

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE

Numéro de contrat : A067K	Numéro de collectivité : 956310	Numéro CASDEN BP: _____
---------------------------	---------------------------------	-------------------------

CANDIDAT A L'ASSURANCE	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Partenaire d'un PACS Nom de naissance : _____ Nom usuel ou marital : _____ Prénoms : _____ Profession : _____ Statut : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Sans profession Né(e) le : ____/____/____ à : Commune : _____ Code postal : _____ Pays : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Commune : _____ Adresse email : _____ Téléphone mobile* : _____ <small>* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).</small>	<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, Chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadres, professions libérales <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris agricoles) <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Autres (sans activité, chômeurs)
------------------------	---	--

FINANCEMENT	Qualité : <input type="checkbox"/> Emprunteur <input type="checkbox"/> Co-emprunteur <input type="checkbox"/> Caution personne physique <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Montant</th> <th style="width: 25%;">Quotité (en pourcentage)</th> <th style="width: 25%;">Durée (en mois)</th> <th style="width: 25%;">Type (Amortissable / Relais ≤ à 24 mois)</th> <th style="width: 20%;">N° du Prêt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Montant	Quotité (en pourcentage)	Durée (en mois)	Type (Amortissable / Relais ≤ à 24 mois)	N° du Prêt																				
Montant	Quotité (en pourcentage)	Durée (en mois)	Type (Amortissable / Relais ≤ à 24 mois)	N° du Prêt																						

DECLARATION	<p>Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.</p> <p>Pour toutes les garanties, je certifie :</p> <ul style="list-style-type: none"> avoir pris connaissance de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli », de la note d'information et de la notice d'information (Réf. L5757 - 12/19)), que j'accepte, avoir reçu les documents susvisés et en conserver un exemplaire de chaque document. <p>Je déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> Demander à adhérer au contrat d'assurance n° A067K C pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ; Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, je reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ; Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français ; M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ; Être informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Assureur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'Assureur toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion ;
-------------	--

- **Accepter** que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Assureur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Assureur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.
- **Accepter** par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout Assureur en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

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

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

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

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

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

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

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

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

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

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

Fait en deux exemplaires à _____, le ___/___/_____ Signature

Document d'information AERAS

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

== JUIN 2019 ==

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

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

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

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

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

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

1.2 Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

- a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos 18 ans :
 - o **si** la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
 - o **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.
- b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans :
 - o **si** la *date de fin du protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance ;
 - o **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie,

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

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

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

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

Déclaration des états de santé : la grille de référence AERAS

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

- les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- il s'agit soit, de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000€, sans tenir compte des crédits relais et ni de l'encours déjà assuré ; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 320 000€ pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³ **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

³ **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE

Numéro de contrat : A067K	Numéro de collectivité : 956310	Numéro CASDEN BP: _____
---------------------------	---------------------------------	-------------------------

CANDIDAT A L'ASSURANCE	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Partenaire d'un PACS Nom de naissance : _____ Nom usuel ou marital : _____ Prénoms : _____ Profession : _____ Statut : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Sans profession Né(e) le : ___/___/___ à : Commune : _____ Code postal : _____ Pays : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Commune : _____ Adresse email : _____ Téléphone mobile * : _____ <small>* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).</small>	<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, Chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadres, professions libérales <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris agricoles) <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Autres (sans activité, chômeurs)
-------------------------------	---	--

Important !

Si l'adhérent n'est **pas en mesure** de signer cette déclaration ou si **l'adhérent est âgé de 50 ans ou plus**, ou si le **montant des capitaux assuré est supérieur à 100 000 euros**, l'adhésion est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

Si vous pouvez répondre NON à chaque question, vous complétez le cadre A . Si vous devez répondre OUI à au moins une des questions, vous complétez uniquement le cadre B	
<ul style="list-style-type: none"> Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ? Etes-vous actuellement titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Etes-vous actuellement pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ? Etes-vous actuellement soumis à un traitement médical ? Avez-vous été, au cours des 3 dernières années, en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ? Avez-vous été atteint à votre connaissance, au cours des 3 dernières années, d'une affection rhumatismale, d'un lumbago, d'une sciatique, d'une dépression nerveuse, d'une affection psychiatrique, d'une affection cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de diabète, d'une affection cancéreuse, neurologique, rénale ou respiratoire (hors allergies) ? A votre connaissance devez-vous subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), une hospitalisation, une intervention chirurgicale, un traitement médical dans les 12 mois à venir ? 	<p style="text-align: center;">A - Cochez si la réponse est NON à chaque question</p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> Devez-vous répondre OUI à au moins une des questions ci-dessus ? Vous devez alors compléter le Questionnaire de Santé. 	<p style="text-align: center;">B - Cochez si la réponse est OUI</p> <p style="text-align: center;">Oui <input type="checkbox"/></p>

M. Mme Mlle

Nom de naissance : _____

Nom usuel ou marital : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : ___/___/_____ à : Commune : _____ Code postal : _____ Pays : _____

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations du questionnaire de santé simplifié et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion.

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

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

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

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

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

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

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

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

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

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

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

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

Fait en deux exemplaires à _____, le _____

Signature du Candidat à l'assurance

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

Fait en deux exemplaires à _____, le _____

Signature du Candidat à l'assurance

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Numéro de contrat : A067K	Numéro de collectivité : 956310	Numéro CASDEN BP: _____
---------------------------	---------------------------------	-------------------------

CANDIDAT A L'ASSURANCE

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Partenaire d'un PACS Nom de naissance : _____ Nom usuel ou marital : _____ Prénoms : _____ Profession : _____ Statut : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Sans profession Né(e) le : ___/___/_____ à : Commune : _____ Code postal : _____ Pays : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Commune : _____ Adresse email : _____ Téléphone mobile * : _____	<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, Chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadres, professions libérales <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris agricoles) <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Autres (sans activité, chômeurs)
---	--

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

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

**** : ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 10 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)**

Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli dans une enveloppe portant la mention « confidentiel secret médical », à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise à la CASDEN Banque Populaire, qui la transmettra sans l'ouvrir.

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ.

