

NOTICE D'INFORMATION



ASSURANCE DE PRÊT
DOCUMENT À CONSERVER





NOTE D'INFORMATION

relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°A217Y

Cette note d'information concerne l'Assuré si, à l'adhésion, il est âgé entre 66 ans et 80 ans.

Dans ce cas, il est assuré uniquement pour le risque Décès.

Entreprises contractantes :

L'Association pour l'Union et le Recours En Assurances – Association d'intérêt général régie par la loi de 1901 – Technopole du Moulin, Rond-point du Canet CS10019, 13590 MEYREUIL – N°SIREN 800 202 707.

CNP Assurances, Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15 - Tél : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Entreprise régie par le code des assurances.

1. NOM COMMERCIAL DU CONTRAT

Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°A217Y.

2. CARACTERISTIQUES DU CONTRAT

2.1 - Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°A217Y comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital des prêts immobiliers en cas de survenance du risque décès intervenant avant le 85^{ème} anniversaire de l'Assuré.

2.2 - Durée du contrat d'assurance de groupe

Le contrat d'assurance de groupe est souscrit pour une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans la demande individuelle d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de garantie visés à l'article 11 de la notice d'information.

2.3 - Modalités de versement des cotisations

L'adhérent s'engage à payer les cotisations, calculées en pourcentage du capital initial et proportionnellement à la quotité d'assurance retenue lors de l'adhésion à l'assurance. Le taux de cotisation est indiqué dans l'attestation d'assurance. La cotisation est exigible dès la prise d'effet de la garantie et peut être prélevée par l'Assureur ou son délégataire, Multi-Impact, sur un compte ouvert à son nom auprès d'un établissement de crédit domicilié en France ou dans l'Union Européenne.

L'adhérent est tenu au paiement de l'intégralité des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. En cas de non-paiement des cotisations, l'Assuré peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

À défaut de régularisation, l'exclusion 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.

2.4 - Délais et modalités de renonciation au contrat

La signature de la demande d'adhésion au contrat n°A217Y ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré et l'Adhérent, ils peuvent renoncer à l'adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 7.1 de la notice d'information.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception à l'adresse de l'Assureur selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) (M. Mme).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n°A217Y que j'ai signée le.../.../..... (lieu d'adhésion). Le(date et signature) ».

La renonciation est effective à la date de réception par l'Assureur de la lettre de renonciation en recommandé ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. En cas d'accord exprès de l'Adhérent pour la prise d'effet immédiate de la garantie, le contrat prend fin à la date de réception de la demande de renonciation. L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la cotisation éventuellement versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre ou de l'envoi électronique en recommandé avec avis de réception.

2.5 - Formalités à remplir en cas de sinistre

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

- l'attestation d'assurance en vigueur,
- un bulletin de décès ou un acte de décès original,

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,

- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,

- une attestation de décès (attestation selon un imprimé fourni par l'Assureur) indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis à l'article 13 de la notice d'information. En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront en apporter la preuve par tout moyen.

Pour les ressortissants de pays étrangers, ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

2.6 - Informations sur les cotisations relatives aux garanties principales et complémentaires

En cas de remboursement anticipé partiel, la nouvelle assiette de cotisation est égale au capital initial du prêt déduction faite du montant du remboursement.

En cas de renouvellement des formalités d'adhésion consécutive à une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert, le taux annuel de cotisation applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement ; et la cotisation est calculée sur le montant du nouveau capital initial assuré.

En cas de remboursement anticipé total, seules les cotisations encaissées postérieurement au remboursement anticipé total feront l'objet d'un remboursement.

En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un co-emprunteur ou d'une caution, la cotisation perçue est alors calculée sur le montant du capital restant dû au jour de la signature de la demande individuelle d'adhésion.

2.7 - Indications générales relatives au régime fiscal

Conformément à la législation fiscale française, la prestation étant versée à l'établissement prêteur à titre onéreux, en remboursement d'une dette, elle n'est pas soumise aux droits de mutation en cas de décès.

3. PROCEDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Pour toute réclamation relative à la décision d'admission, l'Assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, s'adresser à : CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service Souscription - Réexamens - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, les ayants-droit de l'Assuré peuvent s'adresser à CNP Assurances – Département Gestion Emprunteurs – Unité Réclamation – TSA 81566 – 4, place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09 ou sur le site internet : www.mediation-assurance.org.

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

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

4. RAPPORT SUR LA SOLVABILITE ET LA SITUATION FINANCIERE

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) de CNP Assurances est consultable sur le site www.cnp.fr.



NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE ET L'ADHERENT

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative en couverture de prêts immobiliers et professionnels n°A217Y est souscrit par l'Association pour l'Union et le Recours En Assurances, dénommée le « Souscripteur », auprès de CNP Assurances, dénommée « l'Assureur ».

Ce contrat est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation française en vigueur.
Ce contrat relève des branches 1, 2, et 20 de l'article R.321-1 du code des assurances.

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE (VAD)

Ce qu'il faut savoir avant de s'engager:

1 - Le contrat n°A217Y est garanti par CNP Assurances - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris CEDEX 15 France.

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.

Les coordonnées du distributeur du contrat d'assurance et son numéro ORIAS sont indiqués dans le certificat d'adhésion remis par celui-ci.

2 - Les montants de cotisations mentionnés à l'article 14 de la notice d'information sont indiqués dans l'attestation d'assurance.

3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article 7.1 de la notice d'information.

Les garanties du contrat sont mentionnées aux articles 3 et 4 de la notice d'information

Les exclusions au contrat sont mentionnées à l'article 13 de la notice d'information.

4 - Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 7 de la notice d'information.

L'adhésion au contrat n°A217Y s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 6 de la notice d'information.

Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article 14 de la notice d'information.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envoi postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

5 - Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la notification de la renonciation sont prévues à l'article 8 de la notice d'information. En contrepartie de la prise d'effet à la date de signature de l'offre de prêt, l'Adhérent devra acquitter un premier versement de cotisation.

6 - Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Adhérent et l'Assureur sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.

7 - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 19 de la notice d'information.

Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n°99-532 du 25 juin 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).

8 - Le Document d'information sur le produit d'assurance prévu à l'article L.112-2 du code des assurances a été remis en même temps que la notice d'information.

LEXIQUE

Les termes ci-dessous définis figurent avec une majuscule dans la notice d'information.

A

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.

ACTIVITES NON PROFESSIONNELLES

Pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle, il s'agit des activités ménagères et de la gestion des affaires familiales et personnelles, réalisées de manière autonome et habituelle.

ADHERENT

Personne physique ou morale qui paie les cotisations et qui est le client de l'Assureur. Il peut s'agir soit de la Personne morale adhérente soit de l'Assuré lorsque ce dernier ne porte pas le risque pour une personne morale adhérente.

AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

Signée par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs, la convention AERAS a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un grave problème de santé. (Source : site AERAS - La Convention AERAS en 10 points)

ASSURANCE DE GROUPE

Contrat d'assurance souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise, appelé Souscripteur, en vue de l'adhésion d'un ensemble de personne (appelés Adhérent) répondant à des conditions définies dans le contrat, pour la couverture de risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage.

Attention dans le présent Contrat le risque Chômage n'est pas couvert.

ASSURÉ

Personne sur la tête de laquelle portent les garanties prévues par le Contrat. Il s'agit d'une personne physique.

