

DEMANDE DE PRÊT ACCESSION AGRANDISSEMENT



À RETOURNER À :

ACTION LOGEMENT
2, place Raimu,
Le Mazet
13270 Fos-sur-Mer
Code Gestion MED83

RÉSERVÉ À NOS SERVICES

Bénéficiaire :

Entreprise :

n°

Dossier n° :

Fonds : PEEC PSEEC

Affaire suivie par :



- Accession
- Agrandissement

Avertissement : un dossier incomplet peut entraîner le refus de la demande

ACCORD DE L'ENTREPRISE

Je soussigné(e)
 agissant en qualité de
 au sein de l'entreprise Nombre de salariés (ETP) :
 SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Adresse :

donne son accord pour l'attribution d'un prêt d'un montant maximum de €
 à
 Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Adresse e-mail :

Date | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Signature et cachet de l'entreprise

SITUATION FAMILIALE

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
Civilité	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
Nom		
Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance	| | | | | | | | | |	| | | | | | | | | |
Lieu de naissance		
Département / Pays de Naissance		
Téléphone domicile	| | | | | | | | | | | | | | | | | |	| | | | | | | | | | | | | | | | | |
Téléphone professionnel	| | | | | | | | | | | | | | | | | |	| | | | | | | | | | | | | | | | | |
Téléphone portable*	| | | | | | | | | | | | | | | | | |	| | | | | | | | | | | | | | | | | |
Adresse e-mail*		
Adresse actuelle	..... | | | | | | | | | | Ville : .....	..... | | | | | | | | | | Ville :
	<input type="checkbox"/> Locataire : <input type="radio"/> HLM <input type="radio"/> Autre <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Logé à titre gratuit	<input type="checkbox"/> Locataire : <input type="radio"/> HLM <input type="radio"/> Autre <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Logé à titre gratuit

Marié(es) - Régime : Communauté Séparation de biens

Pacsé(es) Célibataire Union libre Veuf(ve) Divorcé(e)

Nombre d'enfants à charge : Âges : À naître :

Autre(s) personne(s) à charge :

* Coordonnées nécessaires pour le traitement du dossier

SITUATION PROFESSIONNELLE

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
Employeur		
Profession		
Date d'embauche	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nature du contrat de travail		

Êtes-vous en situation de mobilité professionnelle ? Oui Non

Date de mutation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RESSOURCES ACTUELLES

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
Salaire net mensuel	€ x |_|_| mois	€ x |_|_| mois
Allocations familiales	€	€
Autres revenus ou aides	€	€
Autres revenus ou aides	€	€

CHARGES ACTUELLES

Prêts en cours de remboursement

OBJET DU PRÊT	NOM DE L'ORGANISME PRÊTEUR	DATE DE LA DERNIÈRE ÉCHÉANCE	MONTANT DES MENSUALITÉS
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€

Montant d'une pension alimentaire versée : € Loyer actuel : €

RÉSIDENCE PRINCIPALE, OBJET DU FINANCEMENT

Construction/acquisition d'un logement : Neuf Ancien
 et/ou : Travaux d'agrandissement conduisant à la création d'une surface habitable d'au moins 14 m²
 Adresse du bien, objet du financement :

Année de construction : |_|_|_|_| Nombre de pièces : |_|_|

Surface habitable : |_|_|_|_| m²

Dans le cadre d'une construction/acquisition de logement, êtes-vous primo-accédant (qui n'a pas été propriétaire de sa résidence principale durant les 2 dernières années) ? Oui Non

Êtes-vous acquéreur d'un logement dans le cadre de l'accession sociale à la propriété (opération PSLA ou logement en zone de rénovation urbaine) ou d'une vente HLM ? Oui Non

Si l'occupant du logement n'est ni le demandeur, ni le co-demandeur, nom du conjoint, de l'ascendant ou du descendant qui va occuper le logement à titre de résidence principale :