QUESTIONNAIRE DE SANTE

1 Indiquez : - Votre taille _____ cm. - Votre poids _____ kg.																																					
2 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ? (sauf congé légal de maternité)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>Pourquoi ? _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>Depuis quand ? _____</td> </tr> </table>	_____	Pourquoi ? _____	_____	Depuis quand ? _____																																
_____	Pourquoi ? _____																																				
_____	Depuis quand ? _____																																				
3 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>Pourquoi ? _____ Depuis quelle date ? _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>À quel taux ou quelle catégorie ? _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? _____</td> </tr> </table>	_____	Pourquoi ? _____ Depuis quelle date ? _____	_____	À quel taux ou quelle catégorie ? _____	_____	Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? _____																														
_____	Pourquoi ? _____ Depuis quelle date ? _____																																				
_____	À quel taux ou quelle catégorie ? _____																																				
_____	Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? _____																																				
4 Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? **	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>** Pourquoi ? _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>Quand (mois/année) ? _____ Durée _____</td> </tr> </table>	_____	** Pourquoi ? _____	_____	Quand (mois/année) ? _____ Durée _____																																
_____	** Pourquoi ? _____																																				
_____	Quand (mois/année) ? _____ Durée _____																																				
5 Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ? _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>Quand (mois/année) ? _____ Durée : _____</td> </tr> </table>	_____	Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ? _____	_____	Quand (mois/année) ? _____ Durée : _____																																
_____	Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ? _____																																				
_____	Quand (mois/année) ? _____ Durée : _____																																				
6 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? **	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>** Pourquoi ? _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>Quand ? _____ Durée : _____</td> </tr> </table>	_____	** Pourquoi ? _____	_____	Quand ? _____ Durée : _____																																
_____	** Pourquoi ? _____																																				
_____	Quand ? _____ Durée : _____																																				
7 Avez-vous subi au cours de votre existence, une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? **	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>** Pourquoi ? _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td>Quand ? _____</td> </tr> </table>	_____	** Pourquoi ? _____	_____	Quand ? _____																																
_____	** Pourquoi ? _____																																				
_____	Quand ? _____																																				
8 Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence :	<table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Laquelle ?</th> <th style="width: 30%;">Quand ?</th> <th style="width: 30%;">Durée :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? **</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- de diabète ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- d'une affection digestive ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- d'une affection neurologique ou du système nerveux ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- d'une affection rénale ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- d'une affection respiratoire ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- de lombalgie, lumbago ou sciatique ?</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Laquelle ?	Quand ?	Durée :	- d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ?	_____	_____	- d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ?	_____	_____	- d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? **	_____	_____	- de diabète ?	_____	_____	- d'une affection digestive ?	_____	_____	- d'une affection neurologique ou du système nerveux ?	_____	_____	- d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ?	_____	_____	- d'une affection rénale ?	_____	_____	- d'une affection respiratoire ?	_____	_____	- d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ?	_____	_____	- de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	_____	_____
Laquelle ?	Quand ?	Durée :																																			
- d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ?	_____	_____																																			
- d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ?	_____	_____																																			
- d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? **	_____	_____																																			
- de diabète ?	_____	_____																																			
- d'une affection digestive ?	_____	_____																																			
- d'une affection neurologique ou du système nerveux ?	_____	_____																																			
- d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ?	_____	_____																																			
- d'une affection rénale ?	_____	_____																																			
- d'une affection respiratoire ?	_____	_____																																			
- d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ?	_____	_____																																			
- de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	_____	_____																																			

QUESTIONNAIRE DE SANTE (suite)

M. Mme Mlle

Nom de naissance : _____

Nom usuel ou marital : _____

Prénoms : _____

9 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ? **	_____	** Précisez pour chaque traitement Lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____ Durée : _____
10 Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ? **	_____	** Lesquelles ? _____ Depuis quand ? _____
11 Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ? Suivez vous actuellement un traitement médical ?	_____ _____	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____ Lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____
12 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de : - réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ? - être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)	_____ _____	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Lesquels ? _____ <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Opéré Pourquoi ? _____ Quand ? _____

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur, entraîne la nullité du contrat (art. L113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature.

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

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

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

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

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

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

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

QUESTIONNAIRE DE SANTE (suite)

M. Mme Mlle

Nom de naissance : _____

Nom usuel ou marital : _____

Prénoms : _____

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE N° A067K EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS CASDEN POUR LA GARANTIE DÉCÈS DES EMPRUNTEURS ADHÉRANT ENTRE 65 ET MOINS DE 70 ANS

Entreprises contractantes :

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris Entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15, ci-après dénommée « l'Assureur ».

et

La CASDEN Banque Populaire - Société anonyme coopérative de Banque Populaire à capital variable – SIREN n° 784 275 778 RCS Meaux Inscrite en tant que Mandataire d'assurance auprès de l'ORIAS sous le n° 07 027 138 dont le siège social est situé au 1 bis rue Jean Wiener – 77420 CHAMPS SUR MARNE, ci-après dénommée « le Souscripteur ».

1° NOM COMMERCIAL DU CONTRAT

Contrat d'assurance groupe n° A067K en couverture de prêts immobiliers régis par les articles L. 312-1 et suivants du code de la consommation, accordés par la CASDEN Banque Populaire.

2° CARACTERISTIQUES DU CONTRAT

Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance groupe n° A067K en couverture de prêts comporte une garantie en cas de décès qui garantit le remboursement des sommes dues au titre de prêts immobiliers amortissables avec ou sans différé de remboursement et de prêts relais en cas de décès de l'Assuré intervenant entre son 65^{ème} anniversaire et la veille de son 76^{ème} anniversaire.

Durée du contrat

Durée du contrat d'assurance groupe : Le contrat 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 prêt mentionné sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion, sous réserve des cas de cessation de garantie contractuels visés à l'article 9 de la notice d'information.

Modalités de versement des primes

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle. Les primes sont payables d'avance et sont prélevées mensuellement par le Souscripteur à la même date que l'échéance de prêt notamment sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne. La prime est exigible dès la date de prise d'effet des garanties. L'âge retenu pour le calcul de la prime est celui de l'Assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion. Le capital retenu pour le calcul de la prime est le capital restant dû emprunté en tenant compte de la quotité assurée.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. En cas de non-paiement des primes, 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.

Délais et modalités de renonciation au contrat

L'Assuré(e) ayant adhéré au contrat pour la garantie Décès peut renoncer à son adhésion au contrat dans les **trente jours calendaires** révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 8.1 de la notice d'information.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante : MGEN - UGPS Service souscription habitat - CS 50001 - 93496 Montreuil cedex, selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme, Mlle).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n° A067K conclue le..... à.....».

La renonciation est effective à la date de réception par la MGEN-UGPS de la lettre de renonciation en recommandé avec A.R. La renonciation

fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. En cas d'accord exprès de l'Assuré pour la prise d'effet immédiate de la garantie, le contrat prend fin à la date de réception de la lettre de renonciation.

Le Souscripteur procède au remboursement, sur un compte ouvert au nom de l'Emprunteur, de l'intégralité de la prime éventuellement versée dans un délai de **trente jours calendaires** révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

Formalités à remplir en cas de sinistre

La demande doit se faire, par l'intermédiaire du Souscripteur, à la MGEN-UGPS qui est chargé du contrôle et de la mise en paiement des sommes dues aux Assurés.