ASSUREUR

Personne morale qui s'engage, moyennant le paiement des Cotisations et conformément aux conditions prévues par le Contrat d'assurance, à garantir les conséquences des risques couverts par le Contrat.

Dans le présent Contrat l'Assureur est CNP Assurances.

B

BÉNÉFICIAIRE

Personne morale désignée par l'Adhérent pour recevoir les Prestations garanties en cas de Sinistre pris en charge. Dans le présent Contrat, le Bénéficiaire des Prestations est le Prêteur.

C

CANDIDAT A L'ASSURANCE

Toute personne physique ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au Contrat d'assurance et dont la garantie n'a pas pris effet.

CAPITAL ASSURÉ

Part du Capital emprunté couvert par le Contrat d'assurance. Il s'agit du capital initial multiplié par la quotité.

CAPITAL INITIAL

Montant emprunté au jour de la souscription du contrat de crédit.

CAPITAL RESTANT DÛ

Part du Capital emprunté que l'emprunteur doit encore à l'organisme Prêteur, appréciée à une date déterminée.

CAUTION

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

CONSOLIDATION

Stabilisation de l'état de santé de l'Assuré en arrêt de travail, médicalement reconnue par le médecin conseil de l'Assureur, suite à un accident ou une maladie garantie, dans les conditions prévues par le Contrat. Cet état n'est plus amené à évoluer ni vers une amélioration, ni vers une aggravation, compte tenu des connaissances de la médecine. Avant Consolidation, on parle d'incapacité. Après Consolidation, on parle d'invalidité.

CONTRAT D'ASSURANCE

Le Contrat d'assurance se compose des documents d'adhésion suivants.

La Demande Individuelle d'Adhésion

Le Questionnaire de Santé, lorsque la complétude de ce document est requise.

La Note d'information définit les dispositions pour les Assurés garantis uniquement contre le risque de Décès.

La Notice d'information définit les dispositions communes à tous les Assurés et décrit les garanties proposées ainsi que les obligations de l'Assuré et ou de l'Adhérent et de l'Assureur.

Le Bon pour Accord formalise l'acceptation par le Candidat à l'assurance de la décision d'adhésion avec réserves de l'Assureur.

Le Certificat d'Adhésion indique les conditions dans lesquelles l'Assureur a accepté l'Assuré dans le Contrat d'assurance, lesquelles peuvent déroger aux dispositions de la notice d'information.

Il est important de prendre connaissance de tous ces documents et de les conserver.

COTISATIONS

Versement périodique effectué par l'Adhérent à l'Assureur, en contrepartie des garanties accordées par celui-ci. Les cotisations sont prélevées par l'Assureur ou son délégataire, Multi-Impact.

D

DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION

La date de conclusion de l'adhésion correspond à la date d'émission du Certificat d'Adhésion.

DATE D'EFFET DES GARANTIES

Date à laquelle les garanties prennent effet et peuvent être mises en jeu.

DEMARCHAGE

Le fait d'être sollicité à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, même à la demande de l'Assuré, en vue de conclure un contrat d'assurance.

DROIT DE RENONCIATION

Droit qui permet à l'Assuré ou à l'Adhérent de revenir sur une demande individuelle d'adhésion sans motif et sans pénalité, dans un certain délai et sous réserve qu'aucun sinistre ne soit en cours de prise en charge.

E

EMPRUNTEUR

Personne physique ou morale qui demande et obtient d'un Prêteur un prêt tel que défini à l'article 5.1 de la notice d'information.

F

FACULTE DE SUBSTITUTION/RESILIATION

Faculté qu'a l'Assuré de changer librement d'assurance emprunteur, sous réserve que le nouveau contrat présente un niveau de garanties équivalentes en ce qui concerne les emprunts immobiliers.

FAIT INTENTIONNEL

Fait commis volontairement pour provoquer un Sinistre.

FAUSSE DÉCLARATION

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui sont fournies à l'Assureur tant à l'adhésion qu'à l'occasion d'un Sinistre.

FINANCEMENT

Opération composée d'un ou plusieurs prêts de type définis à l'article 5.1 et souscrits auprès du même établissement Prêteur. Seuls les prêts en euros sont assurables.

FRANCHISE

Période entre la date de survenance d'un Sinistre et le début de sa prise en charge par l'Assureur. La Franchise concerne uniquement la garantie Incapacité Temporaire Totale. Le Candidat à l'assurance doit opter lors de sa demande individuelle d'adhésion pour une période de franchise valable pour toute la durée de son adhésion. Il a le choix entre 180, 120, 90, 60 ou 30 jours de délai de Franchise. Cette période de franchise n'est jamais indemnisée par l'Assureur.

G

GESTIONNAIRE

Organisme qui gère le Contrat d'assurance pour le compte de l'Assureur. Dans le présent Contrat il s'agit de Multi-Impact.

I

INACTIF

Personne qui est ni en emploi, ni en recherche d'emploi (chômage).
Exemples : personne au foyer, investisseur vivant des revenus de ses investissements... Les retraités ne sont pas considérés comme des inactifs.

INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE

Personne qui, contre rémunération, exerce une activité qui consiste à présenter, proposer ou aider à conclure des contrats d'assurance ou à réaliser d'autres travaux préparatoires à leur conclusion. Tout intermédiaire d'assurance doit être immatriculé à l'ORIAS.

M

MÉDIATEUR

Lors d'un litige ou d'un désaccord avec l'Assureur, l'Assuré a la possibilité de faire appel au Médiateur en dernier recours. Le recours au Médiateur ne prive pas l'Assuré de la faculté d'une action judiciaire. Les coordonnées du Médiateur de l'assurance sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 - www.mediation-assurance.org.

P

PERSONNE MORALE ADHÉRENTE

Personne morale ayant souscrit le ou les prêts auprès du Prêteur. La Personne morale adhérente désigne un Candidat à l'assurance sur lequel pèse le risque assuré.

PRESTATION

Prise en charge par l'Assureur du Capital ou de (des) l'échéance(s), dans la limite de la Quotité assurée à la date du Sinistre, des cas d'exclusions figurants à l'article 13 et des cas de cessations de l'adhésion et des garanties prévus à l'article 11.

PRÊTEUR

Le Prêteur désigne l'établissement de crédit qui a octroyé ou qui est susceptible d'octroyer le(s) prêt(s) immobilier(s) ou professionnel(s) à l'Adhérent.

Le Prêteur est le Bénéficiaire des Prestations.

Q

QUOTITÉ ASSURÉE

La Quotité, exprimée en pourcentage, représente la part du Capital assuré sur la tête de chaque Assuré. En cas de pluralité d'emprunteurs, cette Quotité peut être différente pour chacun des co-emprunteurs. La Quotité choisie s'applique sur l'ensemble des garanties.

Exemple d'un prêt de 100 000 €, où l'Emprunteur choisit une Quotité de 100% et le co-emprunteur une quotité de 40% :

- *L'emprunteur sera couvert à hauteur de 100 000 € (soit la part assurée du Capital emprunté). En cas de Sinistre couvert, la Prestation de l'Assureur s'élèvera à 100% du Capital restant dû ou de l'échéance du prêt.*
- *Le co-emprunteur sera couvert à hauteur de 40 000 €. En cas de Sinistre couvert, la Prestation de l'Assureur s'élèvera à 40% du Capital restant dû ou de l'échéance du prêt.*

R

RECHUTE

Cas d'un Assuré qui, suite à une même maladie ou un même motif, se trouve en situation d'Incapacité Temporaire Totale après :

- une première période d'ITT indemnisée,
- et une reprise de son activité professionnelle ou de ses occupations quotidiennes pendant moins de 90 jours.