Si il s'agit d'une construction, date de début des travaux de construction |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

INTERVENANTS

Nom du notaire : Date prévisionnelle de signature: | | | | | | | | | |

Adresse :

Téléphone : | | | | | | | | | | Adresse e-mail :

Le cas échéant, nom du constructeur :

Adresse :

Téléphone : | | | | | | | | | | Adresse e-mail :

PLAN DE FINANCEMENT

COÛT DE L'OPÉRATION		FINANCEMENT ENVISAGÉ				
	MONTANT		MONTANT	DURÉE (en mois)	TAUX	MENSUALITÉS
Terrain	€	Apport personnel	€			
Construction	€	Prêt bancaire				
Travaux	€	PTZ	€	| | | |		€
Acquisition	€	PAS	€	| | | |		€
Frais de notaire	€	Autre prêt	€	| | | |		€
Frais de garantie	€	Autre prêt	€	| | | |		€
Autres frais	€	Prêt Accession	€	| | | |		€
	€					€

Durée du Prêt Accession (240 mois maximum) : | | | | mois

TAUX NOMINAL 1 % : EXEMPLES DE REMBOURSEMENT POUR 10 000 € EMPRUNTÉS (hors assurance)

Durée	120 mois	180 mois	240 mois
Mensualité	87,60 €	59,85 €	45,99 €

ASSURANCE EMPRUNTEUR

Le capital emprunté doit être couvert par un contrat d'assurance « décès - perte totale et irréversible d'autonomie - incapacité de travail ».

Cependant, l'emprunteur, et le co-emprunteur le cas échéant, est (sont) libre(s) de souscrire une assurance auprès de l'assureur de son (leur) choix, à conditions que celle-ci présente un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance proposé par Action Logement Services.

Souhaitez-vous souscrire :

- L'assurance proposée par Action Logement Services Oui Non
(voir le bulletin d'adhésion fourni)

avec l'option « perte d'emploi » ? Oui Non

- Une assurance extérieure, celle-ci devant présenter un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance proposé par Action Logement Services. Oui Non

GARANTIE

Le cas échéant, Action Logement Services se réserve la possibilité d'assortir le prêt accordé d'une caution solidaire.



DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Le(s) soussigné(s) certifie(nt) :

- l'exactitude de tous les renseignements figurant dans la présente ;
- que les dépenses pour lesquelles l'aide est demandée ne sont pas prises en charge par ailleurs ;
- ne pas avoir déposé de dossier auprès de la Commission de Surendettement de la Banque de France en vue de l'élaboration d'un plan de redressement ou ne pas bénéficier d'un tel plan.

Il(s) reconnaît(ssent) avoir été informé(s) qu'en cas de fausse déclaration, les sommes reçues au titre du Prêt Accession devront être immédiatement remboursées à Action Logement Services sans qu'il soit nécessaire, pour cette dernière, de procéder à l'envoi d'une mise en demeure préalable. Action Logement Services se réserve le droit de contrôler l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à

le _____

Signature du demandeur
(précédée de la mention «Lu et approuvé»)

Signature du co-demandeur
(précédée de la mention «Lu et approuvé»)

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

DANS TOUS LES CAS

- Photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité, du passeport ou de la carte de séjour en cours de validité (à fournir par chaque demandeur) ;
- Photocopie du livret de famille (si enfant(s) à charge) ;
- Photocopies des 3 derniers bulletins de salaire, ou en cas de CDD ou INTERIM, photocopies des bulletins de salaire des 12 derniers mois (à fournir par chaque demandeur) ;
- Photocopies des 3 derniers relevés de compte bancaire (à fournir par chaque demandeur) ;
- Photocopies des avis d'imposition N-2 et N-1 (à fournir par chaque demandeur) ;
- Dernière quittance de loyer ou attestation d'hébergement si hébergé à titre gratuit ;
- Relevé d'identité bancaire (RIB) ;
- Relevé d'identité bancaire (RIB) du (des) destinataire(s) des fonds ;
- Justificatifs de l'apport personnel ;
- Justificatif de versement des prestations familiales ;
- Justificatifs d'autres revenus mobiliers ou fonciers ;
- Photocopies des contrats de prêts immobiliers ou à la consommation en cours de remboursement et des tableaux d'amortissement correspondants ;
- Documents relatifs à l'assurance emprunteur dûment complétés et signés ;
- Simulation bancaire intégrant tous les prêts intervenant dans le financement.