En cas de Décès de l'Assuré, il revient à ses ayants droit de fournir, par l'intermédiaire du Souscripteur, à la MGEN-UGPS dans les jours qui suivent la survenance du Décès :

- ▶ un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès comportant l'indication de la date de naissance,
- ▶ la copie de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- ▶ un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non aux risques exclus par le contrat. Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

Informations sur les primes relatives aux garanties principales et complémentaires

La garantie Décès, objet du contrat, est consentie moyennant le paiement d'une prime dont le taux figure à l'annexe tarifaire de la notice d'information du contrat n° A067K.

Loi applicable et indications générales relatives au régime fiscal

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.

Conformément à la législation fiscale française et au code des assurances, la prestation étant versée à l'organisme 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'acceptation de l'Assuré**, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à : CNP Assurances – Département relations clients 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 relations clients emprunteurs – Service réclamation - TSA 81566 – 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.
- En cas de désaccord avec une décision de CNP Assurances relative à un sinistre et après avoir épuisé les voies de recours auprès de cette dernière, les ayants droit de l'Assuré peuvent s'adresser au Médiateur :
 - par voie postale à « La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 »,
 - ou directement sur le site internet « www.mediation-assurance.org ».

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE N° A067K EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS CASDEN BANQUE POPULAIRE

Informations précontractuelles relatives à la vente à distance

1. Le contrat n° A067K est souscrit auprès de CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - siège social : 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15 - Entreprise régie par le code des assurances et distribué par la CASDEN Banque Populaire - Société anonyme coopérative de Banque Populaire à capital variable - 784 275 778 RCS Meaux - siège social : 1 bis rue Jean Wiener - 77420 CHAMPS SUR MARNE - n° immatriculation ORIAS 07 027 138.
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.
2. Le taux de la prime d'assurance est indiqué à l'annexe tarifaire de la présente notice d'information.
3. La durée de l'adhésion est fixée à l'article 8.3. « *Durée de l'adhésion* ». Les garanties de votre adhésion sont mentionnées à l'article 11. « *Définition des garanties et montants des prestations* ». Les exclusions au contrat A067K sont mentionnées à l'article 12. « *Risques exclus* ».
4. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat est valable jusqu'à la date de validité de l'offre de prêt, indiquée sur cette dernière. Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 8.1. « *Date de conclusion de l'adhésion* » et à l'article 8.2. « *Date de prise d'effet des garanties* ». L'adhésion au contrat A067K s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 6. « *Adhésion dans l'assurance - formalités d'adhésion* ». Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 14 « *Montant de la prime* ».
Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents contractuels par le Candidat à l'assurance sont à la charge de celui-ci 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 renonciation, sont prévues à l'article 10. « *Droit à renonciation* ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate de certaines garanties à la date de conclusion de l'adhésion, il est demandé le paiement d'une première prime calculée au prorata temporis à compter de la date de conclusion de l'adhésion.
6. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Emprunteur sont régies par le droit français.
L'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
7. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 21 - « *Réclamation - médiation* ».
Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - article L. 423-1 du code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (instauré par la loi n°90-86 du 23/01/90 - articles L 422-1 et suivants du code des assurances).

Article 1 – Objet du contrat

Le contrat d'assurance groupe n° A067K est souscrit par la CASDEN Banque Populaire, ci-après dénommée « le Souscripteur », auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'Assureur ». Le contrat n° A067K a pour objet de garantir, dans les conditions fixées ci-après, les Assurés désignés à l'article 4 de la présente notice contre la survenance des risques de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou, le cas échéant, d'Invalidité AERAS par le paiement des sommes dues au titre de prêts immobiliers régis par les articles L 313-1 et suivants du code de la consommation, consentis par la CASDEN Banque Populaire, sous réserve des limites prévues à l'article 2 de la présente notice.

Ce contrat relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R.321-1 du code des assurances. Il est régi par le code des assurances et la réglementation en vigueur. Il répond aux recommandations de la convention AERAS révisée.

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

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

Assuré : est ainsi dénommé, tout Candidat à l'assurance dont au moins une garantie du présent contrat a pris effet.

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

Emprunteur : est ainsi dénommée toute personne physique ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance collectif ; il s'agit des emprunteurs, des co-emprunteurs et de leurs cautions personne physique.

Délai de franchise : période pendant laquelle l'Assureur ne verse pas de prestations.

MGEN-UGPS (Unité Gestion Prestations Spécifiques) : entité chargée, par l'Assureur, de la gestion administrative des demandes d'adhésion, de la

constitution des dossiers de prestations ainsi que du contrôle et de la mise en paiement des sommes dues en cas de sinistres.

Article 2 – Prêts assurables

Le présent contrat couvre les prêts immobiliers amortissables dont les caractéristiques sont les suivantes :

- les prêts à taux fixe et à échéances constantes,
- les prêts à taux fixe et à échéances progressives,
- les prêts à taux variables,
- les prêts modulables,
- les prêts avec amortissement différé partiel ou total, avec amortissement constant et/ou pallier,
- les prêts à taux zéro.

Peuvent également être garantis par le présent contrat les prêts relais d'une durée inférieure ou égale à 24 mois (prorogation possible sans que la durée du prêt ne puisse excéder 36 mois).

Les prêts relais supérieurs à 36 mois au maximum, les prêts non amortissables (prêts in fine) sont totalement exclus de toute couverture par le présent contrat.

Le montant maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré est fixé à 1 000 000 euros au titre du présent contrat en couverture de prêts et ce, en prenant en compte la quotité assurée.

En tout état de cause, la durée de ces prêts immobiliers consentis par le Prêteur doit être inférieure ou égale à 30 ans.

De plus, le prêt à garantir doit être libellé en euros et rédigé en français.

Article 3 – Personnes assurables et risques assurables

3.1 – Personnes assurables :

Peuvent adhérer au contrat n° A067K les Emprunteurs, Co-emprunteurs ou cautions personne physique du titulaire du prêt consenti par le Souscripteur, âgés de moins de 70 ans à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

Il peut y avoir plusieurs Assurés au titre d'un même prêt.

3.2 – Risques assurables :

► Pour les prêts immobiliers amortissables :

- Les Emprunteurs âgés de moins de 65 ans au jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion sont assurables au titre des garanties : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale (ITT) et Invalidité AERAS, le cas échéant.

Les personnes qui n'exercent pas une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre ne sont pas garanties en Incapacité Temporaire Totale (ITT) et Invalidité AERAS, le cas échéant.

- Les emprunteurs âgés de 65 à moins de 70 ans au jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion sont assurables au titre de la garantie Décès.

► Pour les prêts relais d'une durée inférieure ou égale à 24 mois :

- Les Emprunteurs âgés de moins de 65 ans au jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion sont assurables au titre des garanties : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

- Les emprunteurs âgés de 65 à moins de 70 ans au jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion sont assurables au titre de la garantie Décès.