RÉSIDENT FRANÇAIS

Personne physique, quelle que soit sa nationalité, qui réside fiscalement en France.

RISQUE

Événement incertain quant à sa survenance, ou sa date de survenance, indépendant de la volonté de l'Assuré, et pour lequel l'Adhérent souhaite s'assurer.

S

SINISTRE

Événement susceptible de faire jouer les garanties du Contrat (exemples : décès, accident ou maladie provoquant un arrêt de travail...).

SOUSCRIPTEUR

Personne morale qui conclut le Contrat d'assurance de groupe avec l'Assureur.

Dans le présent Contrat le Souscripteur est l'Association pour l'Union et le Recours En Assurances.

V

VENTE À DISTANCE

Système de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance (Internet et téléphone notamment).

CONTRAT N°A217Y

1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat n°A217Y a pour objet de garantir l'Assuré, suivant la nature de son prêt et de son choix à l'adhésion, contre les risques définis aux articles 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 et 3.6 de la notice d'information.

2 – RECAPITULATIF DES GARANTIES DU CONTRAT

Les garanties*	Prise en charge	Prestation pour les actifs (en fonction de la quotité assurée)	Prestation pour les inactifs (en fonction de la quotité assurée)
Décès	Jusqu'à 85 ans	Capital Restant Dû	Capital Restant Dû
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	Jusqu'à 70 ans	Capital Restant Dû	Capital Restant Dû
Incapacité Temporaire Totale (ITT)	Jusqu'à 70 ans	100 % de la mensualité du prêt	100 % de la mensualité du prêt
Invalidité Permanente Totale (IPT)	Jusqu'à 70 ans	100 % de la mensualité du prêt	100 % de la mensualité du prêt
Invalidité Permanente Partielle (IPP)	Jusqu'à 70 ans	50 % de la mensualité du prêt	_____
Mi-temps thérapeutique (MTT)	Jusqu'à 70 ans	50 % de la mensualité du prêt **	_____
Invalidité AERAS (IA)	Jusqu'à 70 ans	100 % de la mensualité du prêt	_____

* Dans les limites contractuelles ** Prestations limitées à 6 mois

Sous quelles conditions l'Assuré peut-il bénéficier des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP, IA et MTT ?

- Si l'Assuré a adhéré au contrat d'assurance en tant que caution, il doit avoir été actionné au titre de ses obligations de caution pendant plus de 3 mois et jusqu'à la date de réalisation du risque PTIA, ITT, IPT ou IPP pour demander le bénéfice des garanties.
- Les garanties ITT, IPT, IPP, MTT et IA ne s'appliquent pas durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les crédits qui en comportent, ni aux crédits non amortissables (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts),
- L'IPP, l'IA et le MTT s'appliquent exclusivement aux assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée ou qui sont en recherche d'emploi au jour du sinistre.

Les FORMULES

	Garanties couvertes	Franchise au choix Pour l'ITT
Formule 1 Assuré âgé de moins de 66 ans à l'adhésion	Décès – PTIA	Néant
Assuré âgé de 66 ans à moins de 80 ans à l'adhésion	Décès	Néant
Les Non-résidents domiciliés en Europe**	Décès	Néant
Formule 2 Assuré âgé de moins de 66 ans à l'adhésion	Décès – PTIA – ITT – IPT – MTT	- 30 jours - 60 jours - 90 jours - 120 jours - 180 jours
	En option : - Avec rachat des exclusions* - Sans rachat des exclusions* - La garantie IPP	

*exclusions portant sur les garanties ITT – IPT – IPP – MTT prévues à l'article 13-2.

**Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

Les choix de formule, d'option de rachat et de Franchise s'effectuent à la date de signature de la demande individuelle d'adhésion et sont valables pour toute la durée de l'adhésion.

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
ITT : Incapacité Temporaire Totale
IPT : Invalidité Permanente Totale
IPP : Invalidité Permanente Partielle
MTT : Mi-Temps Thérapeutique

Pour les prêts avec différé total (différé de capital et intérêts), l'assurance couvre, pendant le différé, uniquement les risques de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

LES GARANTIES

3 - LES GARANTIES

Sous réserve de la décision de l'Assureur et du paiement des cotisations, tout ou partie des garanties est accordée à l'Assuré selon la nature du (des) prêt(s) et la formule choisie à l'adhésion. Les garanties dont il bénéficie sont indiquées dans le Certificat d'adhésion.

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

- pour une personne qui exerce une activité professionnelle, de tout arrêt de travail en cours au moment de l'adhésion, que cet arrêt soit consécutif à une maladie ou à un accident et qu'il soit indemnisé ou non ;

- pour une personne qui exerce des activités non professionnelles, de toute impossibilité d'exercer ses activités habituelles au moment de l'adhésion.

3.1 - GARANTIE DÉCÈS

Cette garantie couvre l'Assuré en cas de décès survenant pendant la durée de l'adhésion et **avant son 85^{ème} anniversaire**.

Qu'est-ce que la garantie Décès et que prenons-nous en charge ?

Nous versons au Prêteur proportionnellement à la Quotité assurée :

- pour les prêts amortissables :
 - le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement au lendemain de l'échéance précédant immédiatement la date du décès (l'échéance qui se situerait le jour du décès serait réputée due),
 - les intérêts courus depuis cette dernière échéance jusqu'au jour du décès.
- pour les prêts non amortissables en capital et pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital (pendant la période de différé) :
 - le montant initial du prêt,
 - les intérêts courus depuis la dernière échéance d'intérêts jusqu'au jour du décès.

3.2 - GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Qu'est-ce que la PTIA ?

L'Assuré est reconnu en état de PTIA lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée pouvant lui procurer gain ou profit,
- cette invalidité le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
- la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur se situe **avant son 70^{ème} anniversaire**.

Que prenons-nous en charge en cas de PTIA ?

Le versement de la prestation peut être subordonné aux conclusions d'un contrôle médical à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de reconnaissance de la réalisation du risque. En cas de PTIA, la prestation versée par l'Assureur est identique à celle définie ci-dessus pour la garantie Décès. Cette prestation est calculée à la date de réalisation du risque reconnue par l'Assureur.

Si l'Assuré est pris en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou Mi-Temps Thérapeutique (MTT) il peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la garantie PTIA s'il vient à en remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT ou IPT ou IPP ou MTT qui lui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

3.3 - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

Qu'est-ce que l'ITT ?

L'Assuré est en état d'ITT lorsque les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

• Si l'Assuré exerce une activité professionnelle ou est en recherche d'emploi au jour du Sinistre

1. Il se trouve à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant son 70^{ème} anniversaire**, dans l'incapacité reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel.
Pour les Assurés en recherche d'emploi il s'agit de l'activité exercée à la veille de la perte d'emploi.
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de Franchise conformément à l'article 4, **période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur**.
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 15.3.

• Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre

1. Il se trouve à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant son 70^{ème} anniversaire**, dans l'incapacité reconnue médicalement, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel.
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de Franchise conformément à l'article 4, **période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur**.
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 15.3.