PIÈCES SPÉCIFIQUES

- Dans le cas d'un achat dans le neuf avec un contrat de construction de maison individuelle (CCMI) :**
 - Attestation notariée de propriété du terrain ou, à défaut, photocopie du compromis de vente ;
 - Photocopie du contrat de construction de maison individuelle, contrat d'architecte ou contrat de maîtrise d'oeuvre complet avec la notice descriptive et les devis de travaux qui restent à votre charge ;
 - Photocopie du permis de construire ;
 - Justificatif précisant que la construction respecte bien les conditions de performance énergétique en vigueur (réglementation thermique applicable aux logements neufs) ;
 - Attestation d'assurance dommage - ouvrage obligatoire.

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

PIÈCES SPÉCIFIQUES (SUITE)

- Dans le cas d'un achat dans le neuf avec un contrat de vente en l'état futur d'achèvement (VEFA) :**
 - Photocopie du contrat de réservation avec la notice descriptive ;
 - Justificatif précisant que la construction respecte bien les conditions de performance énergétique en vigueur (réglementation thermique applicable aux logements neufs).
- Dans le cas d'un achat de logement neuf achevé :**
 - Photocopie du contrat de réservation ou du compromis de vente avec la notice descriptive et le certificat de conformité ;
 - Justificatif précisant que la construction respecte bien les conditions de performance énergétique en vigueur (réglementation thermique applicable aux logements neufs).
- Dans le cas d'un achat de logement ancien :**
 - Attestation notariée de propriété ou compromis de vente précisant le prix d'acquisition et le montant des frais ;
 - Photocopie d'un diagnostic de performance énergétique (DPE) compris entre A et D datant de moins de 10 ans.
- Dans le cas d'un achat de logement ancien par le locataire occupant :**
 - Photocopie de l'offre de vente proposée par le propriétaire ou compromis de vente notarié précisant le droit de préemption ;
 - Photocopie d'un diagnostic de performance énergétique (DPE) compris entre A et D datant de moins de 10 ans.
- Dans le cas de travaux d'agrandissement :**
 - Déclaration de travaux ou permis de construire ;
 - Devis des travaux ou factures datant de moins de 3 mois ;
 - Attestation notariée de propriété du logement ou photocopie de la dernière taxe foncière.

Action Logement Services pourra, au cours de l'étude du dossier, être amenée à vous demander des renseignements ou pièces justificatives complémentaires.

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.

INFORMATION SUR LA LOI « INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES » : Les informations recueillies sont obligatoires pour le traitement de votre demande, la finalité principale de leur collecte étant l'instruction de votre dossier et sa gestion. Ces informations seront recensées dans un fichier informatisé et conservées en mémoire informatique. Les données collectées sont destinées aux services concernés d'Action Logement Services et, le cas échéant, à ses sous-traitants, prestataires et partenaires, à Action Logement Groupe et à l'ANCOLS. Certaines données peuvent être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles peuvent également être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux ou contre le financement du terrorisme. Action Logement Services est tenue au secret professionnel concernant ces données.

Vous disposez, conformément aux articles 38 et suivants de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition, pour motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement en vous adressant à Action Logement Services, 66 avenue du Maine, 75682 Paris Cedex 14, en joignant une copie de votre titre d'identité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, sans frais, à ce que ces données soient utilisées à des fins de prospection, notamment commerciale, en cochant la case ci-dessous ou en vous adressant à Action Logement Services selon les mêmes modalités qu'exposées ci-dessus.