Article 4 – Quotités assurées

L'assurance repose sur la tête de chaque Assuré selon la quotité indiquée sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

La quotité d'assurance retenue s'applique à l'ensemble des garanties couvertes.

L'assurance peut reposer sur plusieurs têtes dans la proportion indiquée sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion sans que la garantie puisse, pour chaque Assuré, être supérieure à 100 % du montant du prêt.

En cas de sinistre :

- survenu à un seul Assuré, la prestation est calculée en fonction de la quotité de garantie pour ce dernier,
- simultanément, survenu à plusieurs Assurés, la prestation due est calculée en fonction de la somme des quotités choisies, sans pouvoir dépasser 100 % des sommes dues au titre du prêt couvert.

Article 5 – Territorialité du contrat

La garantie Décès s'exerce dans tous les pays du monde. L'Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'Invalidité AERAS et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) doivent être constatées en France (France métropolitaine, Départements, Territoires et Collectivités d'Outre-Mer), quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

La prestation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) sera calculée selon la quotité assurée sur la base du capital restant dû figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou sur l'échéancier du contrat de prêt, arrêté au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Assureur sur le sol français.

Les prestations Incapacité Temporaire Totale (ITT) et Invalidité AERAS seront calculées sur la base du montant de l'échéance du prêt dans la limite de la perte réelle justifiée de rémunération nette de l'Assuré et sous réserve que la perte de revenu professionnel soit supérieure à 5 %, arrêtée au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Assureur sur le sol français.

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

Article 6 – Adhésion dans l'assurance - formalités d'adhésion

L'adhésion dans l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Les formalités d'Adhésion sont obligatoires. Elles varient selon l'âge du Candidat à l'assurance et/ou du montant du (ou des) prêt(s). Elles comportent un Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion, un Questionnaire de Santé Simplifié et un Questionnaire de Santé à compléter intégralement et à dater, signer par le Candidat à l'assurance. Le Souscripteur transmet le Questionnaire de Santé à l'Assureur pour décision.

- Lorsque le Candidat à l'assurance choisit de signer son Questionnaire de Santé Simplifié ou son Questionnaire de Santé sur un formulaire papier, il a

la possibilité d'adresser ledit document sous enveloppe cachetée portant la mention « confidentiel – secret médical », à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Souscripteur qui lui transmettra sans l'ouvrir. Cette procédure s'applique également pour l'envoi de tout document médical à l'initiative du Candidat à l'assurance.

- Lorsque le Candidat à l'assurance choisit de signer son Questionnaire de Santé Simplifié ou son Questionnaire de Santé par signature électronique, procédure de télédéclaration sécurisée, ledit document est transmis directement à l'Assureur en fin de procédure.

► Les candidats à l'assurance âgés de moins de 50 ans à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion :

- qui sollicitent un prêt inférieur ou égal à 100 000 euros, peuvent être admis sur production d'un Questionnaire de Santé Simplifié.

Si les intéressés ne sont pas en mesure de signer ce Questionnaire de Santé Simplifié, l'adhésion est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

- qui sollicitent un prêt supérieur à 100 000 euros, peuvent être admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

► Les candidats à l'assurance âgés de 50 ans et plus à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion :

- qui sollicitent un prêt, quel qu'en soit le montant, peuvent être admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété à la demande de l'Assureur d'examen médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur et à ses frais. L'Assuré a la faculté de se faire assister du médecin de son choix 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.

Si une évolution de l'état de santé du Candidat à l'assurance survient avant la date de conclusion de l'adhésion et modifie les réponses portées sur le Questionnaire de Santé signé lors de la demande d'adhésion, le Candidat à l'assurance est tenu d'en informer l'Assureur par l'intermédiaire du Souscripteur. La durée de validité du Questionnaire de Santé est fixée à trois mois à compter de la date de signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, le Candidat à l'assurance doit remplir un nouveau questionnaire.

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

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

► Modifications des caractéristiques du ou des prêts assuré(s) en cours d'adhésion :

Les cas ne donnant pas lieu à renouvellement des formalités d'adhésion sont les suivants :

- diminution du capital garanti, de la durée, de la quotité,
- changement du numéro de prêt,
- prorogation d'un prêt relais sans que la durée totale du prêt ne puisse excéder 36 mois,
- réaménagements de prêts négociés entre l'organisme prêteur initial et l'Emprunteur ou dans le cadre de la loi sur le surendettement des particuliers en cas :
 - d'augmentation de la durée d'assurance dans la limite de 5 ans,
 - d'augmentation du capital garanti : la modification ne devant pas excéder 15 000 euros.

En cas de franchissement de l'un de ces seuils, les formalités d'adhésion sont à renouveler.

Tous les autres cas nécessitent un renouvellement des formalités d'adhésion telles que décrites au présent article 6 de la présente notice.

Article 7 – Décision de l'Assureur

L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Au terme de l'examen des formalités d'adhésion, l'Assureur peut :

- Accepter la demande d'adhésion :

Cette acceptation peut être donnée :

- sans réserve : elle vaut pour tous les risques couverts dans les limites du présent contrat.
- avec réserves : elle exclut certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises.

Le détail de(s) l'exclusion(s) partielle(s) de garantie(s) est communiqué directement au Candidat à l'assurance par courrier séparé signé du Médecin Conseil de l'Assureur.

En cas de réserve partielle ou totale portant sur la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS révisée, d'une proposition de la garantie Invalidité AERAS telle que définie à l'article 12.3.

- Ajourner sa décision :

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

- Refuser la demande d'adhésion :

Une telle décision déclenche automatiquement une étude sur les conditions d'assurance possibles dans un dispositif de deuxième ou de troisième niveau conformément aux dispositions de la convention AERAS révisée (« s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé »).

Notification de la décision de l'Assureur :

- Acceptation sans réserve : La décision de l'Assureur est notifiée par écrit par la MGEN-UGPS à l'Emprunteur.
- Acceptation avec réserves : L'Assureur envoie un courrier au Candidat à l'assurance lui notifiant les dispositions particulières d'assurance. Le Candidat à l'assurance doit donner son accord exprès sur cette décision.
- Ajournement ou refus de la demande d'adhésion : La décision de l'Assureur est notifiée par écrit au Candidat à l'assurance par l'Assureur.
- Sur le courrier de notification de la décision de l'Assureur sont indiquées les coordonnées de la Commission de Médiation AERAS et la possibilité pour le Candidat à l'assurance de prendre contact par courrier avec le médecin de l'Assureur, soit directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions d'assurance.

La décision émise par l'Assureur est valable 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'assurance. Si, avant la fin de ce délai, la prise d'effet de l'assurance n'est pas intervenue ou si l'offre de prêt devient caduque, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

L'adhésion dans l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un prêt immobilier déterminé aux conditions initiales de ce prêt immobilier, telles que définies à l'article 2.