Que prenons-nous en charge en cas d'ITT ?

En cas d'ITT survenue **avant son 70^{ème} anniversaire**, et après expiration du **déla**i de Franchise choisi à l'adhésion, l'Assureur règle au Prêteur en fonction de la quotité du prêt garantie :

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

Cette prise en charge s'effectue au prorata du nombre de jours d'incapacité dûment justifiés par l'Assuré et acceptés par l'Assureur, après expiration du délai de franchise de l'Incapacité Temporaire Totale, et ce au plus tard jusqu'à son 70^{ème} anniversaire.

Que se passe-t-il si l'Adhérent modifie ses échéances en cours d'adhésion ?

a. Hors sinistre

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

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

Lorsque l'Adhérent décide de modifier à la baisse le montant de ses échéances de prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

b. En cours de sinistre

Lorsque l'Adhérent 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.

Que se passe-t-il en cas de rechute ITT ?

La période de franchise n'est pas appliquée en cas de nouvelle période d'ITT justifiée conformément à l'article 15.3, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à **90 jours**.

De quels délais l'Assuré dispose-t-il pour déclarer son état d'ITT ?

Il appartient à l'Assuré de fournir à l'Assureur, à l'issue du délai de Franchise et au plus tard 90 jours après la fin de ce délai, les documents prévus à l'article 15.3. **A défaut de respect de ce délai, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L.113-2 4 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La date de prise en charge pour l'évaluation et la mise en œuvre des prestations est celle de la réception de la demande de prestations par l'Assureur.**

En cas de prise en charge au titre de la garantie ITT, quand cesse le versement des prestations ?

En complément des causes de cessation des garanties visées à l'article 11, les prestations ITT cessent :

- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès que l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 15.3,
- dès que l'Assuré est placé à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite (ou pré-retraite) résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat,
- dès que l'Assuré bénéficie de prestations d'incapacité partielle (et notamment indemnités journalières, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3, pension de première catégorie pour les salariés, sauf en cas de temps partiel thérapeutique),
- dès le moment où, après contrôle médical initié par l'Assureur, l'Assuré est reconnu capable d'exercer son activité professionnelle, même partiellement, qu'il exerçait à la veille du sinistre,
- dès le moment où, après contrôle médical initié par l'Assureur, l'Assuré est reconnu capable d'exercer ses activités habituelles non professionnelles, même partiellement, s'il n'exerçait pas d'activité professionnelle à la veille du sinistre,
- dès que l'Assuré perçoit une prise en charge au titre de la garantie IPT ou de la garantie IPP.

3.4 - GARANTIES INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

La garantie IPP n'est acquise que si l'Assuré a opté pour cette garantie lors de sa demande d'adhésion au Contrat et s'il exerçait une activité professionnelle rémunérée ou était en recherche d'emploi au jour du sinistre.

Comment fonctionnent les garanties IPT et IPP ?

L'Assuré est reconnu en état d'IPT ou d'IPP à partir du jour de Consolidation de son état de santé. A cette date, le Médecin Conseil de l'Assureur fixe, sur la base des documents médicaux transmis et/ou d'une expertise médicale, son **taux global d'incapacité** (cf. tableau ci-dessous).

Si l'Assuré exerçait une activité professionnelle rémunérée ou était en recherche d'emploi au jour du sinistre :

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

Si l'Assuré était sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :

➔ ce taux est déterminé en fonction de son taux d'incapacité fonctionnelle.

① Taux d'incapacité professionnelle

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

② Taux d'incapacité fonctionnelle

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

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

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

Etat d'IPP	Etat d'IPT
L'Assuré bénéficie d'une prestation égale à 50% de celle prévue dans le cadre de la garantie ITT	L'Assuré bénéficie d'une prestation identique à celle prévue dans le cadre de la garantie ITT

Comment lire ce tableau ?

Le **taux global d'incapacité** détermine la garantie applicable et son niveau de prise en charge correspondant.

Par exemple, si l'Assuré a un taux d'incapacité fonctionnelle de 50% et un taux d'incapacité professionnelle de 40%, alors il a un taux global d'incapacité de 46%. Il est alors en état d'IPP.

Que prenons-nous en charge en cas d'IPT ou d'IPP ?

- Le **taux global d'incapacité, fixé sur la base de ce tableau, est supérieur ou égal à 66%** : l'Assuré est reconnu en état d'IPT. La prestation est identique à celle de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge.

- Le **taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau se situe entre 33% et 65% inclus** : l'Assuré est reconnu en état d'IPP. La prestation correspond à 50% de la prise en charge au titre de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge que pour la garantie ITT.

- Le **taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est strictement inférieur à 33%** : l'Assuré n'est éligible à aucune des deux garanties et ne bénéficie alors d'aucune prestation.

En cas de prise en charge au titre des garanties IPT et IPP, quand cesse le versement des prestations ?

En complément des causes de cessation des garanties visées à l'article 11, les prestations IPT et IPP cessent :

- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique,

- dès que l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 15.4,
- dès que l'Assuré est placé à la retraite ou pré-retraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite (ou pré-retraite) résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat,
- dès que l'Assuré n'est plus en état d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle au sens du contrat :
 - pour l'IPT, dès que son taux global d'incapacité devient inférieur à 66% ;
 - pour l'IPP, dès que son taux global d'incapacité est inférieur à 33%.

Que se passe-t-il en cas de reprise de travail suite à une prise en charge IPT ou IPP ?

Si après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à 90 jours, l'Assuré est victime d'une rechute provenant de la même maladie ou du même motif, la durée de la reprise du travail sera considérée comme une simple suspension de paiement des prestations qui reprendra dès survenance de la prochaine échéance de prêt.

Une rechute survenant plus de 90 jours après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera l'application d'un nouveau délai de franchise.

3.5 - GARANTIE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE (MTT)

A quelles conditions l'Assuré est-il considéré en MTT ?

L'Assuré est en état de mi-temps thérapeutique lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- il a bénéficié d'une prise en charge au titre au moins d'une de ces trois garanties : ITT ou IPT ou IA,
- 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 demandées par l'Assureur conformément à l'article 15.5.

Que permet la garantie MTT ?

Cette garantie lui permet de continuer à bénéficier de 50% des prestations prévues en cas d'ITT s'il reprend une activité professionnelle à temps partiel pour raisons médicales après une période d'Indemnisation en ITT ou après une période d'Indemnisation en IPT.

Cette garantie cesse dans les mêmes conditions que la cessation de la garantie ITT, et en toute hypothèse la prise en charge au titre de la garantie MTT est limitée à 6 mois d'indemnisation.

3.6 - LA GARANTIE INVALIDITÉ AERAS (IA)

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

Si les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Incapacité Permanente Partielle sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec restriction de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer dans le Certificat d'adhésion adressé une garantie Invalidité AERAS.

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

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

1. Son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident 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 et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. Son taux d'incapacité fonctionnelle est **supérieur ou égal à 70%** (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif

d'invalidité 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 point 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 17 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 :
 - Lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - Lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - Lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de sa profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe **avant son 70ème anniversaire.**

A quelles prestations l'Assuré a-t-il droit en cas d'Invalidité AERAS ?

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses cas d'exclusion tels que prévus à l'article 13 et ses cas de cessation sont identiques à ceux définis pour la garantie Incapacité Temporaire Totale à l'article 3.3, à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité AERAS.

Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

Quand cessent les prestations de la garantie Invalidité AERAS ?

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés au paragraphe « CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES » ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini au paragraphe « DEFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITE AERAS » ;
- lorsque l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection sociale visé au point 4 de la définition de la garantie ;
- lorsque après contrôle médical son taux d'incapacité fonctionnelle est **inférieur à 70%** ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle sauf en cas de temps partiel thérapeutique.

3.7 - REGLE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Les prestations de l'Assureur sont déterminées selon la Quotité assurée, quelle que soit la garantie mise en jeu.

Les prestations de l'Assureur n'incluront aucune échéance échue et non payée préalablement au sinistre.

Lorsque plusieurs Assurés sont garantis au titre d'un même prêt, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux montants dus au titre des prêts garantis, et figurant sur le tableau d'amortissement du contrat de prêt.

Dans le cas où l'Adhérent a souscrit plusieurs prêts couverts par l'Assureur au titre du contrat n°A217Y, la prise en charge sera plafonnée au montant maximum garanti défini à l'article 5.3.

En cas de dépassement du plafond maximum assurable, les prestations versées au titre des garanties ITT, IPT et IPP seront réduites proportionnellement.

Pour le financement dont la mise en place a pour incidence de porter l'encours de prêts reposant sur un même Assuré au-delà du plafond de **5 000 000 euros**, les prestations en cas de Décès, de Perte Totale et Irreversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité Permanente Totale (IPT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), seront calculées, pour ce financement, proportionnellement au ratio :

Capital garanti pour ce financement

Capital initial emprunté pour ce financement pondéré par la quotité

Le capital garanti pour ce financement est égal à la différence entre **5 000 000 euros** et la somme des capitaux restant dus pondérés par les quotités assurées pour les prêts réalisés antérieurement et toujours en cours à la date du sinistre.

4 – LA FRANCHISE

Quels sont les différents niveaux de Franchise ?

Aucune prestation n'est due ni payée par l'Assureur pendant la période de Franchise.

Selon les cas, l'Adhérent a la possibilité de choisir un des niveaux de Franchise suivants :

- **180 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 181^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 180 jours à compter de la survenance du Sinistre.
- **120 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 121^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 120 jours à compter de la survenance du Sinistre.
- **90 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 91^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 90 jours à compter de la survenance du Sinistre.
- **60 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 61^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 60 jours à compter de la survenance du Sinistre.
- **30 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 31^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent sera tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 30 jours à compter de la survenance du Sinistre.

CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION

5 - QUI PEUT ADHERER ?

Pour adhérer au contrat n°A217Y, il faut :

- être membre de l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances ;
- avoir souscrit un emprunt en qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur ou, en tant que caution d'un emprunteur, personne physique ou personne morale, ou en tant que personne morale au titre des prêts assurables, tels que définis à l'article 5.1 de la notice d'information ;
- avoir souscrit un emprunt auprès d'un organisme financier (établissement de crédit français ou succursale française d'établissement de crédit étranger) ;

Pour les personnes physiques :

- être âgé de moins de 80 ans au jour de la demande d'adhésion (date anniversaire de naissance) pour la garantie Décès et de moins de 66 ans (date anniversaire de naissance) pour les autres garanties ;
- résider fiscalement en France.

Les non-résidents domiciliés en Europe (Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède) peuvent adhérer et être assurés pour la seule garantie Décès.

Pour les personnes morales :

- est assurable la personne physique qui est le représentant légal de la personne morale ou toute personne désignée par cette dernière et qui joue un rôle déterminant dans sa bonne marche et sa stabilité.

5.1 Quels sont les types de prêts assurables ?

Le/les prêt(s) assurable(s) peut/peuvent être un/des prêt(s) immobilier(s), ou un/des prêt(s) travaux liés au(x) financement(s) immobilier(s) demandé(s), ou professionnel(s) :

- Amortissable(s) d'une durée maximale de 35 ans avec ou sans différé total (différé de capital et intérêts) ou différé partiel (différé de capital seulement),
- In fine d'une durée maximale de 10 ans,
- Relais d'une durée maximale de 3 ans.

Seuls les prêts en euros sont assurables.

5.2 Quelle est la Quotité assurée ?

Le montant du capital assuré dépend de la quotité qui est indiquée sur la demande individuelle d'adhésion.

Le choix de la Quotité assurée se fait par tranche de 1% à 100%, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

La quotité d'assurance retenue s'applique à l'ensemble des risques couverts. En cas de modification des quotités en cours d'assurance qui entraîne une augmentation du capital garanti, l'Assuré doit renouveler les formalités d'adhésion définies à l'article 6.

5.3 Quels sont les montants assurables ?

L'encours correspond au capital garanti par l'Assureur au titre de l'ensemble des prêts de l'Assuré consentis par le Prêteur et assurés par CNP Assurances au titre du contrat n°A217Y.

Par exemple, si le Candidat à l'assurance emprunte 100.000 euros avec une quotité de 50%, son encours (capital garanti) est de 50.000 euros.

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré au jour de l'adhésion est fixé à **5 000 000 euros au titre des contrats n°A217Y et n°A034Z**, quel que soit le nombre de prêts consentis par le Prêteur, en prenant en compte la quotité assurée.

6 - COMMENT ADHERER ?

Quelles sont les formalités d'adhésion ?

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

Un sinistre en cours s'entend :

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

L'adhésion dans l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires.

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

Le Candidat à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule la signature d'une Demande Individuelle d'Adhésion est exigée.

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

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

Les formalités comportent une demande individuelle d'adhésion et un questionnaire de santé : la demande d'adhésion doit être intégralement renseignée, datée et signée par le Candidat à l'assurance et le cas échéant par l'Adhérent ; le Questionnaire de Santé doit être intégralement renseigné, daté et signé par le Candidat à l'assurance. L'identification et, le cas échéant, l'authentification du Candidat à l'assurance est (sont) effectuée(s) par l'Intermédiaire en Assurance.

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété d'examen médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais. Le Candidat à l'assurance peut en outre, être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.

- Lorsque le Candidat à l'assurance a choisi de signer son Questionnaire de Santé sur un formulaire papier, il a la possibilité d'adresser ce questionnaire sous enveloppe portant la mention «confidentiel - secret médical», à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur.
- Lorsque le Candidat à l'assurance a choisi de signer son Questionnaire de Santé par signature électronique, via une procédure de télé déclaration sécurisée, le Questionnaire de Santé est transmis directement à l'Assureur à la fin de la procédure.

La durée de validité du Questionnaire de Santé est fixée à **6 mois** à compter de la date de sa signature. L'Assureur doit recevoir le questionnaire dans ce délai, à défaut le Candidat à l'assurance doit renouveler les formalités d'adhésion. La durée de validité des examens médicaux est fixée à **6 mois** à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Si une évolution de l'état de santé du Candidat à l'assurance survient durant le délai de 3 mois à compter de la signature du Questionnaire de Santé et avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 7.1, et modifie les réponses portées sur le Questionnaire de Santé signé lors de la demande d'adhésion, le Candidat à l'assurance est tenu de renouveler les formalités d'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L.113-8 du code des assurances. Les cotisations perçues restent acquises à l'Assureur, lequel a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Quelles réponses pouvons-nous apporter à la demande ?