- En qualité de demandeur, je m'oppose à ce que les données me concernant fassent l'objet d'un traitement à des fins de prospection commerciale.
- En qualité de co-demandeur, je m'oppose à ce que les données me concernant fassent l'objet d'un traitement à des fins de prospection commerciale.

ActionLogement 

Action Logement Services

Siège social : 66 avenue du Maine, 75682 Paris Cedex 14

Société par actions simplifiée au capital de 20 millions d'euros - Société de financement agréée

RCS : Paris 824 541 148 - SIRET : 824 541 148 00014 - APE : 6499Z

www.actionlogement.fr  @ActionLogement

Attestation d'emploi

EMPLOYEUR

Mme Mlle M.

agissant en qualité de :

représentant l'établissement :

ayant son siège sis à :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SALARIE :

Civilité :

Mme Mlle M.

Nom :

Prénom(s) :

Date d'entrée dans l'établissement :

Salaire mensuel net :

..... €

Prime :

Oui Non Montant : €

13^{ème} mois :

Oui Non Montant : €

si plus 13^{ème} mois, veuillez préciser :

Type de contrat

Déterminé Indéterminé

Fonction :

Il est convenu que le prêt demandé ne pourra être accordé par Action Logement que si l'opération immobilière entre dans le cadre de la réglementation et si l'emprunteur respecte les critères de solvabilité en usage.

Fait à : Le :

Cachet de la société et signature du représentant de l'entreprise

À lire attentivement : Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, informatique, fichiers et libertés : Les informations recueillies dans le présent questionnaire ont un caractère obligatoire, le défaut de réponse pouvant entraîner le refus de l'aide. Elles seront collectées dans un fichier informatisé et conservées en mémoire informatique. Elles sont destinées à l'instruction de votre dossier et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles pourront notamment être transmises à l'ANPEEC et à Action Logement

Action Logement Services

Siège social : 66 avenue du Maine, 75682 Paris Cedex 14

Société par actions simplifiée au capital de 20 millions d'euros - Société de financement agréée

RCS : Paris 824 541 148 - SIRET : 824 541 148 00014 - APE : 6499Z

www.actionlogement.fr  @ActionLogement

**BULLETIN D'ADHESION A L'ASSURANCE
DECES - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - INCAPACITE DE TRAVAIL**



Collectivité n°

Contrat n° 1119R

CARACTERISTIQUES DU FINANCEMENT (A COMPLETER PAR LE PRETEUR)

MONTANT DU PRET :€

DUREE DU PRET :mois

QUOTITE A ASSURER <i>Cochez la formule choisie – Article 3 de la notice d'information jointe)</i>	Formule 1 (emprunteur seul)	Formule 2 (emprunteur et co-emprunteur)
DECES-PTIA -IT	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%
DECES-PTIA <i>(réservé aux conjoints co-emprunteurs n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée)</i>		<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%

PERSONNE À ASSURER

Emprunteur Co emprunteur
M. Mme Mlle Marié(e) Pacsé(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)
Nom de naissance : Nom d'épouse :
Prénoms : Profession :
Né(e) le :/...../..... lieu de naissance : Département ou pays :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone : E-mail :
Nationalité française : Oui Autre (à préciser obligatoirement)

DECLARATIONS DE L'ASSURE

JE SOUSSIGNÉ(E) _____ :

