



Note et Notice d'information



Sommaire

NOTE D'INFORMATION	3
NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE	4
LEXIQUE	5
CNP ACCESS PROTECT	7
1. OBJET DU CONTRAT	7
2. RECAPITULATIF DES GARANTIES ET OPTION	7
QUELLES SONT LES GARANTIES ET OPTION PROPOSEES ?	8
3. LES GARANTIES	8
3.1 Garantie Décès	8
3.2 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	8
3.3 Garantie Invalidité Spécifique AERAS (IS AERAS)	8
3.4 Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)	9
3.5 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)	10
3.6 Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)	10
4. OPTION ZEN+	11
COMMENT S'ASSURER ?	12
5. PERSONNES ASSURABLES	12
6. PRETS ASSURABLES :	12
7. FORMALITES D'ADHESION :	12
8. DECISION DE L'ASSUREUR ET DU CANDIDAT A L'ASSURANCE	12
QUELLES LIMITES A LA COUVERTURE DU CONTRAT ?	14
9. LES EXCLUSIONS DE GARANTIE	14
COMMENT METTRE EN ŒUVRE LES GARANTIES DU CONTRAT ?	15
10. TERRITORIALITE	15
11. FORMALITES A ACCOMPLIR	15
12. CONTROLE MEDICAL	17
13. TIERCE EXPERTISE	17
14. BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS	17
LA VIE DE VOTRE ADHESION	18
15. DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION	18
16. DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES	18
17. CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES	18
18. FACULTE DE RESILIATION	18
18.1 - Faculté de résiliation	18
18.2 - Notification de la demande de résiliation	18
19. FACULTE DE RENONCIATION	19
19.1 Délai pour exercer la faculté de renonciation	19
19.2 Modalités de renonciation	19
19.3 Effets de la renonciation	19
VOS COTISATIONS	20
20. CALCUL DES COTISATIONS	20
21. PAIEMENT DES COTISATIONS	20
22. CONSEQUENCES EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS	20
INFORMATIONS GENERALES	21
23. RECLAMATION	21
24. CHANGEMENT DE SITUATION	21
25. MODIFICATION DU PRÊT SANS CHANGEMENT D'ORGANISME PRÊTEUR	21
26. FACULTE OFFERTE PAR LE CONTRAT EN CAS DE CHANGEMENT D'ORGANISME PRETEUR ...	21
27. DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE	21
28. PRESCRIPTION	21
29. INFORMATIQUE ET LIBERTES	21
30. LUTTE ANTIBLANCHIMENT	22
31. LOI APPLICABLE	22
32. OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE	22
33. ADHESION A L'ASSOCIATION « LE COLLEGE DES ASSURES »	22
33.1 Objet	22
33.2 Adhésion	22
33.3 Cotisation associative	22
34. AUTORITE DE CONTROLE	22



NOTE D'INFORMATION

relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°3008V

Entreprises contractantes :

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

Association « Le Collège des Assurés » - Association régie par la loi de 1901 – 38, rue de la Condamine – 75017 Paris – APE 9499Z – SIRET 80308779000017.

1 - Nom commercial du contrat

Contrat d'assurance en couverture de prêts CNP ACCESS PROTECT n° 3008V.

2 – Caractéristiques du contrat

2.1 Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance CNP ACCESS PROTECT n° 3008V comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital des prêts assurables au titre du présent contrat en cas de survenance du risque décès intervenant **avant votre 90^{ème} anniversaire**.

2.2 Durée du contrat

Durée du contrat d'assurance de groupe conclu entre l'Association « Le Collège des Assurés » et CNP Assurances

Le contrat d'assurance de groupe n° 3008V est souscrit pour une durée de trois ans et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du ou des prêts mentionnés dans le bulletin d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 17 de la notice d'information.

2.3 Modalités de versement des cotisations

Vous vous engagez à payer les cotisations, calculées sur la base du montant du prêt garanti, de la durée de l'emprunt ou de l'acte de cautionnement, de votre âge, de votre situation de santé, des risques déclarés, de la quotité assurée.

La cotisation est exigible dès la prise d'effet de la garantie et peut être prélevée par le Gestionnaire sur un compte ouvert à votre nom auprès d'un établissement bancaire situé en France.

Vous êtes tenu au paiement de l'intégralité de vos cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. En cas de non-paiement des cotisations, le Gestionnaire peut exclure du contrat un Assuré 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 par le Gestionnaire, conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances.

2.4 Délais et modalités de renonciation au contrat

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat dans les **trente jours** calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 11 de la notice d'information.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception à l'adresse du Gestionnaire – 38 Rue de la Condamine – 75017 Paris - selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon d'adhésion au contrat d'assurance en couverture de prêts CNP ACCESS PROTECT n° 3008V que j'ai signée le A (lieu d'adhésion)
Fait à, le »

La renonciation est effective à la date de réception par le Gestionnaire de la lettre de renonciation en recommandé ou de l'envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé.

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la cotisation éventuellement versée dans un délai de **30 jours calendaires** révolus à compter de la réception de la demande de renonciation.

2.5 Formalités à remplir en cas de sinistre

Il revient à vos ayants-droit de fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès soit en ligne via l'espace client personnel, soit par voie

postale à l'adresse suivante : CNP Assurances – Département relations clients Emprunteurs – TSA 67162 – 75716 PARIS CEDEX 15:

- un bulletin de décès ou un acte de décès original mentionnant votre date de naissance,
- l'attestation de décès (imprimé fourni par l'Assureur) à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès,
- le certificat d'assurance,
- le tableau d'amortissement ou l'échéancier de prêt en vigueur au jour du sinistre,
- une copie du contrat de prêt.

En cas de décès accidentel, vos ayants droit devront fournir par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse ou articles internet.

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

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs et à l'étude de la demande par l'Assureur.

2.6 Informations sur les cotisations relatives aux garanties principales et complémentaires

En cas de remboursement anticipé partiel, la nouvelle assiette de cotisation est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

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

Le remboursement anticipé total ne donne lieu à aucun remboursement de cotisation.

2.7 Indications générales relatives au régime fiscal

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

3 – Procédure d'examen des litiges

Pour toute réclamation relative à la décision d'admission, vous ou vos ayants droit pouvez, pendant la durée de la validité de la décision d'acceptation, vous adresser à CNP Assurances – Département Activités Emprunteurs – Service Souscriptions - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, vos ayants droit peuvent s'adresser à CNP Assurances – Département Activités Emprunteurs – Unité Réclamations - TSA 81566 - 75716 Paris Cedex 15.

- En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, vos ayants droit pourront s'adresser à la Médiation de l'Assurance soit par courrier postal adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110- 75441 Paris cedex 09 soit directement sur : www.mediation-assurance.org.

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

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

4 – Consultation du rapport sur la solvabilité et la situation financière de l'Assureur

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) du groupe CNP Assurances est consultable sur son site internet : <http://www.cnp.fr/Analyste-investisseur>.



NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE

Le contrat d'assurance de groupe CNP ACCESS PROTECT n° 3008V est souscrit par l'Association "Le Collège des Assurés", dénommé le Souscripteur, pour ses adhérents auprès de CNP Assurances, dénommé l'Assureur.

Ce contrat est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation française en vigueur.

Ce contrat relève des branches 1,2 et 20 de l'article R.321-1 du code des assurances.

INFORMATION PRECONTRACTUELLE DE VENTE A DISTANCE (VAD)

Ce que vous devez savoir avant de vous engager :

1. Le présent contrat d'assurance de groupe CNP ACCESS PROTECT n° 3008V est souscrit par l'Association « Le Collège des Assurés » - association Loi 1901 – siège social : 38, rue de la Condamine – 75017 Paris, auprès de CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre - siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux- Entreprise régie par le code des assurances. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

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

2. Les modalités de calcul des cotisations d'assurance sont indiquées à l'article 20 « Calcul des cotisations » de la présente notice.

3. La durée de l'adhésion est fixée aux articles 15 « Date de conclusion et durée de l'adhésion » et 17 « Cessation de l'adhésion et des garanties » de la présente notice. Les garanties sont mentionnées aux articles 3 « Les garanties » et 4 « L'option ZEN + ». Les exclusions au contrat 3008V sont mentionnées à l'article 9 « Exclusions de garantie » de la présente notice.

4. L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à l'émission du certificat d'assurance. Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 15 « Date de conclusion et durée de l'adhésion » et 16 « Date de prise d'effet des garanties » de la présente notice.

L'adhésion au contrat 3008V s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 7 « Formalités d'adhésion » et 8 « Décision de l'assureur et du candidat à l'assurance » de la présente notice.

