<p>EN CAS de GAF</p>	<p>Dans les 180 jours qui suivent la réalisation du sinistre, l'Assuré doit transmettre à l'Assureur sa demande de prise en charge et fournir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'attestation des droits de l'Assuré à l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 à L544-9 du code de la Sécurité sociale, ✓ Le relevé identité bancaire de l'Assuré qui correspond au compte bancaire sur lequel le Prêteur prélève les échéances du prêt.

****A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L. 113-2 4° du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.***

22. Contrôle médical

Pour la mise en jeu des garanties PTIA, ITT, INV et IA telles que définies à l'article 21, l'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré à un contrôle médical, incluant obligatoirement un examen clinique.

L'Assureur désigne et rémunère le médecin en charge du contrôle médical.

L'Assuré peut néanmoins se faire assister lors de la visite médicale, par le médecin de son choix, à ses frais. Les frais que l'Assuré engage pour se rendre à la convocation médicale de l'Assureur sont à sa charge.

Au vu des conclusions du médecin, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge et notifie à l'Assuré sa décision.

Pendant toute la durée de prise en charge, l'Assureur peut désigner un médecin pour effectuer des contrôles médicaux à ses frais.

Les conclusions de ces contrôles, peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur.

Si l'Assuré conteste la décision de l'Assureur il peut demander une procédure de Tierce expertise selon les modalités de l'article 26.

Attention : Si l'Assuré refuse de se présenter au contrôle médical ou s'il devient injoignable en raison d'un changement d'adresse, l'Assureur peut suspendre la prise en charge.

par voie contentieuse.

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

23. Procédure de tierce expertise

L'Assuré peut contester une décision de l'Assureur basée sur un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration.

L'Assuré peut demander par écrit la mise en place d'une tierce expertise dans les 12 mois suivant la notification de la décision de l'Assureur.

L'Assureur lui adresse le document « Procédure de tierce expertise en cas de sinistre » qui contient :

- le nom du médecin désigné par l'Assuré pour le représenter durant cette procédure de tierce expertise. Les frais et honoraires de ce médecin sont à régler par l'Assuré.
- les modalités de prise en charge des frais et honoraires du médecin tiers expert. L'Assuré et l'Assureur partagent ces frais et honoraires.

L'Assuré doit compléter et signer ce document dans les 3 mois suivant cet envoi.

A réception de ce document, l'Assureur demande à son médecin contrôleur de soumettre plusieurs noms de médecins experts au médecin désigné par l'Assuré, afin qu'il choisisse le nom d'un tiers expert chargé de procéder à une nouvelle expertise. A défaut d'accord sur le choix du médecin tiers expert, la procédure prend fin.
Les conclusions du médecin tiers expert s'imposent aux parties.
L'Assuré peut les contester par voie contentieuse.

Les primes d'assurance

24. Primes

24.1 Taux de prime

Les garanties sont accordées moyennant le paiement par l'Assuré d'une prime annuelle. Cette prime est calculée selon un pourcentage du **capital initialement** emprunté et tenant compte de la quotité assurée.

Le montant de la prime est indiqué :

- dans l'offre de prêt.
- ou dans l'avenant au contrat si l'adhésion est acceptée dans le cadre d'une substitution d'assurance

- **En cas de remboursement anticipé partiel du prêt**

L'assiette de prime est minorée du montant du remboursement anticipé.

La nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti moins le montant du remboursement anticipé partiel.

L'assurance produit alors ses effets sur le capital restant dû.

- **En cas de remboursement anticipé total du prêt**

Le remboursement anticipé total ne donne lieu à aucun remboursement de prime par l'Assureur.

24.2 Le paiement de la prime

Pour l'ensemble des prêts définis à l'article 3 de cette notice, la prime d'assurance est due à compter

- de la date de prise d'effet des garanties.
- 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 est payable d'avance mensuellement par l'Assuré, en même temps que l'échéance de prêt. Elle est prélevée sur un compte bancaire de l'Assuré ouvert auprès d'un établissement de crédit domicilié dans l'Union Européenne.

24.3 Non paiement des primes

L'Assuré est tenu au règlement des primes d'assurance pendant toute la durée de son adhésion. A défaut, l'Assuré peut être exclu du contrat.

Une mise en demeure de payer est envoyée à l'Assuré par lettre recommandée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les primes auraient dû être payées.

A défaut de régularisation, l'exclusion du contrat intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances.

INFORMATIONS GENERALES

25. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du Contrat n°5027P sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

- Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droits de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 de l'indemnité.

- Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

- Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

- Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

- Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

26. Réclamation – 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 80100 – 78199 TRAPPES Cedex.

Pour toutes les autres réclamations notamment celles relatives à un sinistre, s'adresser à :

CNP Assurances - Service Réclamations - TSA 76945 - 95905 Cergy Pontoise Cedex 9.

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 25 de cette notice à compter de la notification de la recevabilité de la saisine.

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

27. Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 75436 PARIS Cedex 09.

28. Loi applicable – Langue utilisée

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilise avec le Prêteur la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

29. Opposition au démarchage téléphonique

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

CNP ASSURANCES – Société anonyme au capital de 686 618 477 euros, entièrement libéré – 341 737 062 RCS Nanterre

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

Entreprise régie par le code des assurances – IDU EMP FR231782_01ZWUC.

BOURSORAMA – SA au capital de 53 576 889,20 € – 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.