- Déclare être âgé(e) de plus de 18 ans et de moins de 65 ans et résider fiscalement en France ;
- Souhaite adhérer au contrat d'assurance de groupe n°1119R pour le prêt ci-dessus au titre des risques DECES - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) - INCAPACITE DE TRAVAIL (IT) indiquées ci-dessus, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 9 ;
- Accepte d'être assuré(e) selon les conditions précisées dans la notice d'information (réf. 16L 1119R-V3) exposant les modalités du contrat d'assurance n°1119R qui m'a été remise par le Prêteur et déclare avoir reçu et pris connaissance de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli », dont je conserve un exemplaire de chaque document ;
- M'engage à payer les primes d'assurance qui seront prélevées sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne conformément à l'article 10 de la notice d'information ;
- Accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Assureur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances - 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- M'engage à signaler à l'Assureur tout événement relatif à la modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une Vente A Distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, je reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la Vente A Distance et au démarchage comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la Vente A Distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet des garanties à la plus tardive des deux dates suivantes : date de conclusion de l'adhésion ou date de signature de l'offre de prêt ;
- Donne mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.
- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion, et les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts, et ce conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.
- La durée de validité des présentes déclarations est de 90 jours : si le document devait parvenir ultérieurement à l'Assureur, la décision de ce dernier pourrait être subordonnée à l'établissement d'une nouvelle déclaration.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à votre adhésion et à la gestion de votre contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, responsable du traitement, le coassureur, votre organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances – à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés - 4, Place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15 (pour les données administratives) ou du Médecin Conseil de CNP Assurances (pour les données de santé).

Fait à : le : Signature de la personne à assurer :

Un protocole a été signé le 24 mars 2015, en présence du Président de la République, entre les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, l'INCa et des associations de malades pour instaurer un « droit à l'oubli » devant permettre aux personnes guéries d'un cancer de ne plus avoir besoin de le déclarer au moment de contracter l'assurance d'un crédit. Ce protocole vise à mettre en œuvre un tel « droit à l'oubli » et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse. Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques, et cet engagement sera mis en œuvre, dans le cadre de la Convention AERAS, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Les signataires de la Convention AERAS se sont attachés à tirer les conséquences de ce protocole d'accord et à intégrer ces avancées au sein de la Convention. De plus, une première grille de référence a été établie qui fixe, pour une première liste de pathologies, les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ou exclusion de garantie ne pourra être appliquée.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 190 des dispositions sur le "droit à l'oubli" dont certaines modifient celles figurant dans l'avenant du 2 septembre 2015.

La présente fiche reprend les dispositions actuellement en vigueur. En l'absence d'actualisation de certains questionnaires de santé pour prendre en compte ces nouvelles dispositions, celles-ci s'appliquent d'office.

1. Critères relatifs à votre projet :

Pour que vous puissiez bénéficier des dispositifs mentionnés au 2.) il est nécessaire que :

- Votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
 - Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^{ème} anniversaire.

2. Il convient de distinguer deux dispositifs applicables selon votre situation :

2.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions.

Si votre projet réunit les critères définis au 1.), vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

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

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé ;

Ou bien

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

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

* L'âge limite (15 ans) et les délais de respectivement 5 et 15 ans étaient valables à compter de la signature de l'avenant à la Convention AERAS révisé à la suite de la mise en place du « droit à l'oubli » le 2 septembre 2015 et jusqu'à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé le 27 janvier 2016

Si votre projet réunit les critères mentionnés au 1) et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées aux 2.1), vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent. En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 2.1) dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

2.2 L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence.

La première grille de référence de pathologies est entrée en vigueur à la date de mise en ligne sur le site AERAS, le 4 février 2016. Cette grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au 1.), que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au 2.1) et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, **alors vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards.**

Vos droits : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée si la date de fin du protocole thérapeutique¹ remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert.

3. Evolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence de pathologies a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé la grille de référence de pathologies pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » inférieurs à ceux mentionnés au 2.1 a) et au 2.1 b).