Les modalités de paiement des cotisations d'assurance sont indiquées à l'article 21 « Paiement des cotisations » de la présente notice. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée - coûts des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires, des connexions Internet, des frais d'impression et d'envois postaux par l'Emprunteur sont à la charge de ce dernier et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

5. Il existe un droit à renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation, sont prévues à l'article 19 « Faculté de renonciation » de la présente notice. En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, le Candidat à l'assurance doit acquitter un premier versement de cotisation. La garantie Décès Temporaire Accident prend effet à la date de signature de la demande d'adhésion, et ce sans contrepartie financière.

6. Les relations précontractuelles et contractuelles entre vous et l'Assureur 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 23 « Réclamation » de la présente notice.

Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n°99-532 du 25/06/99 - article L. 423-1 du code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).



LEXIQUE

A

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

Actes ordinaires de la vie courante : s'habiller, se laver, s'alimenter, se déplacer.

Actif : toute personne occupant une activité professionnelle rémunérée y compris les personnes en Recherche d'emploi.

Adhérent : personne physique qui adhère au contrat d'assurance de groupe. Dans le présent contrat, l'Adhérent est également l'Assuré.

Affections psychiatriques : affection psychotique, affection psychique, affection névrotique, dépression nerveuse (endogène ou réactionnelle), syndrome anxiodépressif, état dépressif, anxiété, trouble du comportement et de la personnalité.

Affections du dos : atteinte discale, vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatralgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale.

Assistance d'une tierce personne : activité qui consiste à effectuer de façon constante et à la place de la personne dépendante, les actes ordinaires de la vie courante (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer).

Assuré : tout Candidat à l'assurance dont au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet. L'Assuré est désigné par Vous dans la notice d'information.

Assureur : Personne morale qui s'engage, moyennant le paiement de vos Cotisations et conformément aux conditions prévues par le Contrat d'assurance, à garantir les conséquences des risques couverts par le Contrat. Dans le présent Contrat, l'Assureur est CNP Assurances.

B

Bénéficiaire : il s'agit de l'Organisme prêteur

C

Candidat à l'assurance : toute personne physique sollicitant une couverture d'assurance. Cette demande de couverture est soumise à l'acceptation de l'Assureur.

Capital assuré : montant du prêt qui peut faire l'objet d'une garantie. Il s'agit du Capital initial multiplié par la Quotité.

Capital initial : montant emprunté au jour de la souscription du contrat de prêt.

Capital restant dû : montant total du prêt (ou somme des échéances) dont vous êtes redevable, en tant qu'emprunteur, à une date donnée.

Caution : personne qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'Emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir. Pour pouvoir prétendre à la prise en charge, la Caution doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre.

Certificat d'assurance : document indiquant les conditions dans lesquelles l'Assureur vous a accepté. Ce document complète et personnalise la notice d'information.

Co-emprunteur : personne qui signe, avec d'autres emprunteurs, un même prêt. Chaque co-emprunteur est responsable des remboursements de crédit : en cas d'impayé, l'organisme prêteur peut se retourner contre chacun des co-emprunteurs.

Consolidation : stabilisation durable de votre état de santé, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

Convention AERAS : convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

Cotisations : versement périodique effectué à l'Assureur pendant toute la durée de l'adhésion au contrat d'assurance, en contrepartie des garanties accordées. Les cotisations sont réglées par l'Adhérent.

E

Emprunteur : personne physique ou morale qui demande et obtient d'un Organisme prêteur une somme d'argent à rembourser, moyennant intérêts et frais.

F

Fait intentionnel : fait commis volontairement pour provoquer un Sinistre

Franchise : période à expiration de laquelle intervient la réalisation du risque et durant laquelle, après survenance d'un sinistre, les prestations ne sont pas dues.

G

Gestionnaire : organisme qui gère le contrat d'assurance. Dans le présent contrat, le gestionnaire est BPSIs.

I

Inactif : situation lorsque vous n'êtes ni en emploi, ni en recherche d'emploi (chômage). Par exemple : personnes au foyer, investisseur vivant des revenus de ses

investissements....

Les retraités ne sont pas considérés comme des inactifs.

Incapacité temporaire totale (ITT) : vous êtes en état d'ITT reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat :

- Dans le cas où vous êtes Actif au jour du sinistre, vous vous trouvez dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer votre activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ou dans l'impossibilité reconnue médicalement d'effectuer une recherche d'emploi si vous êtes privé de votre emploi suite à une rupture de votre contrat de travail;
- ou
- Dans le cas où vous êtes Inactif au jour du sinistre, vous êtes contraint d'observer, sur prescription médicale, un repos complet et continu à votre domicile vous obligeant à interrompre toutes vos activités habituelles non-professionnelles.

L'incapacité doit être temporaire, totale et reconnue par l'Assureur. Elle doit persister au-delà du délai de franchise.

Invalidité permanente partielle (IPP) : état reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat, et après consolidation de votre état de santé, vous présentez un taux d'invalidité supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66%, selon les dispositions de la présente notice.

Invalidité permanente totale (IPT) : état reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis par le contrat, et après consolidation de votre état de santé, vous présentez un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66%, selon les dispositions de la présente notice.

M

Mi-Temps Thérapeutique (MTT) : reprise du travail à temps partiel thérapeutique autorisé par le corps médical et l'employeur.

O

Organisme prêteur : personne morale qui prête le montant à assurer. Dans le présent contrat, il s'agit d'une banque.

P

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : état reconnu par l'Assureur si, à la suite d'un accident ou d'une maladie constatée médicalement, vous êtes définitivement dans l'impossibilité totale de vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant vous procurer gain ou profit et si vous êtes 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 courante (vous déplacer, vous alimenter, vous habiller, vous laver).

Prestation : prise en charge par l'Assureur du remboursement du Capital ou de (des) l'échéance(s) ou loyers, dans la limite de la Quotité assurée à la date du Sinistre

Prêt immobilier amortissable : prêt dont le capital et les intérêts sont remboursés par échéances, en général mensuelles.

Prêt in fine : prêt dont le capital est remboursé à la fin du contrat d'emprunt. Seuls les intérêts sont payés par échéances périodiques.

Prêt relais : prêt de courte durée vous permettant d'acheter un nouveau logement en attendant la vente de votre ancien logement. Les intérêts sont payés par échéances périodiques ou avec le capital en fin de contrat.

Q

Quotité assurée : part garantie du capital emprunté, exprimée en pourcentage. Il est précisé que la prise en charge par l'Assureur, en cas de sinistre, est proportionnelle à la quotité, dans les conditions prévues par la présente notice.

Le montant assuré, proratisé par la quotité choisie, ne peut être supérieur à 100% du montant du prêt.

R

Recherche d'emploi : est considéré en recherche d'emploi l'Assuré percevant des allocations d'assurance chômage versées par Pôle emploi ou tout organisme assimilé conformément aux articles L.5421-1 et suivants du code du travail.

Rechute : Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un nouvel arrêt, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve :

- que l'adhésion soit toujours en vigueur ;
- et que la période de reprise de travail ne soit pas supérieure à 60 jours.

Dans les cas contraires, il s'agira d'une nouvelle ITT qui débutera à la fin d'un nouveau délai de franchise sous réserve que l'adhésion soit toujours en vigueur.

S

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

Souscripteur : personne morale ou chef d'entreprise qui conclut le Contrat d'assurance de groupe avec l'Assureur. Dans le présent Contrat le Souscripteur est l'Association « le Collège des Assurés ».

Surprime : supplément de cotisation destiné à couvrir un risque plus important que celui couvert dans les conditions normales du contrat.

V

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

Vous : désigne l'Assuré



CNP ACCESS PROTECT

1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts CNP ACCESS PROTECT n°3008V a pour objet de vous garantir contre les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Spécifique (IS) AERAS, Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT), et Invalidité Permanente Partielle (IPP) tels que définis au Lexique et à l'article 3 de la présente notice d'information.