Article 8 – Date de conclusion de l'adhésion, date de prise d'effet des garanties et durée de l'adhésion

8.1 Date de conclusion de l'adhésion :

- Si l'acceptation est donnée sans réserve, l'adhésion est conclue à la plus tardive des deux dates suivantes :
 - au jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion,
 - au jour de la décision de l'Assureur, dès lors que des informations complémentaires, telles que précisées à l'article 7 de la présente notice, ont été demandées par l'Assureur.
- Si l'acceptation est donnée avec réserves, l'adhésion est conclue à la date de signature par le Candidat à l'assurance de la notification des dispositions particulières d'assurance.

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

8.2 – Date de prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- à la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 8.1,
- à la date de déblocage des fonds.

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

La date de prise d'effet des garanties est indiquée sur l'attestation d'assurance de prêt transmise à ou aux Candidat(s) à l'assurance par la MGEN-UGPS.

8.3 – Durée de l'adhésion :

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt garanti mentionnée sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 9 de la présente notice.

Conformément aux articles L. 313-30 et L. 313-31 du code de la consommation et aux articles L. 113-12-2 et L. 113-12 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de substitution et de résiliation du présent contrat d'assurance soit :

- dans un délai de douze (12) mois à compter de la signature de l'offre de crédit.

L'Assuré notifie au Souscripteur sa demande de résiliation par courrier recommandé au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période de douze (12) mois.

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

- soit dix (10) jours après réception de la décision du prêteur par le Souscripteur,
 - soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.
- à expiration de ce délai de douze (12) mois, à chaque échéance annuelle de son contrat d'assurance. L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation en lettre recommandée au Souscripteur au moins deux (2) mois avant cette date d'échéance. La date d'échéance annuelle correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de crédit. En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à cette date d'échéance annuelle.

Dans tous les cas, la demande de substitution s'effectue auprès du prêteur selon les modalités qui sont fixées dans l'offre de crédit.

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

Article 9 – Cessation de l'adhésion et des garanties

L'adhésion et les garanties cessent :

- en cas de non-paiement des primes et après mise en œuvre des formalités de l'article L. 141-3 du code des assurances,
- en cas de résolution du prêt conformément à l'article L. 313-36 du code de la consommation ; dans cette hypothèse, l'adhésion au présent contrat est censée ne jamais avoir existé et les primes reçues au titre du présent contrat sont restituées, sauf s'il y a eu mise en œuvre d'une garantie au titre du présent contrat,
- en cas de décès de l'Assuré avant la prise d'effet des garanties,
- à la date de versement de la prestation en cas de Décès ou de PTIA,
- au terme contractuel du prêt garanti,
- à la date de remboursement total anticipé du prêt garanti,
- en cas de transfert du prêt à un autre Emprunteur,
- à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du Contrat de prêt,
- au jour de la réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Souscripteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 10,
- au jour de la prise d'effet de la substitution ou de la résiliation de l'assurance par l'Assuré dans les conditions fixées à l'article 8.3.

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

tard :

- pour la garantie Décès : à la veille du 76ème anniversaire de l'Assuré,
- pour la garantie PTIA : à la veille du 65ème anniversaire de l'Assuré,
- pour les garanties Invalidité AERAS et Incapacité Temporaire Totale :
 - au jour de la mise à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause (retraite pour inaptitude, réforme ou autre)
 - au plus tard, à la veille du 65ème anniversaire de l'Assuré.

Article 10 – Droit à renonciation

La signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion ou la signature par l'Emprunteur de la notification des dispositions particulières par l'Assureur ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré.

Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

10.1- Délai pour exercer la faculté de renonciation :

- Si le contrat est conclu par voie de démarchage :

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

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

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

- Si le contrat est conclu à distance :

Le contrat est conclu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du code des assurances, pour les Assurés bénéficiant des garanties Décès, PTIA, Invalidité AERAS et ITT, un délai légal de **quatorze jours calendaires** révolus s'applique à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie Décès seul, un délai de **trente jours** s'applique à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

- Si le contrat est conclu en face-à-face :

Le contrat est conclu en face à face lorsque le client, n'ayant pas préalablement fait l'objet d'une sollicitation personnalisée - envoi d'un courrier ou autre, à son domicile, son lieu de résidence ou son lieu de travail - se rend dans les locaux du professionnel de l'assurance pour adhérer au contrat.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie Décès, PTIA, Invalidité AERAS et ITT, l'Assureur prévoit contractuellement un délai de renonciation de **trente jours calendaires**.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie Décès seul, le délai légal de renonciation est de **trente jours calendaires** révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

- Dans tous les cas :

Quel que soit le mode de commercialisation, et pour les Assurés bénéficiant des garanties Décès, PTIA, Invalidité AERAS et ITT, ainsi que pour les Assurés bénéficiant de la garantie Décès seul, le délai est de **trente jours**. L'Assuré bénéficie alors, notamment à titre contractuel, d'un délai de renonciation de **trente jours calendaires** révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion, que la vente soit conclue en face à face, à distance ou par voie de démarchage.

10.2 – Modalités de la renonciation :

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

MGEN-UGPS Service souscription habitat - CS 50001 - 93496 Montreuil cedex selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e), M. Mme. Melle... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer

à mon adhésion au contrat n° A067K que j'ai signée le ...à... (Lieu d'adhésion). Le... (Date et signature) ».

10.3 – Effets de la renonciation :

Le Souscripteur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de **trente jours calendaires** à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

Les effets sur le contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- **Si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage**, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

- **Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face**, l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce, dès réception par MGEN-UGPS de la lettre de renonciation en recommandé ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception.

Article 11 – Définition des garanties et montants des prestations

Sous réserve de la décision de l'Assureur et des risques exclus définis à l'article 12 de la présente notice, l'assurance couvre les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Invalidité AERAS et Incapacité Temporaire Totale (ITT):

11.1 – Décès :

Le décès de l'Assuré est pris en charge s'il survient en cours d'assurance et avant son 76ème anniversaire, sous réserve des exclusions prévues à l'article 12.

Prestation garantie :

L'assureur verse, dans la limite de la quotité garantie, le capital restant dû d'après le tableau d'amortissement du prêt établi à la date du sinistre et à **l'exclusion de toute échéance arriérée**. Le capital pris en charge par l'Assureur est déterminé en tenant compte :

- du montant maximum assurable au jour de l'adhésion :

En cas d'application de ce maximum, le capital pris en charge par l'Assureur est calculé en affectant au capital restant dû au jour du décès le rapport existant entre le maximum assurable au jour de l'entrée dans le contrat et le capital total emprunté.