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique « Droit à l'oubli » sur le site internet officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr

LEXIQUE

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

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

DECLARATION D'ETAT DE SANTE



Collectivité n° _____
 Contrat n° 1119R

IDENTIFICATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE (à remplir lisiblement en majuscules par l'Emprunteur)

Emprunteur Co emprunteur Profession : _____

M. Mme. Mlle. Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Départ : _____

Nom de naissance : _____ Nationalité Française : oui Autre : _____

Nom d'épouse : _____ Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

**Le montant total de vos prêts est inférieur ou égal à 50 000 € et vous avez moins de 50 ans.
 Si vous remplissez les conditions de la DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ci-après, datez et signez-la.
 Sinon remplissez le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ci-après. (Dans ce cas, l'adhésion est soumise à la décision de l'Assureur).**

La confidentialité de vos réponses est garantie par le secret professionnel de votre organisme prêteur

Avant de répondre, je lis intégralement le questionnaire ci-dessous.

Si je dois répondre Oui à au moins une des questions, je complète uniquement le cadre **B** et je complète le Questionnaire de santé.
 Si je peux répondre Non à chaque question, je complète le cadre **A** et je signe la déclaration d'état de santé.

Attention : ce document ne doit être ni raturé, ni surchargé.

Questionnaire de santé simplifié	A - Cochez si la réponse est Non à chaque question	
----------------------------------	---	--

En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il celui indiqué dans le tableau ci-dessous ?

Taille en cm	140 -150	151 -155	156 -160	161 -165	166 -170	171 -175	176 -180	Plus de 180	
Poids en kg	80	83	88	92	98	102	108	110	

Non

Etes-vous actuellement

- en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ? Non
- titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Non
- pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ? Non

Au cours des 3 dernières années, avez-vous

- été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ? Non
- été atteint, à votre connaissance, d'une affection rhumatismale, d'un lumbago, d'une sciatique, d'une dépression nerveuse, d'une affection psychiatrique, d'une affection cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de diabète, d'une affection cancéreuse, neurologique, rénale ou respiratoire (hors allergies) ? Non

A votre connaissance, devez-vous subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), une hospitalisation, une intervention chirurgicale, un traitement médical dans les 12 mois à venir? Non

	B - Cochez si la réponse est Oui	
--	---	--

Devez-vous répondre Oui à au moins une des questions ci-dessus ? Vous devez alors compléter le Questionnaire de Santé	Oui <input type="checkbox"/>
--	------------------------------

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.
 Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du Code des assurances). Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion.

J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'Assureur, ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données relatives à votre santé que vous pouvez exercer à tout moment auprès du Médecin conseil de CNP Assurances - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

Fait à : Le :Signature du Candidat à l'assurance

CARACTERISTIQUE DU FINANCEMENT		IDENTIFICATION DE L'ASSURE (à remplir lisiblement en majuscule d'imprimerie)	
Montant : _____ € Durée : _____ mois	Quotité Décès-PTIA-IT : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% Quotité Décès-PTIA : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Né(e) le ____/____/____ Lieu de naissance : _____ Département : _____ Nom patronymique (nom de jeune fille) : _____ Nom marital : _____ Prénoms : _____ Adresse : _____ Code postal : |__|_|_|_|_| Commune : _____ Profession : <input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadres, professions libérales <input type="checkbox"/> Techniciens, agents de maîtrise <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris agricoles)	
Montant : _____ € Durée : _____ mois	Quotité Décès-PTIA-IT : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% Quotité Décès-PTIA : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%		
Montant : _____ € Durée : _____ mois	Quotité Décès-PTIA-IT : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% Quotité Décès-PTIA : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%		

1 Indiquez : Votre taille cm Votre poids kg

Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI, complétez.
 ** : ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 10 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)
 Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical », à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée peut être remise au prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir.