2. RECAPITULATIF DES GARANTIES ET OPTION

Type de garanties	Conditions d'âge à l'adhésion	Conditions d'âge au moment de la prise en charge	Prestations pour les Actifs au jour du sinistre (en fonction de la quotité assurée)	Prestations pour les Inactifs au jour du sinistre (en fonction de la quotité assurée)
Décès	Plus de 18 ans et moins de 85 ans	Jusqu'à 90 ans	Versement du capital restant dû	Versement du capital restant dû
PTIA	Plus de 18 ans et moins de 65 ans	Jusqu'à 67 ans	Prise en charge* des échéances de prêt	-----
ITT			Prise en charge des échéances de prêt jusqu'à 100% et jusqu'à 50% en cas de MTT pendant 6 mois maximum	Prise en charge des échéances de prêt jusqu'à 100%
IPT			Prise en charge des échéances de prêt jusqu'à 100%	
IPP		Jusqu'à 67 ans	Prise en charge des échéances du prêt jusqu'à 50%	-----

*Les Assurés en Recherche d'emploi au moment du sinistre ne peuvent pas bénéficier de cette garantie

Option

ZEN+	Condition d'âge à l'adhésion : avoir plus de 18 ans et moins de 65 ans	En complément des garanties ITT, IPT, IPP et IS AERAS	La prise en charge intervient sans condition d'hospitalisation pour les affections psychiatriques ou d'intervention chirurgicale pour les affections du dos
------	--	---	---

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
ITT : Incapacité Temporaire Totale
IPT : Invalidité Permanente Totale

IPP : Invalidité Permanente Partielle
IS AERAS : Invalidité Spécifique AERAS (cf article 3.3)
MTT : Mi-Temps Thérapeutique



QUELLES SONT LES GARANTIES ET OPTION PROPOSEES ?

EN CAS DE FRAUDE, TENTATIVE DE FRAUDE OU DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE SUR LA NATURE, LES CAUSES, LES CIRCONSTANCES OU LES CONSEQUENCES D'UN SINISTRE, L'ASSURE SERA DECHU DU DROIT A GARANTIES

Les garanties définies à l'article 3 sont souscrites ensemble et sont indissociables. Par exception, au moment de votre demande d'adhésion au contrat d'assurance, vous pouvez renoncer aux garanties ITT, IPT et IPP. Cette renonciation s'applique exclusivement aux opérations immobilières à usage locatif.

3. LES GARANTIES

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

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

Pour l'ensemble des garanties, les prestations correspondent aux montants dus au dernier certificat d'assurance de prêt qui porte sur le dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance et expressément accepté par l'Assureur, multiplié par la quotité assurée. L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'Organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).

3.1 Garantie Décès

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie Décès, vous devez avoir au moins 18 ans et moins de 85 ans à l'adhésion.

Cette garantie vous couvre en cas de Décès pendant la durée de votre adhésion et jusqu'à votre 90^{ème} anniversaire.

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

L'Assureur prend en charge le capital restant dû au jour du décès dans la limite d'un plafond de 2 000 000 €.

GARANTIE DECÈS TEMPORAIRE ACCIDENT

Le contrat intègre également une garantie Décès Temporaire Accident. La garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion. Elle est limitée à soixante (60) jours et prend fin au plus tard à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. Elle prend également fin automatiquement si vous ne donnez pas suite à votre demande d'adhésion. La garantie Décès Temporaire Accident couvre le montant prévu pour la garantie Décès dans la limite de 300 000 € (trois cent mille euros). En cas de sinistre, après la signature du contrat de prêt ou de l'acte de cautionnement et avant le déblocage des fonds, la garantie produit tous ses effets si le projet est poursuivi.

Bénéficiaire des prestations

Le bénéficiaire de la prestation est l'Organisme prêteur.

Le versement de la prestation met fin à l'ensemble des garanties.

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

DEFINITION

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie PTIA, vous devez avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

La reconnaissance de la PTIA par l'Assureur doit survenir en cours d'assurance, et avant votre 67^{ème} anniversaire.

Vous êtes reconnu en état de PTIA, à la suite d'un accident ou d'une maladie, lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- 1- L'état de PTIA reconnue par l'Assureur se situe avant votre 67^{ème} anniversaire ;
- 2- L'invalidité dont vous êtes atteint vous place dans l'impossibilité totale et définitive de vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant vous procurer gain ou profit ;
- 3- L'invalidité vous 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 courante (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver), cette assistance devant avoir lieu jusqu'à la fin de votre vie.

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnue par l'Assureur et consécutive à une maladie constatée médicalement ou un accident garantis par le contrat, l'Assureur paye le capital restant dû figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou échéancier porté à sa connaissance, multiplié par la quotité assurée et dans la limite d'un plafond de 2 000 000 €. Le capital restant dû est déterminé au jour où vous êtes reconnu en PTIA par l'Assureur.

Bénéficiaire des prestations

Le bénéficiaire de la prestation est l'Organisme prêteur.

Le versement de la prestation met fin à l'ensemble des garanties.

3.3 Garantie Invalidité Spécifique AERAS (IS AERAS)

Seuls les Assurés en activité professionnelle au jour du sinistre peuvent être garantis pour le risque Invalidité Spécifique AERAS. Les Assurés en recherche d'emploi ne peuvent pas bénéficier de la mise en jeu de cette garantie. Le courrier mentionné à l'article 8 précisera si cette garantie est accordée ou non.

Si les garanties ITT, IPT, IPP sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec des réserves portant sur certaines pathologies, l'Assureur peut soumettre dans la proposition d'accord la garantie Invalidité Spécifique AERAS.

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS révisée (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) en vigueur à la date de l'adhésion. Ces dispositions sont consultables sur le site www.aeras-infos.fr.

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

Si l'Assuré estime que les dispositions de la convention AERAS n'ont pas été correctement appliquées, il peut saisir la commission de médiation : Commission de médiation de la convention AERAS - 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

DEFINITION

Vous êtes en état d'IS AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- 1 votre invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.
- 2 votre 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 votre 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 vous justifiez d'une incapacité professionnelle attestée par le bénéfice :

- lorsque vous êtes salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ;
- lorsque vous êtes fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé de longue maladie ;
- lorsque vous êtes non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.

5 l'état d'Invalidité Spécifique AERAS doit être reconnu par l'Assureur avant votre 67^{ème} anniversaire.

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

L'Assureur verse les prestations d'assurance dues :

- en fonction des quotités assurées,
- au prorata du nombre de jours d'invalidité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt,
- dans la double limite de 100% du montant des échéances exigibles pour l'ensemble des Assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 8 000 € (ou 96 000 € par an) par Assuré. Si l'échéance du prêt assuré est supérieure à 8 000 € par mois (ou 96 000 € par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 8 000 € (ou 96 000 € par an) par Assuré en fonction du dernier échéancier ou du dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur.

Modification des échéances en cours d'indemnisation IS AERAS

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt pendant une période d'IS AERAS ne peut être prise en compte par l'Assureur.

En cas de modification à la baisse du montant des échéances périodiques du prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire des prestations.

L'ASSUREUR CESSE L'INDEMNISATION :

- à la date de cessation de la garantie visée à l'article 17 ;
- lorsqu'après contrôle médical, votre taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 % ;
- lorsque vous n'êtes plus reconnu en état d'IS AERAS tel que défini ci-dessus
- dès que vous reprenez une activité professionnelle même à temps partiel ;
- dès que vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 11
- dès que vous bénéficiez de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (y compris retraite pour invalidité, incapacité, réforme ou autre) sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état de d'invalidité qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat.

3.4 Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

DEFINITION

Pour pouvoir souscrire à la garantie ITT, vous devez, au moment de l'adhésion, avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans et exercer une activité professionnelle.

La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) ne s'applique pas aux prêts relais d'une durée inférieure ou égale à 36 mois. Cependant, si l'Organisme

prêteur le requiert, la garantie ITT peut être souscrite à l'adhésion pour ces prêts relais.

Par exception, au moment de votre demande d'adhésion au contrat d'assurance, vous pouvez renoncer aux garanties ITT, IPT et IPP. Cette renonciation s'applique exclusivement aux opérations immobilières à usage locatif.

Si au moment de la réalisation du sinistre ITT, vous bénéficiez de prestations de retraite ou de préretraite, qu'elle qu'en soit la cause, vous ne pourrez pas mettre en œuvre cette garantie.

Vous êtes en état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) lorsque les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

- ❖ dans le cas où vous êtes Actif à la veille du sinistre :

1. Vous vous trouvez dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer votre activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ou dans l'impossibilité reconnue médicalement d'effectuer une recherche d'emploi si vous êtes privé de votre emploi suite à une rupture de votre contrat de travail,
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà de la période 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 11.

- ❖ Dans le cas où vous êtes Inactif à la veille du sinistre :

1. vous êtes contraint d'observer, sur prescription médicale, un repos complet et continu à votre domicile vous obligeant à interrompre toutes vos activités habituelles non professionnelles;
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà de la période de franchise de 90 jours à compter de la prescription médicale;
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 11.

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

L'ITT doit être temporaire, totale et reconnue par l'Assureur. L'Assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

La prise en charge des échéances intervient à expiration d'une période de franchise de 90 jours durant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur. Cette période de franchise débute au premier jour d'arrêt de travail et doit être continue.