Si les formalités d'adhésion ne comportent pas de Questionnaire de santé : le Candidat à l'assurance est accepté pour les garanties indiquées sur la Demande Individuelle d'Adhésion.

Si les formalités d'adhésion comportent un Questionnaire de santé, au terme de l'examen du dossier médical, l'Assureur peut :

- **Accepter le Candidat à l'assurance**

L'acceptation peut être donnée :

- **sans réserve** : elle vaut pour toutes les garanties indiquées sur la Demande Individuelle d'Adhésion.
- **avec réserves** : elle restreint certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises.
- **avec ou sans majoration de tarifs**.

- **Ajourner la décision**. Dans ce cas, le **Candidat à l'assurance n'est pas assuré** pour le(s) prêt(s), objet de la demande individuelle d'adhésion, mais pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à l'assurance à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué par l'Assureur dans un courrier.

- **Refuser au Candidat à l'assurance son adhésion à l'assurance**. Cette décision, prise à l'issue de l'examen de sa demande dans les conditions du 2^{ème} niveau de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), déclenche automatiquement (sous condition d'âge et de montant emprunté) une étude du dossier par le pool de réassurance du 3^{ème} niveau.

Comment le Candidat à l'assurance sera-t-il informé(e) de notre décision ?

> En cas de décision sans réserve et sans majoration, l'Assureur adresse à l'Assuré un Certificat d'Adhésion par courrier ou par support durable.

> En cas de décision avec réserves et/ou majoration de tarif, l'Assureur adresse au Candidat à l'assurance un Bon pour Accord notifiant la décision par courrier ou par support durable. Dans le cadre d'une décision avec réserves, le Médecin conseil de l'Assureur adresse au Candidat à l'assurance en parallèle un courrier avec le détail des réserves.

Le Bon pour accord est valable **6 mois** à compter du jour de son envoi. Si au terme de ce délai, l'offre de prêt de l'Emprunteur n'a pas été signée, le Candidat à l'assurance doit renouveler les formalités d'adhésion à l'assurance.

Sur le Bon pour accord, il est indiqué au Candidat à l'assurance 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 de la décision de l'Assureur.

Si le Candidat à l'assurance reçoit un Bon pour accord :

- S'il **accepte** la proposition de l'Assureur, il doit signer électroniquement ou de façon manuscrite le Bon pour accord qui lui a été adressé ; en cas de signature manuscrite, il retourne la partie destinée à l'Assureur complétée datée et signée.

- S'il **refuse** la proposition d'assurance ou à défaut de réponse dans un délai de 6 mois, à compter du jour d'envoi du Bon pour accord, **sa demande d'adhésion ne sera pas prise en compte et il ne sera pas assuré**.

L'admission dans l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un prêt déterminé et aux conditions initiales de ce prêt.

Une autre opération d'emprunt nécessite un renouvellement de la procédure d'adhésion.

Les formalités peuvent être renouvelées en cours de vie du prêt à la demande d'un nouveau co-emprunteur ou d'une nouvelle caution ou en cas de changement de quotité à la hausse.

A réception du Bon pour accord signé, un Certificat d'Adhésion sera transmis à l'Adhérent soit sur support papier ou sur support durable.

VIE DU CONTRAT

7 - LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE L'ADHESION

7.1 Date de conclusion de l'adhésion

La date de conclusion de l'adhésion correspond à la date d'émission du Certificat d'Adhésion sous réserve que le Candidat à l'assurance ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature de la Demande Individuelle d'Adhésion.

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans la Demande Individuelle d'Adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 11.

7.2 Date de prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet selon une date choisie sur la Demande Individuelle d'Adhésion, sous réserve :

- du paiement de la première cotisation d'assurance,
- de la signature de l'offre de prêt ou à la signature de l'avenant au contrat de prêt si l'adhésion au présent Contrat est acceptée en substitution par le Prêteur,
- de la validité des formalités d'adhésion selon les conditions définies à l'article 6,

La date de prise d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Dans le cadre de la vente à distance et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, l'Assuré donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate des garanties.

8 - QU'EST-CE QUE LE DROIT DE RENONCIATION ?

La signature de la Demande Individuelle d'Adhésion ne constitue pas un engagement définitif en cas d'adhésion au contrat n°A217Y par vente à

distance, par démarchage ou uniquement au titre de la garantie décès. L'Assuré et ou l'Adhérent disposent d'un délai pour renoncer à l'adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

a) Quel est le délai pour exercer le droit de renonciation ?

> **Si l'Assuré est uniquement couvert pour la garantie Décès à l'adhésion (car il est âgé entre 66 ans et moins de 80 ans) :**

La signature de la demande individuelle d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif. L'Assuré et ou l'Adhérent peuvent renoncer à l'adhésion dans un délai de **30 jours calendaires** révolus suivant la date à laquelle il (ils) est (sont) informé(s) de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 7.1 ci-dessus.

> **Si l'Assuré est couvert pour les garanties Décès, PTIA, ITT, IPT, IPP et MTT à l'adhésion :**

Cette faculté ne s'applique pas au prêt professionnel

- Si le contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou internet). Dans ce cas, ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'Assuré reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de **14 jours calendaires** révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 7.1.

- Si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un Assuré, 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 par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités* ». La date de conclusion de l'adhésion est définie à l'article 7.1.

L'Assuré et ou l'Adhérent ne peuvent plus exercer leur droit de renonciation dès lors qu'ils ont connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

b) Quelles sont les modalités de renonciation ?

Pour exercer son (leur) droit à renonciation, l'Assuré et ou l'Adhérent doit (doivent) adresser à l'Assureur une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec avis de réception à l'adresse suivante : Multi-Impact – 41/43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX. Le courrier peut être rédigé selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (M. Mme) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à l'adhésion au contrat n°A217Y que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion).
Le (Date et signature) ».

c) Quelles sont les effets de la renonciation ?

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de **30 jours calendaires** à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception. Les effets sur l'adhésion varient selon le mode de commercialisation du Contrat :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face (et uniquement si l'Assuré bénéficie de la garantie Décès seul), l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent

pas, et ce dès réception de la lettre de renonciation en recommandé ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception.

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception par Multi-Impact de la lettre de renonciation en recommandé ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception.

Le paiement intégral de la cotisation est dû dès lors que, après avoir renoncé, l'Assuré demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

9 - DÉCLARATIONS EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

L'Assuré et/ou l'Adhérent doivent tenir informé l'Assureur au cours du Contrat :

- si changement de domicile,
- si le tableau d'amortissement de l'emprunt est modifié.

Les déclarations peuvent être faites en ligne directement sur le site de Multi-Impact dans la rubrique dédiée, ou par envoi postal ainsi que tous les documents justificatifs à l'adresse suivante : Multi-impact - 41/43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.

10 - TERRITORIALITE DU CONTRAT

Pour tous les voyages et séjours dans des lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM-COM, les pays limitrophes de la France métropolitaine:

- le risque de décès est couvert sous réserve que les pièces demandées à l'article 15.1 soient fournies par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,
- les risques de PTIA, Invalidité AERAS, ITT, IPT et IPP sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné.

En cas de sinistre, si l'Assureur demande que l'Assuré effectue un contrôle médicale conformément à l'article 17, il doit obligatoirement s'effectuer sur le sol français.