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNE

2 Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?	.....	Pourquoi ?.....	Depuis quand ?.....
3 Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	.....	Pourquoi ?.....	Depuis quelle date ?.....
4 Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? **	.....	** Pourquoi ?.....	Quand (mois/année) ? Durée ?.....
5 Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?	.....	Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ?.....	
6 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? **	.....	** Pourquoi ?.....	Quand ? Durée ?.....
7 Avez-vous subi au cours de votre existence, une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? **	.....	** Pourquoi ?.....	Quand ?.....
8 Etes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence : - d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ? - d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ? - d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? ** - de diabète ? - d'une affection digestive ? - d'une affection neurologique ou du système nerveux ? - d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ? - d'une affection rénale ? - d'une affection respiratoire ? - d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ? - de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	.....	Laquelle ?	Quand ?
9 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ? **	.....	** Précisez pour chaque traitement.....	Lequel ?..... Pourquoi ?..... Quand (mois/année) ? Durée ?.....
10 Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ? **	.....	** Lesquelles ?.....	Depuis quand ?.....
11 Etes-vous actuellement sous surveillance médicale ? Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	.....	Pourquoi ?.....	Depuis quand ?.....
2 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de : - réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ? - être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)	.....	Pourquoi ?.....	Quand ?.....
		Lesquels ?.....	
		<input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Opéré	
		Pourquoi ?.....	Quand ?.....

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur entraîne la nullité de l'assurance (article L113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature. J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données relatives à votre santé que vous pouvez exercer à tout moment auprès du Médecin Conseil de CNP Assurances - 4 Place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.
 Je conserve l'exemplaire du questionnaire de santé qui m'est destiné, dûment complété et signé par mes soins.
 Fait à _____, le ____/____/____ Signature du Candidat à l'Assurance



NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE
CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE N°1119R SOUSCRIT PAR LE PRETEUR AUPRES DE CNP ASSURANCES
Relevant des branches 1, 2, et 20 de l'article R. 321-1 du Code des assurances
Le contrat est régi par les lois, le Code des assurances et la réglementation française en vigueur.

DEFINITIONS

Pour l'exécution et l'interprétation de la présente notice d'information, il est convenu des définitions suivantes :

- **Accident** : On entend par 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.
- **Assuré** : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque.
- **Assureur** : CNP Assurances.
- **Emprunteur** : Emprunteurs et co-emprunteurs, personnes physiques ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au contrat d'assurance de groupe n°1119R mais pour lesquelles la garantie n'a pas encore pris effet. Lorsque l'assurance a pris effet, ces personnes sont dénommées « l'Assuré ».
- **Prêteur** : établissement figurant sur le bulletin d'adhésion et qui a consenti le prêt.

ARTICLE 1 - INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

1.1- Le Contrat d'assurance de Groupe en couverture de prêt n° 1119R est souscrit par le Prêteur auprès de CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré - RCS Paris 341.737.062. Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4, Place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 61, rue Taitbout, 75009 Paris est chargée du contrôle de CNP Assurances.

1.2 Le montant minimal de la prime d'assurance est indiqué sur l'offre de prêt conformément à l'article 10 - PRIMES de la présente notice d'information.

1.3 La durée de l'adhésion est fixée à l'article 9 - DUREE DE L'ADHESION - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES.

Les garanties sont décrites aux articles 11.1 - DECES, 11.2 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), 11.3 - INCAPACITE DE TRAVAIL (IT) et à l'article 15 - PRESTATIONS VERSEES.

Les exclusions sont mentionnées à l'article 12 - RISQUES EXCLUS de la présente notice d'information.

1.4 L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable pendant la durée de validité de l'offre de prêt.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 8 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES.

L'adhésion au contrat 1119R s'effectue selon les modalités décrites à l'article 5 - FORMALITES D'ADHESION de la présente notice d'information. Les modalités de paiement de la prime sont indiquées à l'article 10 - PRIMES. Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents contractuels par l'Assuré - sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

1.5 Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 16.1 - RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DEMARCHAGE OU DE VENTE A DISTANCE. En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la plus tardive des deux dates suivantes : date de conclusion de l'adhésion ou date de signature de l'offre de prêt, l'Assuré doit acquitter un premier versement de prime.