Si, au jour du sinistre, vous êtes Inactif, les prestations sont versées au terme du délai de franchise de 90 jours à compter de la prescription médicale vous obligeant à observer un repos complet et continu à votre domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation.

L'Assureur prend en charge, au titre de l'ITT, le montant de chaque échéance exigible, multiplié par la quotité assurée :

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

L'échéance est calculée par rapport aux caractéristiques du prêt que vous avez fournies dans la demande d'adhésion et en fonction du dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur.

Pour les prêts in fine et les prêts relais assortis d'un différé partiel, seuls les intérêts sont pris en charge, le remboursement du capital ne faisant pas partie de la prestation d'assurance.

Le montant des échéances de prêt indemnisés par l'Assureur est calculé dans la limite de 100% du montant des échéances assurées exigibles et d'un plafond par Assuré et par mois de :

- 8 000 € si vous Actif au jour du sinistre;
- 3 800 € si vous êtes Inactif au jour du sinistre.

En cas de pluralité d'Assurés sur un même prêt, le total des sommes indemnisées par l'Assureur est limité à 100% des échéances assurées exigibles.

Cette prise en charge s'effectue au prorata du nombre de jours d'incapacité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur après expiration du délai de franchise, et ce au plus tard jusqu'à votre 67^{ème} anniversaire.

L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'Organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).

Si vous êtes indemnisé de façon continue au titre de la garantie ITT depuis plus de trois ans (soit 1095 jours) et si les éléments médicaux de votre dossier conduisent à conclure au caractère définitif de votre état d'incapacité, l'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre des garanties Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle.

Modification des échéances en cours d'indemnisation ITT

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt pendant une période d'ITT ne peut être prise en compte par l'Assureur. En cas de modification à la baisse du montant des échéances périodiques du prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire des prestations.

En cas de rechute ITT

- En cas de rechute engendrant une nouvelle ITT dans les 60 jours suivant votre reprise d'activité, pour la même cause que toute ITT précédente prise en charge par l'Assureur, cette nouvelle ITT est considérée comme la suite de la précédente. Elle est garantie dans les mêmes conditions et sans délai de franchise, à condition que la garantie ITT soit toujours en vigueur. Cette modalité est limitée à deux rechutes pour une même mise en jeu de la garantie ITT.
- Si une nouvelle ITT est déclarée dans un délai supérieur à 60 jours suivant votre reprise d'activité, il s'agit dans tous les cas d'une nouvelle ITT à laquelle il faut donc notamment appliquer le délai de franchise.

Mi-temps thérapeutique

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique (ou temps partiel thérapeutique) autorisé par le corps médical et l'employeur (ou assimilé), l'Assureur indemnise 50% des sommes dues au titre de l'ITT, selon la quotité assurée. La prestation est versée au maximum pendant 180 jours.

Vous êtes en état de mi-temps thérapeutique lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

1. vous avez bénéficié d'une prise en charge au titre de la garantie ITT,
2. vous reprenez une activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit médicalement.
3. vous devez justifier de votre incapacité en produisant les pièces demandées par l'Assureur.

L'ASSUREUR CESSE L'INDEMNISATION

- A la date de cessation de la garantie visée à l'article 17 ;
- en cas de reprise du travail à temps plein ou à temps partiel (sauf en cas de Mi-Temps Thérapeutique comme décrit au paragraphe ci-dessus) ;
- dès que vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 11,
- dès que vous bénéficiez de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat,
- dès que vous bénéficiez de prestations d'invalidité partielle ou totale (notamment pension d'exploitant agricole invalide au 2/3, pension de première, deuxième ou troisième catégorie ou assimilé attribué par le régime obligatoire de base auquel vous êtes affilié). Une étude de prise en charge pour invalidité permanente (IPT ou IPP) est alors engagée,
- si une expertise médicale, demandée par l'Assureur, établit que vous n'êtes pas dans l'incapacité totale et continue d'accomplir votre activité professionnelle ou d'effectuer une recherche d'emploi ;
- si une expertise médicale, demandée par l'Assureur, établit que, si vous n'exercez pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, vous n'êtes pas dans l'obligation d'observer un repos complet et continu à votre domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation, vous obligeant à interrompre toutes vos occupations habituelles (notamment travaux domestiques, bricolage, jardinage et gestion des affaires familiales et personnelles) ;
- à la date de consolidation de votre état de santé ;
- au plus tard au 1095^{ème} jour de prise en charge par l'Assureur. Une étude de prise en charge pour invalidité permanente (IPT ou IPP) si vous exercez une activité professionnelle au moment de la réalisation du sinistre ITT) est alors engagée.
- Dès que vous êtes indemnisé au titre de la garantie PTIA, IPT ou IPP.

3.5 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

DEFINITION

Pour pouvoir souscrire à la garantie IPT, vous devez, au moment de l'adhésion, avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans et exercer une activité professionnelle.

Par exception, au moment de votre demande d'adhésion au contrat d'assurance, vous pouvez renoncer aux garanties ITT, IPT et IPP. Cette renonciation s'applique exclusivement aux opérations immobilières à usage locatif.

Si au moment de la réalisation du sinistre IPT, vous bénéficiez de prestations de retraite ou de préretraite, qu'elle qu'en soit la cause, vous ne pourrez pas mettre en œuvre cette garantie. Toutefois, lorsque la mise à la retraite ou pré-retraite résulte d'un état d'incapacité indemnisé par le présent contrat, la garantie IPT pourra être mise en œuvre.

Vous êtes reconnu en état d'IPT par l'Assureur lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis par le contrat, et après consolidation de votre état de santé ou au plus tard au 1095^{ème} jour de prise en charge au titre de l'ITT, vous présentez un taux d'invalidité constaté par le Médecin conseil de l'Assureur supérieur ou égal à 66%.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle (selon le tableau d'invalidité ci-après).

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi d'après le barème de droit commun du Concours médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction de l'activité professionnelle exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

L'IPT doit être reconnue avant la date de cessation de la garantie (voir article 17).

Si vous êtes Actif au jour du sinistre :

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

Si vous êtes Inactif au jour du sinistre :

- Ce taux est déterminé en fonction de votre taux d'incapacité fonctionnelle.

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

Les modalités de calcul et de versement des prestations au titre de la garantie IPT sont identiques à celles prévues pour la garantie ITT.

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire des prestations.

L'ASSUREUR CESSE L'INDEMNISATION :

- à la date de cessation de la garantie visée à l'article 17 ;
- dans le cas où votre état de santé évolue en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) telle que définie dans le présent contrat. Dans ce dernier cas, l'Assureur intervient au titre de cette garantie ;
- dès que vous bénéficiez 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'IPT qui fait l'objet d'une indemnisation par le présent contrat
- dès que vous reprenez une activité professionnelle même à temps partiel ;
- dès que vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 11 ;
- en cas d'évolution favorable de votre état de santé, si votre taux d'invalidité devient inférieur à 66%. Une étude est alors réalisée au titre de la garantie IPP.

3.6 Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

DEFINITION

Pour pouvoir souscrire à la garantie IPP, vous devez, au moment de l'adhésion, avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans et exercer une activité professionnelle.

Par exception, au moment de votre demande d'adhésion au contrat d'assurance, vous pouvez renoncer aux garanties ITT, IPT et IPP. Cette renonciation s'applique exclusivement aux opérations immobilières à usage locatif.

L'IPP s'applique exclusivement aux Assurés Actifs au jour du sinistre.

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

Vous êtes reconnu en état d'IPP par l'Assureur lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti par le contrat, et après consolidation de votre état de santé ou au plus tard au 1095^{ème} jour d'indemnisation au titre de l'ITT, vous présentez un taux d'invalidité constaté par le Médecin conseil de l'Assureur, supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66% (Voir « Tableau d'invalidité » ci-dessous).

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

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

L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'Organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).

Pour les prêts in fine, seuls les intérêts sont pris en charge, le remboursement du capital ne faisant pas partie de la prestation d'assurance.

Modification des échéances en cours d'indemnisation IPP

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt pendant une période d'IPP ne peut être prise en compte par l'Assureur.

En cas de modification à la baisse du montant des échéances périodiques du prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire des prestations.

L'ASSUREUR CESSE L'INDEMNISATION

- à la date de cessation de la garantie prévue à l'article 17;
- dès que vous bénéficiez 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'invalidité permanente qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat
- en cas d'évolution favorable de votre état de santé, si votre taux d'invalidité devient inférieur à 33% ;
- en cas de reprise du travail à temps plein ou à temps partiel;
- en cas d'indemnisation au titre des garanties IPT (taux d'invalidité qui devient supérieur ou égal à 66%), PTIA ou Décès.