- lorsque l'assurance repose sur plusieurs têtes :

Lorsque l'assurance repose sur plusieurs Assurés, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux capitaux restant dus figurant sur le(s) tableau(x) d'amortissement(s) au titre du ou des prêt(s) garanti(s), et à **l'exclusion de toute échéance arriérée**. Dans ce cas, les Assurés survivants sont radiés du contrat.

L'Assuré cautionnant un prêt doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à la prise en charge.

11.2- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

a/ Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

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

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

2. - elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer,

3. - la PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue **avant son 65ème anniversaire**.

b/ Prestation garantie :

Le versement de la prestation est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de reconnaissance du sinistre. La prestation versée est identique à celle définie à l'article 12.1 pour la garantie décès. La prestation est calculée à la date de reconnaissance du risque par l'Assureur.

L'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 11.4, peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA s'il vient à en remplir les conditions.

Toutefois, les prestations ITT qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA, seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

L'Assuré cautionnant un prêt doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à la prise en charge.

11.3- Invalidité AERAS :

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

Si la garantie Incapacité Temporaire Totale est refusée pour raisons médicales, ou si elle est accordée mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer à l'Assuré une garantie invalidité AERAS.

Seuls les Assurés en activité professionnelle à la date du sinistre peuvent être garantis pour le risque invalidité AERAS.

Le courrier mentionné à l'article 7 précisera si cette garantie est accordée ou non.

a/ Définition de l'invalidité AERAS :

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 annexé au Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite, publié au Journal Officiel par décret N° 2001-99 du 31 janvier 2001.
La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au point 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque.
- 4 - l'Assuré justifie d'une incapacité professionnelle attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé de Longue Durée,
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de sa profession.
- 5 - l'état d'invalidité AERAS doit être reconnu par l'Assureur avant son 65ème anniversaire.

b/ Montant de la Prestation :

La prestation garantie, ses modalités de calcul et de versement, ses conditions d'exclusion (hors celles liées à une pathologie) et de cessation sont

identiques à celles définies pour la garantie ITT à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'invalidité AERAS. Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

L'Assuré cautionnant un prêt doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à la prise en charge.

c/ Cessation du versement des prestations Invalidité AERAS :

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 9,
- à la veille du 65ème anniversaire de l'Assuré,
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini au présent article 11.3,
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les justificatifs définis à l'article 16.3,
- lorsque après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 %,
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel.

11.4 - L'Incapacité Temporaire Totale (ITT) :

Seuls les Assurés en activité professionnelle à la date du sinistre sont garantis pour le risque Incapacité Temporaire Totale (ITT) au titre du contrat n° A067K.

L'Assuré cautionnant un prêt doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à la prise en charge.

Ne sont pas garantis pour le risque Incapacité Temporaire Totale (ITT) :

- les prêts relais,
- les personnes qui n'exercent pas une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre,
- les personnes qui bénéficient à la date du sinistre de prestations de retraite ou de préretraite qu'elle qu'en soit la cause (pour inaptitude, réforme ou autre).

a/ Définition :

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

1. L'Assuré se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer une activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ;
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà du délai de franchise de 90 jours, 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 16.4.

b/ Délai de franchise :

Pendant la période dite délai de franchise, l'Assureur ne verse pas de prestation. Le délai de franchise est fixé à 90 jours. La prise en charge débute le 91ème jour suivant l'arrêt d'activité.

► **Mode de calcul du délai de franchise** : il est précisé que lorsqu'un Assuré a des interruptions de travail non consécutives, et chacune inférieure à 90 jours, dues à des rechutes de la même maladie ou infirmité, il peut, sur production des certificats médicaux correspondants, obtenir le bénéfice des prestations prévues dans les conditions suivantes. Il doit apporter la preuve que l'ensemble des périodes d'ITT survenues en cours d'assurance dépasse 90 jours, en tenant compte uniquement pour les interruptions de travail antérieures, de celles qui se situent dans les 365 jours précédant immédiatement le point de départ de la dernière indisponibilité.

► **Non application du délai de franchise en cas d'ITT successives** : Le délai de franchise n'est pas appliqué en cas de période d'ITT justifiée par l'Assuré, conformément à l'article 17.4 si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à **60 jours**.

c/ Montant des prestations pour la garantie ITT :

Lorsqu'un Assuré remplit les conditions de prise en charge définies ci-dessus et sous réserve que la perte de revenu professionnel net soit supérieure à 5 %, l'Assureur verse le montant de l'échéance du prêt dans la limite de la perte réelle justifiée de rémunération nette de l'Assuré.

Cette prestation est calculée en proportion de la part de garantie souscrite par l'Assuré et du montant maximum assurable.

La perte réelle de rémunération nette est la différence entre le « revenu de référence » de l'Assuré avant son arrêt de travail et son « revenu de remplacement ».

Pour le calcul du « revenu de référence », sont prises en compte la rémunération indiciaire nette pour les Assurés fonctionnaires ou le traitement net pour les Assurés salariés non fonctionnaires au cours des 12 mois précédents l'arrêt de travail augmentée de la totalité des primes, indemnités, heures supplémentaires en situation d'activité.

Pour le calcul du « revenu de remplacement » sont prises en compte la part de salaire ou indemnités journalières sécurité sociale, allocations journalières, prestations des régimes de prévoyance complémentaires.

La rémunération liée à l'activité qui sera prise en compte est mensuelle. Elle prend en compte une fraction de certains revenus périodiques :

- 1/3 des primes et indemnités trimestrielles,
- 1/6 des primes et indemnités semestrielles,
- 1/12 des primes et indemnités annuelles,
- et, pour certaines catégories de salariés qui en bénéficient, d'un 13ème ou d'un 14ème mois.

Sont expressément exclues les rémunérations à caractère saisonnier telles que colonies de vacances, heures de ski, leçons particulières.

Pour les non-salariés, non fonctionnaires, la rémunération de référence sera déterminée à partir des revenus nets effectivement déclarés au titre de l'impôt sur le revenu l'année précédant le sinistre : bénéfice réel imposable ou forfait imposable.

Les prestations servies sont limitées au montant d'une seule garantie (échéance mensuelle pour les prêts amortissables) lorsque des Assurés garantis à 100 % chacun, pour le même prêt, se trouvent simultanément en ITT.

d/ Cessation du versement des prestations ITT :

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 10,
- dès que l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'ITT qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat,
- à la veille du 65ème anniversaire de l'Assuré,
- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle même à temps partiel,
- dès que l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 17.4,
- dès que l'Assuré bénéficie de prestation d'incapacité ou d'invalidité partielle (notamment indemnités journalières pour temps partiel thérapeutique, pension de première catégorie versées par la Sécurité sociale ou prestations équivalentes, rente inférieure à 66%),
- dès que l'Assuré est reconnu apte à exercer une activité professionnelle même à temps partiel suite à un contrôle médical diligent par l'Assureur.