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

11 - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent :

- à la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception de renonciation, selon les conditions prévues à l'article 8,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du code des assurances,
- en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions fixées à l'article 12 de la notice d'information,
- au terme normal ou en cas de remboursement total anticipé de chaque prêt,
- à la date d'exigibilité avant terme de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme de chaque prêt,
- si l'Assuré est caution, à la date à laquelle son engagement de caution est résilié,
- en cas de nullité de l'adhésion consécutive à une fausse déclaration intentionnelle ayant changé l'objet du risque pour l'Assureur, conformément à l'article L.113-8 du code des assurances,
- à la date de réalisation du risque Décès ou du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

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

- Garantie Décès : le jour du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- Garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité AERAS, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Mi-Temps Thérapeutique : le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

En outre, les garanties Invalidité AERAS, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Mi-Temps Thérapeutique cessent au jour du départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou de la mise en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable (sauf si la mise à la retraite (ou pré-retraite) résulte d'un état d'incapacité de travail qui fait l'objet d'une prise en charge par le contrat).

12 – LA FACULTÉ DE RÉSILIATION

12-1 - Faculté de résiliation

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

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

En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- Soit 10 jours après réception de la décision du Prêteur par Multi Impact,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

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

Pour les opérations de crédits autres que celles mentionnées au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation 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 de prise d'effet des garanties.

L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation à Multi Impact, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues au 12.2 ci-dessous.

L'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

12.2 - Notification de la demande de résiliation

L'Assuré notifie à Multi Impact 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 de Multi Impact,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par un mode de communication à distance, lorsque l'Assureur ou l'Intermédiaire d'assurance lui a proposé l'adhésion au contrat, par le même mode de communication.

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

12.3 - A qui adresser la demande de résiliation ?

L'Assuré doit notifier sa demande de résiliation à l'adresse suivante :
Multi-impact - 41/43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.

13 - EXCLUSIONS DU CONTRAT

13.1 Exclusions générales :

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

- 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 sinistres résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré visés à l'article L.113-1 du code des assurances,
- les conséquences de 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 de 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'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

13.2 Exclusions spécifiques sur l'ITT, l'IA, l'IPT, l'IPP et MTT

En sus des exclusions générales ci-dessus, ne sont pas couverts l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale, l'Invalidité Permanente Partielle et le Mi-Temps Thérapeutique qui résultent, par suite de maladie ou d'accident :

*- quelle qu'en soit la cause, d'une affection psychiatrique: affection psychotique; affection névrotique; dépression nerveuse; syndrome anxiodépressif; état dépressif; anxiété SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 9 jours continus (hors hospitalisation de jour), ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, à la suite d'une affection citée dans la présente clause,

*- d'une atteinte discale, vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatalgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, SAUF si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant la période d'invalidité ou d'incapacité.

Dans les 2 cas susvisés, la durée de l'hospitalisation de plus de 9 jours continus (hors hospitalisation de jour) ou l'intervention chirurgicale s'apprécie à chaque demande de prise en charge au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle.

()Si l'Assuré ou l'Adhérent en fait la demande lors de l'adhésion au Contrat, les exclusions ci-dessus, marquées d'un astérisque peuvent être supprimées moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.*

14 - CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est exigible dès la prise d'effet de l'adhésion et est prélevée par Multi-Impact sur un compte ouvert au nom de l'Adhérent auprès d'un établissement de crédit domicilié en France ou dans l'Union Européenne, et selon la périodicité qui a été choisie lors de la Demande Individuelle d'Adhésion (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Pendant la prise en charge au titre des garanties ITT, IPT, IPP et MTT, le prélèvement de la cotisation d'assurance est suspendu.

Comment les Cotisations sont-elles calculées ?

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une cotisation calculée en fonction :

- de l'âge de l'Assuré à la date d'adhésion ;
 - de la durée du prêt ;
 - du type de prêt ;
 - des garanties choisies ;
 - des caractéristiques des garanties ITT, IPT et IPP souscrites (franchise choisie et rachat des exclusions) ;
- Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital initial.
Le taux d'assurance est indiqué dans le certificat d'assurance.

En cas de remboursement anticipé partiel :

La nouvelle assiette de cotisation est égale au capital restant dû garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

En cas de renouvellement de la procédure d'adhésion consécutive à une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert, le taux annuel de cotisation applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement ; et la cotisation est calculée sur le montant du nouveau capital initial assuré.

En cas de remboursement anticipé total, seules les cotisations encaissées postérieurement au remboursement anticipé total feront l'objet d'un remboursement.

En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un co-emprunteur ou d'une caution, l'assiette de cotisation est alors calculée sur le montant du capital restant dû au jour de la signature de la demande d'adhésion.

Que se passe-t-il en cas de non-paiement des Cotisations ?

L'Adhérent est tenu au paiement de l'intégralité des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. Si les cotisations ne sont pas réglées et que le paiement de la cotisation ou fraction de cotisation n'est pas régularisé, l'Assuré peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, adressée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

À défaut de régularisation, l'exclusion 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.

Toutefois, le cas échéant, à compter de l'état de passif définitivement arrêté par la commission de surendettement ou le juge, le délai de 40 jours fixé ci-dessus est contractuellement porté à 120 jours.

Si l'Assuré bénéficie d'une prise en charge ITT, IA, IPT ou IPP l'Adhérent doit faire l'avance des cotisations qui seront ensuite remboursées par l'Assureur lors du versement de ses prestations.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE

15 - LES FORMALITÉS À REMPLIR

Où envoyer la déclaration ?

Le sinistre doit être déclaré à CNP Assurances, soit en ligne via son site @dèle accessible via l'espace client; soit par voie postale à l'adresse suivante : CNP Assurances – Département Gestion emprunteurs – TSA 67162 – 75716 Paris Cedex 15.

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

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque. Les pièces émanant de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ne permettent pas de justifier d'un arrêt de travail.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances - TSA 77163 - 75716 Paris Cedex 15.

15.1 Quelles sont les pièces à fournir en cas de décès ?

- Une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- une attestation d'assurance en vigueur,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- un bulletin de décès,
- une attestation de décès indiquant si le décès est dû ou non à une cause accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis à l'article 13 (attestation selon un imprimé fourni par l'Assureur).
- En outre, en cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit) les ayants droits de l'Assuré devront en apporter la preuve par tout moyen.

Ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine du sinistre.

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

La déclaration doit être faite dans les jours qui suivent la survenance du décès.

15.2 Quelles sont les pièces à fournir en cas de PTIA ?

- L'attestation d'assurance en vigueur,
- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- si l'Assuré est caution : les pièces justifiant qu'il s'est substitué à l'Emprunteur au titre de ses obligations de caution pendant plus de trois mois et jusqu'à la date de réalisation du risque,
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, document pré établi par l'Assureur, à compléter par l'Assuré et avec l'aide de son médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical confirmant :
 - que l'Assuré est dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit,
 - la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité,
 - que son état l'oblige définitivement à recourir de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
 - Joindre également une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.

Ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine du sinistre.

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

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être remis dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité.

15.3 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'ITT ?

A l'issue de la période de Franchise et au plus tard dans le délai de 90 jours suivant cette date, l'Assuré doit fournir les documents ci-après.

A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance partielle 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.