TABEAU D'INVALIDITE

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

Etat d'IPP*	Etat d'IPT*
Vous bénéficiez d'une prestation égale à 50% de celle prévue dans le cadre de la garantie ITT	Vous bénéficiez d'une prestation identique à celle prévue dans le cadre de la garantie ITT

*dans la limite de la quotité assurée

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle (1) et du taux d'incapacité professionnelle (2) (selon le tableau d'invalidité ci-dessus).

Le taux d'incapacité fonctionnelle (1) est établi d'après le barème de droit commun du Concours médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle (2) est apprécié en fonction de l'activité professionnelle exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Par exemple :

"J'ai un taux d'incapacité fonctionnelle de 70 % et un taux d'incapacité professionnelle de 40% : donc, d'après le tableau ci-dessus, mon taux d'invalidité permanente partielle est de 58 %."

4. OPTION ZEN+

Cette option ne peut être souscrite qu'au moment de votre adhésion. Elle s'applique aux garanties ITT, IPT, IPP et IS AERAS.

Par exception aux dispositions prévues à l'article 9, votre état d'Incapacité ou votre état d'Invalidité est pris en charge en cas de sinistre résultant des deux types d'affections suivantes :

- 1/ les affections du dos (voir le lexique),
 - 2/ les affections psychiatriques (voir le lexique),
- sans condition d'hospitalisation pour les affections psychiatriques et sans condition d'intervention chirurgicale pour les affections du dos.



COMMENT S'ASSURER ?

5. PERSONNES ASSURABLES

Pour adhérer au contrat d'assurance CNP ACCESS PROTECT 3008V, vous devez :

- être membre de l'Association « Le Collège des Assurés »,
- être une personne physique **âgée de plus de 18 ans et de moins de 85 ans** à la date de prise d'effet des garanties pour adhérer à la garantie Décès et **de moins de 65 ans** pour adhérer aux garanties PTIA, ITT, IPT, IPP et Invalidité Spécifique AERAS (Cf. ; article 3.3),
- avoir la qualité d'Emprunteur, de CoEmprunteur ou de caution d'un prêt souscrit auprès d'un Organisme prêteur situé en France (métropole ou DROM);
- de nationalité française résidant en France (métropole, DROM) ou à l'étranger à l'exception des Etats-Unis, du Canada, de Singapour, de l'Australie, des Emirats Arabes Unis et du Japon. En cas de résidence en dehors d'un pays de l'Espace économique européen, vous devez vous adresser au Gestionnaire, qui remettra votre dossier à l'Assureur. Les dossiers seront étudiés au cas par cas.
ou
de nationalité appartenant à l'Espace économique européen et résidant dans un pays de l'Espace économique européen, à Monaco ou en Suisse,
ou
de nationalité monégasque ou suisse et résident dans un pays de l'Espace économique européen, à Monaco ou en Suisse,
- avoir souscrit un prêt rédigé en français, libellé en Euros et dont la période de différé si elle existe ne peut être supérieure à 36 mois (sauf pour le prêt à taux zéro).

6. PRETS ASSURABLES :

Le prêt que vous souscrivez doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- prêts immobiliers amortissable ou in fine, ou prêts à taux zéro, ou prêts relais,
- d'une durée minimum de 12 mois, et d'une durée maximum de 420 mois (35 ans). Les prêts relais ou in fine présentant un différé total ne doivent pas excéder une durée maximum de 36 mois. Les prêts in fine avec différé partiel ne doivent pas excéder une durée maximum de 120 mois (10 ans), hors prêt à taux zéro.
- d'un montant assuré minimum de 22 000 € et maximum de 2 000 000 € pour une quotité assurée à 100%,

Seuls les prêts en euros sont assurables.

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré au jour de l'adhésion est fixé à 2 000 000 €, quel que soit le nombre de prêts consentis par l'Organisme prêteur.

7. FORMALITES D'ADHESION :

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

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

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

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

Vous êtes dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule la signature du bulletin d'adhésion est exigée.

Pour les prêts assurables qui ne sont pas visés par les conditions énoncées ci-dessus :

Vous devez compléter et signer, selon le montant du prêt à assurer et votre âge au jour de l'adhésion, une demande d'adhésion et une déclaration d'état de santé (DES), un questionnaire de santé simplifié (QSS) ou un questionnaire de santé (QS). Ces formalités pourront être complétées d'examen médicaux de laboratoire et le cas échéant d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais.

Vous pouvez en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à votre état de santé.

De plus, lorsque le montant du prêt assuré est au moins égal à 1 500 001 €, vous devez compléter et signer une déclaration personnelle et financière.

Vous pouvez choisir de compléter et signer la DES/le QSS/le QS :

- Soit par signature électronique, procédure de télédéclaration sécurisée. La DES, ou le QSS ou le QS sera transmis directement en fin de procédure à l'Assureur.
- soit sur un formulaire papier. Dans ce cas, vous avez la possibilité de l'adresser sous enveloppe portant la mention « Confidential - secret médical » à l'attention du Médecin-conseil par délégation de l'Assureur.

La durée de validité de la DES ou du QSS ou du QS est fixée à 6 mois à partir de la date de sa signature. Si l'Assureur n'a pas reçu ce document dans ce délai, vous devrez renouveler vos formalités d'adhésion.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 12 mois à partir de la date à laquelle ils ont été effectués.

Attention : si vous ne donnez pas suite à votre demande d'adhésion ou si vous refusez les conditions proposées par l'Assureur alors qu'elles sont sans surprime ou sans réserve, les honoraires relatifs aux examens médicaux restent à votre seule charge.

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle dans les informations fournies à l'Assureur entraînera l'application des dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances et la nullité du contrat. Les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dédommagement.

8. DECISION DE L'ASSUREUR ET DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

Si les formalités d'adhésion ne comportent pas de questionnaire de santé : Vous êtes acceptés pour les garanties indiquées sur le bulletin d'adhésion. Un certificat d'assurance de prêt vous sera alors adressé via votre espace client personnel.

Si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé, l'Assureur peut :

- accepter votre demande d'adhésion sans réserve pour toutes les garanties sollicitées. Un certificat d'assurance de prêt vous sera alors adressé via votre espace client personnel.
- accepter votre demande d'adhésion avec réserves et vous soumettre une proposition d'accord avec majoration de cotisation et/ou restriction de certaines garanties et/ou pathologies pour des garanties précises. Vous disposez alors d'un délai de quatre (4) mois à compter du jour où la décision de l'Assureur est prise pour accepter par écrit ou par signature électronique les nouvelles conditions d'assurance en retournant la proposition d'accord au Gestionnaire. Si vous refusez cette proposition ou n'adrez pas cette proposition d'accord au Gestionnaire dans le délai de 4 mois, vous ne serez pas assuré.

- ajourner sa décision. Dans ce cas, vous n'êtes pas assuré mais vous pourrez présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui vous sera indiqué.

- refuser votre demande d'adhésion. Cette décision déclenche automatiquement dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude de 2nd niveau de votre dossier. En cas de refus d'assurance au 2nd niveau, votre dossier sera transmis par l'Assureur au pool de réassurance du

3ème niveau du dispositif de la convention AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la demande d'adhésion et des règles de confidentialité.

Nous vous rappelons que chaque décision d'admission dans l'assurance est prononcée pour une opération d'emprunt déterminée et aux conditions initiales de cette opération. Toute autre opération d'emprunt fera l'objet d'une nouvelle procédure d'adhésion.



QUELLES LIMITES A LA COUVERTURE DU CONTRAT ?

9. LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

9.1 Exclusions s'appliquant à toutes les garanties :

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

- ❖ le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- ❖ les conséquences de fait volontaire du bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie,
- ❖ les sinistres résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré visés à l'article L 113-1 du code des assurances,
- ❖ les conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les gendarmes, les policiers, les militaires, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.*
- ❖ les conséquences de faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les gendarmes, les policiers, les militaires, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.*
- ❖ les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- ❖ les conséquences de vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- ❖ les conséquences de vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parapente et parachute ascensionnel,
- ❖ les conséquences des vols d'essai, vols sur prototype, tentatives de records,
- ❖ les conséquences des sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne,
- ❖ les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

9.2 Exclusions spécifiques s'appliquant aux garanties ITT, IPT, IPP ET IS AERAS :

En sus des exclusions ci-dessus, ne sont pas couvertes l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale, l'Invalidité Permanente Partielle et l'IS Aeras qui résultent, par suite de maladie ou d'accident :

- ❖ fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 9 jours continus (hors hospitalisation de jour), ou si vous avez été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, à la suite d'une affection citée dans la présente clause,
- ❖ quelle qu'en soit la cause, d'une affection psychiatrique: affection psychotique, affection psychique, affection névrotique, dépression nerveuse (endogène ou réactionnelle), syndrome anxiodépressif, état dépressif, anxiété, trouble du comportement et de la personnalité SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 9 jours continus (hors hospitalisation de jour), ou si vous avez été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, à la suite d'une affection citée dans la présente clause,
- ❖ quelle qu'en soit la cause, d'une affection du dos : atteinte discale, vertébrale: lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, SAUF si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant la période d'invalidité ou d'incapacité.