Article 12 – Risques exclus

Sont exclus du présent contrat et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances (accidents, blessures, maladies et mutilations, lorsque ces événements résultent d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré),
- les conséquences de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante. *Cette exclusion ne s'applique pas aux militaires et aux policiers dans l'exercice de leur profession,*
- les conséquences de faits de guerres civiles, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes dès lors que 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 accidents survenus à l'occasion de compétitions, démonstrations, raids, acrobaties ou de tous sports nécessitant l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel de navigabilité ou d'utilisation,
- les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou licence valide,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome. *Cette exclusion ne s'applique pas aux sapeurs-pompiers non militaires dans l'exercice de leur profession.*

Article 13 – Bénéficiaires des prestations

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

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

En cas d'Invalidité AERAS ou d'Incapacité Temporaire Totale, les prestations sont réglées à l'Assuré.

Article 14 – Montant de la prime

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une prime réglée mensuellement au prêteur à la même date que l'échéance de prêt par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

Les taux de prime applicables au contrat n° A067K figurent à l'annexe tarifaire de la présente notice.

Le capital retenu pour le calcul de la prime est le capital restant dû du crédit en tenant compte de la quotité assurée.

L'âge retenu pour le calcul de la prime est celui de l'Assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

La part de la prime afférente aux risques PTIA, ITT ou Invalidité AERAS, le cas échéant, est affectée après la date limite de fin de ces garanties précisées à l'article 10 au seul risque Décès.

En cas de remboursement anticipé partiel du prêt, la nouvelle assiette de prime correspond au capital restant dû après le remboursement anticipé partiel. La quotité assurée reste inchangée. Dans ce cas, la décision d'assurance émise par l'Assureur lors de la demande initiale d'adhésion au contrat pour couvrir le prêt concerné par ce remboursement anticipé partiel est maintenue.

Article 15 – Défaut de paiement de la prime

L'Assuré est tenu au règlement de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion.

S'il ne règle pas ses primes, 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.

A 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 la décision déclarant la recevabilité de la demande de classement en surendettement, le délai de 40 jours fixés ci-dessus est contractuellement porté à 120 jours, sous réserve que la présente assurance figure dans l'état du passif définitivement arrêté par la commission de surendettement ou le juge.

Article 16 – Justificatifs en cas de sinistres

En vue du règlement des prestations garanties définies à l'article 12 de la présente notice, un dossier est adressé, par l'Assuré ou ses ayants droit, par l'intermédiaire du Souscripteur, à la MGEN-UGPS qui est chargé du contrôle et de la mise en paiement des sommes dues aux Assurés.

Ce dossier indique les noms, prénoms et date de naissance de l'Assuré ainsi que le numéro de se(s) prêt(s) figurant sur l'attestation de garantie et est complété par les pièces suivantes :

Dans tous les cas : une copie de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité.

16.1– En cas de décès de l'Assuré :

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

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non aux risques exclus définis à l'article 13.
- une copie de la notification éventuelle des dispositions particulières d'assurance acceptées et signées par l'Assuré,

Ces documents devront être libellés en français ou le cas échéant traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'établissement des documents. Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

16.2– En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

Toutes pièces que la situation particulière de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie rend nécessaire pour l'examen de la demande notamment :

- une Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité, tenue à la disposition de l'Assuré par le Souscripteur (document CNP Assurances), complétée par l'Assuré avec l'aide de son médecin-traitant.

En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical :

- attestant que l'invalidité dont est atteint l'Assuré le place dans l'impossibilité de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et le met dans l'obligation de recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
- précisant le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident qui en est la cause,
- si l'Assuré concerné relève d'un régime d'Assurance Maladie : une copie de la notification d'attribution de pension d'invalidité majorée pour tierce personne délivré par ledit régime.
- une copie de la notification éventuelle des dispositions particulières d'assurance acceptées et signées par l'Assuré,

16.3– En cas d'Invalidité AERAS :

Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Souscripteur, dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité AERAS, les éléments ci-après.

A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L 113-2 4° du code des assurances, dès lors que l'Assureur établit que cette déclaration tardive lui a causé un préjudice, sauf si cette déclaration tardive est due à un cas fortuit ou de force majeure. La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

- une Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité, tenue à la disposition de l'Assuré par le Souscripteur (imprimé fourni par l'Assureur), complétée par

l'Assuré avec l'aide de son médecin-traitant.

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

- une copie de la notification des dispositions particulières d'assurance acceptées et signées par l'Assuré,
- la copie de l'avis d'imposition de l'année précédant la survenance du sinistre,
- un relevé d'Identité Bancaire précisant le code BIC (Identifiant international de l'établissement bancaire) et le code IBAN (identifiant international de compte bancaire) sur lequel les prestations seront versées.

Joindre également :

• Pour les fonctionnaires et assimilés :

- une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,
- une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension accompagnée des décomptes de pension,
- une copie des décomptes d'allocations d'invalidité MGEN ou de tout autre régime complémentaire de prévoyance. Dans le cas contraire, un engagement sur l'honneur de ne percevoir aucun complément de revenus.

• Pour les salariés :

- une copie de la notification par l'organisme de protection sociale de l'attribution d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale accompagnée des décomptes de pension.

- une copie des décomptes d'allocations d'invalidité MGEN ou de tout autre régime complémentaire de prévoyance. Dans le cas contraire, un engagement sur l'honneur de ne percevoir aucun complément de revenus.

• Pour les non-salariés :

- une copie du titre de pension pour invalidité accompagnée des décomptes de pension.

Ces documents sont nécessaires à l'étude du dossier mais n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du risque.

16.4– En cas d'Incapacité Temporaire Totale :

En vue du règlement des prestations, il revient à l'Assuré (ou ses ayants-droit), à l'issue de la période de franchise et au plus tard dans un délai de 90 jours suivant cette date, de fournir les documents ci-après.

A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L 113-2 4° du code des assurances, dès lors que l'Assureur établit que cette déclaration tardive lui a causé un préjudice, sauf si cette déclaration tardive est due à un cas fortuit ou de force majeure. La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

- une Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité, tenue à la disposition de l'Assuré par le Souscripteur (imprimé fourni par l'Assureur) complétée par l'Assuré avec l'aide de son médecin-traitant.

En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et la date de l'accident ou de début de la maladie dont résulte l'Incapacité Temporaire Totale.

- une copie de la notification éventuelle des dispositions particulières d'assurance acceptées et signées par l'Assuré,
- la copie de l'avis d'imposition de l'année précédant la survenance du sinistre.
- un relevé d'Identité Bancaire précisant le code BIC (Identifiant international de l'établissement bancaire) et le code IBAN (identifiant international de compte bancaire) sur lequel les prestations seront versées.