- L'attestation d'assurance en vigueur,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,

- si l'Assuré est caution : les pièces justifiant qu'il s'est substitué à l'Emprunteur au titre de ses obligations de caution pendant plus de trois mois et jusqu'à la date de survenance du sinistre,
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, document pré établi par l'Assureur, à compléter par l'Assuré et avec l'aide de son médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical indiquant :
 - la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT,
 - la date de l'accident ou de début de la maladie,
 - la durée probable de l'incapacité.

Joindre également :

- pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de l'organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation. **Le titre de pension invalidité 1^{ère} catégorie n'est pas éligible à l'Incapacité Temporaire Totale ;**
- pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative ;
- pour les personnes sans profession : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité aux activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : les indemnités journalières pour les personnes relevant du Régime Social des Indépendants, à défaut un certificat médical précisant les périodes d'arrêt de travail, ou le Titre de pension (TP) pour incapacité au métier.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

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

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

15.4 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'IPT ou IPP ?

- L'attestation d'assurance en vigueur,
- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, document pré établi par l'Assureur, à compléter par l'Assuré et avec l'aide de son médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical indiquant :
 - la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'IPT ou l'IPP,
 - la date de l'accident ou de début de la maladie,
 - la durée probable de l'invalidité.

Joindre également :

- pour les salariés une copie de la notification par l'organisme de protection sociale de la mise en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66% ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : 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 ;
- pour les personnes sans profession : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité aux activités habituelles non professionnelles ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour

l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

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

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

15.5 Quelles sont les pièces à fournir en cas de MTT ?

- Un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à l'arrêt de travail.

Joindre également :

- pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de l'organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative justifiant la période de travail à mi-temps thérapeutique ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : un certificat médical précisant les périodes de mi-temps thérapeutique.

15.6 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'Invalidité AERAS (IA) ?

L'Assuré devra fournir à l'Assureur, dans les **180 jours** qui suivent la survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- l'attestation d'assurance en vigueur,
- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- une attestation médicale d'Incapacité / Invalidité (document fourni par l'Assureur), que l'Assuré remplit avec l'aide de son médecin traitant.

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra 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 « Secret Médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur, CNP Assurances - TSA 77163 - 75716 Paris Cedex 15.

Doivent être produits en outre :

- si l'Assuré est assujettit au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent : une copie de la notification par la Sécurité sociale ou du régime équivalent d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ;
- si l'Assuré relève du statut de la fonction publique ou assimilé :
 - 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 ;
- si l'Assuré est Travailleur Non-Salariés : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

16 - BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations d'assurance est le Prêteur qui a consenti le prêt ou les prêts. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues et fixées selon le tableau d'amortissement du contrat de prêt qui aura été transmis au jour du sinistre.

17 - CONTRÔLE MEDICAL

La production des justificatifs définis aux articles 15.2, 15.3, 15.4, 15.5 et 15.6 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'un contrôle médical passé auprès d'un médecin contrôleur qu'il aura désigné, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA, d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IA tel que défini dans le contrat. L'Assuré peut se faire accompagner de la personne de son choix et/ou se faire assister du médecin de son choix lors du contrôle médical.

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

En cas de refus, l'Assureur notifie à l'Assuré sa décision.

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'incapacité / invalidité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin contrôleur désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge du sinistre. Si après l'un de ces contrôles, l'Assuré conteste la décision de l'Assureur, il peut demander une procédure de tierce expertise selon les modalités prévues à l'article 18.

Si l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle médical ou s'il ne peut pas être joint par défaut de notification de changement d'adresse, **la prise en charge est suspendue** et reprendra le cas échéant à compter de la date du contrôle médical. **Cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions du contrôle médical.**

18 - TIERCE EXPERTISE

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

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

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

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

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

INFORMATIONS GENERALES

19 - COMMENT FAIRE UNE RECLAMATION ?

Pour toute réclamation, relative à l'adhésion de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service Souscription - Réexamens - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peut/peuvent s'adresser à CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Unité Réclamations - TSA 81566 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peut/peuvent s'adresser à la **Médiation de l'Assurance** - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09 ou sur le site internet : www.mediation-assurance.org.

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

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

La saisine du Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article 21.

20 - OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

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

21 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance et à 10 ans en cas de décès. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;

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

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

22 – LUTTE ANTI-BLANCHIMENT

Le courtier en assurance et CNP Assurances sont soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du code monétaire et financier modifié par l'Ordonnance n°2009-104 du 30 janvier 2009.

Le courtier en assurance a donc l'obligation d'identifier et de connaître ses clients et de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de leurs contrats d'assurances. Ces informations sont recueillies par le courtier en assurance pour le compte de CNP Assurances qui peut y accéder en application de la réglementation.

23 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

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

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

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels de CNP Assurances et de Multi Impact, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des

personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

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

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

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

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

L'Assuré peut exercer ces différents droits (i) en se rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr);

et/ou le service DPD de Multi Impact, en se connectant sur son espace personnel ou par courrier (MULTI-IMPACT – Délégué à la Protection des Données, BP 283, 51687 REIMS Cedex 2).

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

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

24 - LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

La langue du Contrat est le français.

Ce contrat est régi par la loi française, à laquelle l'Adhérent, l'Assuré, l'Assureur déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent Contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

25 – ADHESION A L'ASSOCIATION POUR L'UNION ET LE RECOURS EN ASSURANCES

25.1 Objet

L'Association pour l'Union et le Recours En Assurances a pour objet :

- améliorer la protection des adhérents en matières d'assurance emprunteur et de prévoyance ;
- étudier tout type de produits d'assurance afférents susceptibles d'améliorer la protection de ses adhérents ;
- souscrire tout type de contrats d'assurance de groupe auprès des organismes habilités pour le compte de ses adhérents présents et à venir, afin de leur permettre de bénéficier de solutions récentes, performantes et économiques ;
- faire évoluer les contrats d'assurance en cours afin d'améliorer la protection de ses adhérents tout en respectant une équité entre eux ;
- réaliser toutes études statistiques et analyses en rapport avec l'objet de l'Association ;
- organiser toute manifestation, forum, journée d'études, séminaires autour de thèmes en relation avec l'objet de l'Association ;
- accompagner les adhérents présents et à venir dans leurs démarches d'adhésion ;
- mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aide aux adhérents à travers un fonds d'action sociale ;
- créer ou participer à la création de toute association ou groupement poursuivant le même objet, dans le cadre national ou européen ;
- offrir à ses adhérents, de manière plus générale, tous autres services en rapport avec l'objet de l'Association ;
- assurer la défense des intérêts des adhérents.

25.2 Adhésion

Toute personne physique peut devenir membre adhérent à l'occasion de sa demande d'adhésion à un contrat d'assurance de groupe ou collectif souscrit par l'Association. Dès lors que la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par l'Association est acceptée par l'Assureur et que la cotisation annuelle est acquittée, la personne acquiert la qualité de membre adhérent.

25.3 Cotisation

Le membre adhérent doit s'acquitter d'un droit d'entrée de 8 € prélevé avec la première cotisation. La cotisation annuelle de 8 € est prélevée en janvier de chaque année suivant l'adhésion.

26 – AUTORITE DE CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

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.

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris

Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15

Tél : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Entreprise régie par le code des assurances

Association pour l'Union et le Recours En Assurances – Association d'intérêt général régie par la loi de 1901

Siège Social : Technopole du Moulin, Rond-point du Canet CS10019, 13590 MEYREUIL – N°SIREN 800 202 707