Dans les 3 cas susvisés, la durée de l'hospitalisation de plus de 9 jours continus (hors hospitalisation de jour) ou l'intervention chirurgicale s'apprécie à chaque demande de prise en charge au titre des garanties ITT, IPT, IPP et IS AERAS.



COMMENT METTRE EN ŒUVRE LES GARANTIES DU CONTRAT ?

10. TERRITORIALITE

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

L'Incapacité Temporaire Totale (ITT), l'Invalidité Permanente Totale (IPT), l'Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'IS AERAS et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) doivent être constatées en France (France métropolitaine), 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 arrêté au jour de la constatation médicale de votre état de santé, par l'Assureur sur le sol français. Les prestations Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Invalidité Spécifique (IS) AERAS seront calculées sur la base du montant de l'échéance de prêt entière selon la quotité assurée, arrêtée au jour de la constatation médicale de votre état de santé, par l'Assureur sur le sol français. Les frais

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

11. FORMALITES A ACCOMPLIR

L'Assureur se réserve le droit de diligenter à tout moment une expertise médicale pour lui permettre l'appréciation au mieux du risque assuré. Seul l'Assureur est habilité à fixer le taux d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par votre régime de protection sociale. Lorsque vous subissez un sinistre, vous devez le déclarer soit en ligne via votre espace client personnel soit par voie postale à l'adresse suivante : CNP Assurances – Département Relations Clients Emprunteurs – TSA 67162 – 75716 PARIS CEDEX 15 et produire les justificatifs suivants, nécessaires à l'étude du dossier mais qui n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre :

DANS TOUS LES CAS	→ La copie de votre carte nationale d'identité en cours de validité ; → le certificat d'assurance en vigueur ; → le tableau d'amortissement du crédit immobilier en vigueur au jour du sinistre ; → une copie du contrat de crédit immobilier ; → le RIB de l'organisme prêteur. → En cas d'accident, vous ou vos ayants droit devez fournir les documents suivants : un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ; les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de presse, articles internet,... → En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.
EN CAS DE DÉCÈS	→ L'acte de décès intégral comportant l'indication de votre date de naissance ; → l'attestation de décès (imprimé fourni par l'Assureur), à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès et précisant si le décès est dû ou non à une cause accidentelle telle que définie au Lexique et que les causes de celui-ci n'appartiennent pas aux risques exclus tels que définis à l'article 9. En cas de décès à l'étranger, l'attestation de décès devra être établie par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.
EN CAS DE PTIA	Vous devez transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie PTIA, accompagnée des pièces suivantes : → la notification de mise en invalidité de 3ème catégorie si vous êtes assujettis à un organisme de protection sociale ou un certificat médical attestant de votre invalidité si vous n'y êtes pas assujettis ; → une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) complétée et signée par vous-même et avec l'assistance éventuelle de votre médecin. En cas d'attestation incomplète, un certificat médical attestant que vous êtes dans l'impossibilité totale et définitive de vous livrer à toute occupation et à toute activité pouvant vous procurer gain ou profit et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur ; → une copie du titre de pension de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. <u>Si vous êtes assuré social</u>, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre. <u>Si vous êtes fonctionnaire</u>, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.

EN CAS D'ITT	Vous devez transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie ITT, accompagnée des pièces suivantes : → une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) complétée et signée par vous-même et avec l'assistance éventuelle de votre médecin. En cas d'attestation incomplète, un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT, la date de l'accident ou de début de la maladie, la durée probable de l'incapacité, → l'éventuel certificat médical de reprise d'activité à mi-temps thérapeutique consécutive à un arrêt de travail. Joindre également : <u>Si vous êtes assujetti à un régime général de protection sociale ou assimilé :</u> → les décomptes de règlement des indemnités journalières de votre régime obligatoire d'assurance maladie couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. À défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées sous réserve qu'elles précisent la subrogation. Le titre de pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou de rente au titre de la maladie professionnelle ou accident du travail ne sont pas éligible à l'ITT. <u>Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé :</u> → une attestation employeur précisant votre position au regard du régime statutaire des congés maladie, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. <u>Si vous êtes travailleur non-salarié :</u> → un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite. → les indemnités journalières si vous relevez du Régime Social des Indépendants, → à défaut, un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant les périodes d'arrêt de travail ou le Titre de pension pour incapacité au métier. <u>Si vous êtes Inactifs :</u> → un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que vous êtes bien en ITT au sens du contrat, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.
EN CAS D'IPT OU IPP	Vous devez transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre des garanties IPT ou IPP, accompagnée des pièces suivantes : → une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) complétée et signée par vous-même et avec l'assistance éventuelle de votre médecin. En cas d'attestation incomplète, un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'IPT ou l'IPP, la date de l'accident ou de début de la maladie. Joindre également : <u>Si vous êtes assujetti au régime général de protection sociale ou assimilé :</u> → une copie de la notification par votre régime obligatoire d'assurance maladie de votre mise en invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66%. <u>Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé :</u> → une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, → une copie de l'arrêt de position administrative ou une copie du titre de pension. <u>Si vous êtes travailleur non-salarié :</u> → un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite, → une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive. <u>Si vous êtes Inactifs :</u> → un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles. Pour la poursuite de l'indemnisation des garanties IPT (en rente) ou IPP, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.
EN CAS D'IS AERAS	Vous devez transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie IS AERAS, accompagnée des pièces suivantes : → un certificat médical détaillé, → une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter avec l'assistance éventuelle de votre médecin et précisant notamment la nature et la date de la première constatation de la maladie ou de survenance de l'accident, le point de départ de l'arrêt de travail ou d'activité et sa durée probable, → un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale si vous êtes salarié, un congé de longue maladie si vous êtes fonctionnaire, → une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession si vous êtes non-salarié

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

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

Les documents médicaux peuvent-être adressés sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de CNP Assurances – TSA 77163 – 75716 PARIS CEDEX 15.

Par ailleurs, l'Assureur peut demander une expertise médicale supplémentaire réalisée en France métropolitaine.

12. CONTROLE MEDICAL

Pour apprécier le bien-fondé de la mise en jeu des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP et IS AERAS, l'Assureur se réserve le droit de vous soumettre à un contrôle médical réalisé en France métropolitaine auprès d'un médecin expert désigné par l'Assureur à cet effet. Les frais relatifs à cet examen médical sont à la charge de l'Assureur. Vous avez la possibilité de vous faire assister par un médecin de votre choix. En cas de refus de votre part de faire l'objet de cet examen médical, vous êtes considéré comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance. L'Assureur peut également procéder à tout contrôle alors que le sinistre est en cours de prise en charge. Les résultats de ce contrôle peuvent entraîner jusqu'à l'arrêt de l'indemnisation. L'appréciation par l'Assureur de la notion d'incapacité ou d'invalidité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale, de votre médecin ou de tout autre Organisme.

13. TIERCE EXPERTISE

Si vous contestez la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration, vous

pouvez demander l'ouverture d'une procédure de tierce expertise dans les douze mois suivant la date à laquelle la décision de l'Assureur vous sera notifiée. Cette demande doit être formulée par écrit.

Pour ce faire, vous devez 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 vous indiquerez les coordonnées du médecin que vous désignez pour vous représenter dans cette procédure et vous engagerez à prendre en charge les frais et honoraires de votre médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert, et ce qu'elle que soit l'issue de la procédure.

A réception, l'Assureur invite le Médecin contrôleur à désigner plusieurs médecins tiers experts et soumet les noms et coordonnées de ces praticiens à votre médecin, 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.

14. BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le bénéficiaire des prestations d'assurance est l'Organisme prêteur qui a consenti le prêt. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues multiplié par la quotité assurée et fixées selon le tableau d'amortissement du prêt en vigueur au jour du sinistre.