Ainsi que les pièces justificatives suivantes :

• Pour les fonctionnaires et assimilés :

- la copie des trois bulletins de salaire indiquant le revenu à plein traitement précédant immédiatement l'arrêt d'activités,
- la copie du bulletin de salaire à demi-traitement ou la copie des décomptes de pension dans l'hypothèse de l'admission à la retraite pour invalidité,
- l'attestation de perte de revenu remplie, datée et signée par l'organisme mandataire du traitement (inspection académique, bureau de liaison des traitements du rectorat, chef d'établissement) faisant apparaître la perte nette de rémunération, mois par mois, dès lors qu'elle est supérieure à 5 % (y compris les primes, indemnités forfaitaires et horaires supplémentaires),
- le ou les arrêté(s) du service du personnel de l'administration justifiant du

(ou des) congé(s) de maladie ou d'accident ainsi que leur nature (Plein traitement, Demi Traitement, Sans Traitement, Disponibilité d'Office) et/ou la notification d'admission à la retraite pour invalidité,

- la copie des décomptes d'allocations journalières ou d'invalidité MGEN ou de tout autre régime complémentaire de prévoyance. Dans le cas contraire, un engagement sur l'honneur de ne percevoir aucun complément de salaires.

• **Pour les salariés :**

- la copie des trois bulletins de salaire faisant apparaître l'intégralité de la rémunération précédant l'arrêt d'activités,

- l'attestation de perte de revenu remplie, datée et signée par le ou les employeur(s) faisant apparaître la perte nette de rémunération, mois par mois, dès lors qu'elle est supérieure à 5 % (y compris les accessoires de salaires : primes, heures supplémentaires, etc).

- la copie des décomptes d'indemnités journalières de la sécurité sociale au titre de l'arrêt d'activités et/ou la copie des décomptes de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou de rente supérieure ou égale à 66% accompagnée de la notification afférente,

- la copie des décomptes d'allocations journalières ou d'invalidité MGEN ou de tout autre régime complémentaire de prévoyance. Dans le cas contraire, un engagement sur l'honneur de ne percevoir aucun complément de salaires.

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

- la copie du bilan simplifié comportant les comptes de résultat déclarés au titre de l'impôt sur le revenu de l'année précédant l'arrêt d'activités,

- la copie du titre de pension pour invalidité accompagnée des décomptes de pension,

- la copie des décomptes d'indemnisation servie par un régime complémentaire de prévoyance quel qu'il soit. A défaut un engagement sur l'honneur de ne percevoir aucun complément de revenu.

- La copie des décomptes émanant de la couverture sociale obligatoire des travailleurs indépendants (RSI) ou autres organismes (MSA).

• **En outre, pour les assurés caution personnes physiques :**

Pour demander le bénéfice des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité AERAS ou Incapacité Totale de Travail (ITT), l'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois mois au moins à la date de survenance du sinistre médicalement reconnu par l'Assureur et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

Par conséquent, outre les pièces définies ci-dessus, une copie justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement engagée à son encontre, depuis trois mois au moins à la date de survenance du sinistre, doit être transmise.

En cas de prolongation de l'état d'ITT, les pièces justificatives doivent être renouvelées au fur et à mesure, faute de quoi les prestations cessent d'être réglées.

En toute état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité Sociale, d'organismes similaires ou de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

Article 17 – Contrôle médical et recours

17.1– Contrôle médical :

La production des justificatifs définis aux articles 16.1, 16.2, 16.3 et 16.4 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations. L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA, d'invalidité AERAS ou d'ITT tel que défini aux articles 11.2, 11.3 et 11.4.

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

En cas de refus, l'Assureur notifie par l'intermédiaire de la MGEN-UGPS sa décision à l'Assuré.

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'invalidité AERAS ou de l'ITT, des contrôles médicaux auprès d'un médecin

désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles, peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur.

A chaque contrôle médical demandé par l'Assureur, l'Assuré a la faculté de se faire assister du médecin de son choix à ses frais ou d'apporter tout élément médical en sa possession.

Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de tierce expertise peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 17.2.

Si l'Assuré refuse de se soumettre à la visite médicale ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale.

17.2– Tierce expertise :

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

Cette demande doit être formulée par écrit.

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

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

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

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

Article 18 – Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, ce délai est porté à dix ans à compter de sa connaissance du décès. Cette prescription spécifique s'éteint dans un délai maximal de trente ans suivant le décès de l'Assuré.

En vertu de l'article L. 114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (la demande en justice ; une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée : le commandement de payer, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait) et par 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 prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 19 – Informatique et libertés

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement des données à caractère

personnel de l'Assuré est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance de l'Assuré, CNP Assurances est amenée à collecter des données de santé le concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Les données de santé de l'Assuré 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.

Les données à caractère personnel de l'Assuré 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 l'Assuré peut 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, l'Assuré dispose du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer.

L'Assuré 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).

L'Assuré 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.

Article 20 – Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance

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

Article 21 – Réclamation – Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations au titre du présent contrat doivent être formulées auprès de l'Assureur.

Pour toute réclamation relative à la décision d'adhésion de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à :

CNP Assurances – Département relations clients emprunteur - 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-droits peut (peuvent) s'adresser à :

CNP Assurances – Département relations clients emprunteur – Service 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 s'adresser au Médiateur :

- par voie postale à « La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 »,

- ou directement sur le site internet «www.mediation-assurance.org».

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

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

En cas de difficultés liées au fonctionnement ou au non-respect des dispositions de la convention AERAS, l'Assuré pourra s'adresser à la Commission de Médiation de la Convention AERAS - 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris cedex 09, qui l'aidera à rechercher une solution amiable du dossier.

Article 22 – Loi applicable – langue utilisée

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.

L'Assureur et le Souscripteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Article 23 – Opposition au démarchage téléphonique

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

ANNEXE TARIFAIRE AU CONTRAT N°A067K

Taux de Primes

Le montant de la prime est calculé en fonction d'un taux appliqué au capital restant dû du crédit en tenant compte de la quotité assurée, défini selon l'âge de l'Assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et la décision de l'Assureur.

Age de l'Assuré à la date de l'adhésion	Taux annuel en %
< 28 ans	0,18 %
de 28 ans à < 36 ans	0,22 %
de 36 ans à < 46 ans	0,39 %
de 46 ans à < 56 ans	0,57 %
de 56 ans à < 70 ans	0,86 %

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

CASDEN Banque Populaire | Siège social : 1 bis rue Jean Wiener – 77420 CHAMPS SUR MARNE
Société anonyme coopérative de Banque Populaire à capital variable | SIREN N° 784 275 778 | RCS Meaux |
N° immatriculation ORIAS 07 027 138