Avec l'accord préalable écrit de l'Organisme prêteur, les prestations ITT, IPT (en rente), IPP et IS AERAS pourront être versées directement sur votre compte.



LA VIE DE VOTRE ADHESION

15. DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION

Sous réserve que vous ne fassiez pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature de la demande d'adhésion, la date de conclusion de l'adhésion correspond à la date d'émission de votre Certificat d'assurance.

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnés dans le bulletin d'adhésion, sous réserve des cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 17.

Cas de l'adhésion électronique : les parties conviennent qu'en cas d'adhésion électronique et de signature électronique, les données conservées par l'Assureur ou tout mandataire de son choix sous forme électronique vous sont opposables ; peuvent être admises comme preuves de votre identité et de votre consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés.

16. DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La date de prise d'effet des garanties est la date indiquée au Certificat d'assurance. Elle correspond à la date de conclusion de l'adhésion, sauf dans le cas où vous indiquez sur la demande d'adhésion une "date d'effet souhaitée" postérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Les garanties prennent effet sous réserve :

1. de l'existence de votre engagement vis-à-vis de l'Organisme prêteur, matérialisé par la signature de l'offre de prêt ou de l'acte de cautionnement pour la Caution,
2. du paiement de la première cotisation d'assurance,
3. de la validité des formalités d'adhésion selon les conditions définies à l'article 5.

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

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

GARANTIE DECES TEMPORAIRE ACCIDENT

La garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion. Elle est limitée à soixante (60) jours et prend fin au plus tard à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. Elle prend également fin automatiquement si vous ne donnez pas suite à votre adhésion.

17. CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

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

Les garanties et l'adhésion cessent :

- au jour de la réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 19 ;
- au terme contractuel du prêt ou du cautionnement ;
- en cas de remboursement total anticipé du prêt ;
- à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure sauf accord express de l'Assureur pour la poursuite des garanties ;
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon les termes de l'article 22 ;
- à la date de versement de la prestation au titre du Décès ou de la PTIA ;
- au cas où l'Assuré caution résilie son engagement de caution, avec l'accord de l'Organisme prêteur ;
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme, à la date du prononcé de la déchéance du terme ;
- à la date de résiliation /substitution du contrat d'assurance comme prévu à l'article 18 ci-dessous ;

- en cas d'exigibilité du prêt avant terme à la date de résiliation de l'adhésion.

Les garanties ITT, IPT, IPP, PTIA, et IS AERAS prennent également fin au jour du départ en retraite qu'elle qu'en soit la cause ou de la mise en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (y compris la retraite pour invalidité, inaptitude au travail, réforme ou autre) en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable.

Et au plus tard :

- pour la garantie Décès temporaire accident :
 - à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion ;
 - si vous ne donnez pas suite à votre demande d'adhésion ;
 - soixante (60) jours suivant la date de signature de la demande d'adhésion au maximum ;
- pour la garantie Décès : à votre 90ème anniversaire ;
- pour les garanties PTIA, ITT, IPT, IPP et IS AERAS : à votre 67ème anniversaire ;

18. FACULTE DE RESILIATION

18.1 - Faculté de résiliation

Conformément à l'article L.113-12-2 du code des assurances et aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation et de substitution de son adhésion au présent contrat d'assurance à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré notifie au Gestionnaire sa demande de résiliation selon les modalités prévues au 18.2 ci-dessous.

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

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

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

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

18.2 - Notification de la demande de résiliation

L'Assuré notifie au Gestionnaire sa demande de résiliation :

- soit par lettre ou tout support durable (constitue un support durable, au sens de l'article L.111-9 du code des assurances, tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. Par exemple, une lettre signée de manière manuscrite puis scannée et transmise via la messagerie sécurisée internet, s'il en dispose d'une),
- Soit par déclaration faite au siège social du Gestionnaire,
- Soit par acte extrajudiciaire.

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

18.3 - A qui adresser la demande de résiliation ?

L'Assuré doit notifier sa demande de résiliation au Gestionnaire : BPSIs 38, rue de la Condamine – 75017 PARIS.

19. FACULTE DE RENONCIATION

La signature du bulletin individuel de demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif si vous avez adhéré au contrat CNP ACCESS PROTECT n°3008V par vente à distance, par démarchage ou uniquement au titre de la garantie décès. Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

NB : Votre attention est attirée sur les éventuelles conséquences sur le prêt de l'exercice du droit à renonciation.

19.1 Délai pour exercer la faculté de renonciation

Si vous êtes uniquement assuré pour la garantie Décès à l'adhésion : (car vous êtes âgé entre 67 ans et moins de 85 ans) :

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif. Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans un délai de **30 jours calendaires** révolus suivant la date à laquelle vous êtes informé de la date de conclusion de votre adhésion telle que définie à l'article 15 ci-dessus.

Si vous êtes assuré pour toutes les garanties à l'adhésion :

- **Si le contrat est vendu à distance :**

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

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, si vous bénéficiez des garanties Décès, PTIA, ITT, IPT, IPP, un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 15 ci-dessus.

- **Si le contrat est vendu par démarchage:**

La vente par démarchage est la sollicitation, même à votre domicile, à votre domicile, votre résidence ou sur votre lieu de travail, en vue de vous proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L.112-9 alinéa 1er du code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans

ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités». La date de conclusion de l'adhésion est définie à l'article 15 ci-dessus.

Vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

19.2 Modalités de renonciation

Pour exercer votre droit à renonciation, vous devez adresser au Gestionnaire – 38, rue de la Condamine – 75017 PARIS - une lettre recommandée ou envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception rédigé(e) selon le modèle suivant :

*«Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon d'adhésion au contrat CNP ACCESS PROTECT n°3008V signé le à (lieu d'adhésion)
Fait à....., le»*

Une copie de la lettre ou de l'envoi électronique sera alors envoyée à l'organisme prêteur par le Gestionnaire.

19.3 Effets de la renonciation

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

- **Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance 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 le Gestionnaire de la lettre de renonciation en recommandé ou de l'envoi recommandé avec demande d'avis de réception.

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

Vous restez cependant tenu au paiement intégral de la prime dès lors que, après avoir renoncé, vous demandez la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie mais dont vous n'aviez pas connaissance au jour de la renonciation.



VOS COTISATIONS

20. CALCUL DES COTISATIONS

La cotisation est calculée sur la base du montant initial du prêt garanti, de la durée de l'emprunt ou de l'acte de cautionnement, de votre âge, de votre situation de santé, des risques déclarés, de l'option « Rachat d'exclusion » éventuellement souscrite, proratisée de la quotité assurée.

L'échéancier des cotisations est fixé à l'adhésion.

21. PAIEMENT DES COTISATIONS

Chaque cotisation est payable (terme à échoir) à la date indiquée dans l'échéancier des cotisations qui vous est remis, et prélevée par le Gestionnaire sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

Vous pouvez opter, au moment de l'adhésion, pour un paiement par prélèvement annuel, semestriel, trimestriel, ou mensuel, à condition que chaque prélèvement de cotisation soit supérieur à 20€ TTC.

Le montant de la première échéance prélevée est constitué de la première cotisation, des frais d'adhésion à l'association « Le Collège des Assurés », ainsi que de frais de dossier. Le montant de ces frais est indiqué sur la demande d'adhésion.

Annuellement, à date anniversaire du contrat, des frais d'adhésion à l'association « Le Collège des Assurés » sont prélevés par le Gestionnaire avec les cotisations. Le montant de ces frais est déterminé chaque année par le conseil d'administration de l'Association dans la limite d'un plafond mentionné sur la demande d'adhésion.

En cours de vie du contrat, le montant des cotisations est majoré de frais de gestion lorsque le Gestionnaire doit traiter des opérations de rejet de prélèvement bancaire (10 €) ou de mise en demeure pour non-paiement (25 €), uniquement en cas de provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition au prélèvement.

22. CONSEQUENCES EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS

Vous êtes tenu au paiement de l'intégralité de vos cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

Si vous ne réglez pas vos cotisations ou si vous avez exercé votre droit de remboursement de votre prélèvement et que vous n'avez pas régularisé le paiement de votre cotisation ou fraction de cotisation, vous pouvez être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, adressée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

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

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



INFORMATIONS GENERALES

23. RECLAMATION

En cas de réclamation relative à l'adhésion ou à la gestion du contrat d'assurance, vous pouvez dans un premier temps contacter votre Courtier.

Si la réponse que vous obtenez ne vous satisfait pas, vous pouvez contacter le service client du Gestionnaire à l'adresse suivante : 38, rue La Condamine - 75017 Paris.

En cas de réclamation relative à un sinistre, vous ou vos ayants droit pouvez vous adresser à CNP Assurances – Département Activités Emprunteurs – Unité réclamation – TSA 81566 – 75716 PARIS CEDEX 15.

Enfin, si le désaccord persiste après la réponse définitive donnée par CNP Assurances sur un sinistre, vous pourrez demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en saisissant directement votre demande sur www.mediation-assurance.org ou par courrier postal adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

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

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

Les dispositions du présent article sont sans préjudice des autres voies de recours légales, notamment le recours à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

24. CHANGEMENT DE SITUATION

Doivent être communiqués au Gestionnaire, sur l'espace client personnel ou par courrier :

- toute modification du tableau d'amortissement de votre prêt y compris lors du remboursement total ou partiel du prêt,
- tout changement de coordonnées téléphoniques, électroniques et postales utilisées pour la communication avec le Gestionnaire, dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers, courriels ou SMS seront transmis aux dernières coordonnées connues et produiront tous leurs effets.

25. MODIFICATION DU PRÊT SANS CHANGEMENT D'ORGANISME PRÊTEUR

Toute modification du prêt ou de l'engagement de caution couverts, dès que vous en avez connaissance doit être communiqué au Gestionnaire, sur votre espace client personnel ou par courrier.

S'il s'agit d'une augmentation du capital emprunté ou s'il s'agit d'un allongement de la durée du financement supérieur à 5 ans (à l'exclusion de toutes autres modifications du financement), la couverture de cette augmentation ou de cet allongement est subordonnée à l'acceptation préalable du Gestionnaire, délégué en cela par l'Assureur.

En cas de renouvellement des formalités d'adhésion, le taux annuel de prime applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement et la prime est calculée sur le montant du nouveau capital assuré.

S'il s'agit d'un remboursement anticipé partiel du prêt, la nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation. En cas de remboursement anticipé total, les primes ne sont pas remboursées.

26. FACULTE OFFERTE PAR LE CONTRAT EN CAS DE CHANGEMENT D'ORGANISME PRETEUR

Dans les 10 ans qui suivent la prise d'effet du prêt et/ou de l'adhésion au contrat CNP ACCESS PROTECT, vous pouvez souhaiter changer d'établissement de prêt à l'occasion d'une renégociation ou d'un rachat de

crédit. Vous pouvez alors conserver votre contrat CNP ACCES PROTECT, si :

- l'affectation du prêt est identique,
- la modification à la hausse des conditions du prêt reste dans la limite d'une augmentation du montant des mensualités de 5% maximum,
- elles ne vous font pas passer à un niveau de formalités médicales supérieur à celui fixé lors de l'adhésion.

La modification se fera aux mêmes conditions que l'adhésion initiale si elle a été acceptée sans majoration ni exclusion et fera l'objet d'un avenant au contrat.

En présence de risques aggravés ou de nouveaux risques, une étude médicale spécifique sera effectuée sur la base de la ou des pathologie(s) déclarée(s) et pourra entraîner le cas échéant l'émission d'une nouvelle proposition d'accord et un avenant au certificat d'assurance.

Si la limite de montant est dépassée ou si la demande est présentée au-delà d'une période de 10 ans suivant la prise d'effet du prêt et/ou de l'adhésion au contrat d'assurance, vous devrez présenter une nouvelle demande d'adhésion.

Pour bénéficier de cette faculté, vous devez en faire la demande à l'Assureur au moment de la souscription du nouveau prêt ou de la renégociation du prêt initial.

27. DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE

Conformément à l'article L113-8 du code des assurances, « indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts ».

28. PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte, 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 votre décès.

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

29. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » modifiée et au Règlement général pour la protection des données 2016/679, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par l'Assureur et le Gestionnaire ou leur mandataire.

Les traitements de vos données ont pour finalité : l'étude des besoins spécifiques de chaque demande, la souscription, l'évaluation des risques, la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, l'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, la personnalisation et le ciblage des offres commerciales afin d'améliorer la relation commerciale, la gestion des réclamations et contentieux, les opérations relatives à la gestion des adhérents, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude.

Le recueil de l'ensemble des données à caractère personnel sollicitées est obligatoire pour l'étude des demandes d'adhésion et la conclusion, la modification ou l'exécution du contrat. A défaut, les demandes ne pourront pas être étudiées et le contrat ne pourra être conclu, modifié ou exécuté.

Le responsable du traitement des données en application du présent Contrat est le Gestionnaire.

Les destinataires des données à caractère personnel sont, dans le strict cadre du respect des finalités énoncées ci-dessus : les personnels du Gestionnaire, de l'assureur, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, les intermédiaires d'assurance, l'association souscriptrice du contrat d'assurance de groupe, les personnes intéressées au contrat ainsi que toute autorité administrative ou judiciaire habilitée ou plus généralement tout tiers autorisé pour satisfaire aux obligations légales ou réglementaires.

Le Gestionnaire peut prendre des décisions automatisées, y compris par profilage. En effet, la conclusion, la gestion et l'exécution des contrats impliquent l'évaluation des caractéristiques du risque assurantiel pour en déterminer en particulier la fréquence, son coût moyen, le coût du sinistre maximum possible, en établir la tarification et en vérifier l'assurabilité. Les conditions d'acceptation et les conditions tarifaires sont fixées conformément à la réglementation assurantienne en vigueur. Ces conditions portent notamment sur des critères actuariels, environnementaux ou comportementaux.

Selon les cas, ces décisions peuvent se traduire par le refus d'accès à un produit ou un service. Cette décision individuelle automatisée est par conséquent nécessaire à la conclusion et à l'exécution des contrats qui nous lient.

Vos données seront conservées 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.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité des données. Afin de garantir la sauvegarde de vos droits dans le cadre de la prise de décision individuelle automatisée, le Gestionnaire peut vous mettre à disposition sur simple demande les informations utiles concernant la logique sous-jacente ainsi que l'importance et les conséquences du traitement.

Par ailleurs, vous disposez également du droit de donner des instructions relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès.

Pour exercer un ou plusieurs de vos droits ou pour contester une décision individuelle automatisée, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données soit auprès du Gestionnaire BPSIS par courrier à l'adresse suivante Délégué à la protection des données – 38, rue La Condamine – 75017 PARIS ou par mail à dpo@bpsis.fr ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Client en ligne ; soit auprès de l'Assureur CNP Assurances par courrier à l'adresse suivante CNP Assurances – Délégué à la protection des données, 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux ou par mail à dpo@cnp.fr.

En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy 75007 Paris, 01 53 73 22 22.

30. LUTTE ANTIBLANCHIMENT

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

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

CNP

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

Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux- Entreprise régie par le code des assurances.

Association « Le Collège des Assurés » - Association régie par la loi de 1901 – 38, rue de la Condamine – 75017 Paris – APE 9499Z

SIRET 80308779000017.

22/22

31. LOI APPLICABLE

Le contrat est rédigé en langue française, langue que l'Assureur s'engage à utiliser pendant la durée de l'adhésion. Les relations précontractuelles et le contrat CNP ACCESS PROTECT sont régis par le droit français, Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de ce contrat relève de la compétence des juridictions françaises.

L'Assureur contribue annuellement aux ressources du fonds de garantie des assurances de personnes.

32. OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

En application de l'article L.223-2 du code de la consommation, 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).

33. ADHESION A L'ASSOCIATION « LE COLLEGE DES ASSURES »

33.1 Objet

L'Association « Le Collège des Assurés » a pour objet :

- de regrouper des personnes qui souhaitent s'assurer à différents titres,
- de souscrire des contrats d'assurance collectifs en faveur de personnes recherchant des produits d'assurance adaptés à leurs besoins,
- de développer, rechercher et promouvoir des produits d'assurance adaptés aux besoins et aux situations de ses membres
- de représenter et défendre les intérêts de ces derniers.

33.2 Adhésion

Toute personne physique peut devenir adhérente de l'Association « Le Collège des Assurés » à l'occasion de sa demande d'adhésion au contrat d'assurance CNP ACCESS PROTECT n°3008V.

Son adhésion est effective dès lors que sa demande d'adhésion est acceptée par l'organisme assureur et que la cotisation annuelle est acquittée.

33.3 Cotisation associative

Une cotisation associative est due chaque année. Son montant est déterminé chaque année par le conseil d'administration de l'Association dans la limite d'un plafond mentionné sur la demande d'adhésion.

Ce montant est prélevé annuellement, à la date anniversaire du contrat, au début de chaque année par le Gestionnaire en même temps que la cotisation d'assurance.

34. AUTORITE DE CONTROLE

L'Assureur et le Gestionnaire sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.