1.6 Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Prêteur et l'Emprunteur sont régies par le droit français. L'Assureur et le Prêteur utilisent la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

1.7 Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées, à l'article 16.3 - Réclamations - Médiation de la notice d'information.

Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n°99-532 du 26/06/99 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).

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT - BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

2.1 OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance de groupe n°1119R est souscrit par le Prêteur en couverture du prêt qu'elle accorde à ses emprunteurs et co-emprunteurs personnes physiques. Ce contrat couvre les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité de Travail (IT) sous réserve de la formule proposée et retenue par l'Emprunteur lors de l'adhésion, des caractéristiques des prêts et des conditions précisées dans la présente notice.

Nota : les conjoints co-emprunteurs sans activité professionnelle rémunérée ont la faculté de bénéficier des garanties Décès et PTIA.

2.2 BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

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

ARTICLE 3 – QUOTITE

Tout prêt octroyé par le Prêteur doit toujours être couvert à 100% minimum de son montant dans la limite de 50 000 € quel que soit le montant de l'opération. Lorsqu'un seul Emprunteur est assuré, l'assurance repose obligatoirement à 100% sur sa tête. Lorsque plusieurs co-emprunteurs sont assurés au titre d'un même prêt, le total des quotités de chaque co-emprunteur ne peut être inférieur à 100% du montant du prêt. Chaque Emprunteur ne peut être assuré qu'avec un minimum de 50%.

En cas de sinistre, les prestations sont déterminées au prorata de la quotité assurée et ne seront en aucun cas supérieures au capital ou aux échéances dues au titre du prêt garanti. Lorsque plusieurs Emprunteurs sont garantis au titre d'un même financement, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux montants dus au titre du prêt garanti.

ARTICLE 4 - POPULATION ASSURABLE

Sont assurables toutes les personnes physiques qui souscrivent un prêt auprès du Prêteur en qualité d'emprunteurs ou de co-emprunteurs, sous réserve d'être âgées de plus de **18 ans** et de moins de **65 ans** (qu'elles n'aient pas atteint leur 65^{ème} anniversaire) lors de la conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 8.1.

ARTICLE 5 - FORMALITES D'ADHESION

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent au moment de la demande de prêt. Elles comportent un bulletin d'adhésion à l'assurance, une Déclaration d'Etat de Santé et un Questionnaire de Santé à renseigner intégralement et à signer par l'Emprunteur. Le Questionnaire de Santé est à renseigner uniquement si l'emprunteur et/ou le co-emprunteur n'est (ne sont) pas en mesure de renseigner et signer la Déclaration d'Etat de Santé.

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété d'examen médicaux ou de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur aux frais de ce dernier. L'Emprunteur peut en outre être invité à produire toutes copies de document se rapportant à son état de santé.

Le Prêteur mettra à la disposition de l'Emprunteur qui le souhaiterait une enveloppe qui permettra l'envoi du questionnaire de santé au Médecin Conseil de l'Assureur, sous pli confidentiel – secret médical.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à **trois mois** à compter de sa signature. Si au terme de ce délai, le questionnaire n'a pas été adressé pour décision à l'Assureur, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

Si une évolution de l'état de santé de l'Emprunteur survient avant la date de conclusion de l'adhésion et aurait modifié les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion à l'assurance, l'Emprunteur est tenu de remplir un nouveau questionnaire de santé, sous peine d'encourir la nullité de l'adhésion.

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

ARTICLE 6 - DECISION DE L'ASSUREUR

Au terme de l'examen du dossier médical de l'Emprunteur, l'Assureur peut pour les garanties Décès, PTIA et IT :

- **ACCEPTER** la demande d'adhésion, cette décision d'acceptation peut être donnée :
 - sans réserve, et vaut pour tous les risques couverts,
 - avec réserve, et exclura certaines garanties ou pathologies. Dans le cas où l'acceptation avec réserves a consisté à exclure la garantie IT, cette exclusion ne s'applique pas lorsque l'arrêt de travail survenant en cours d'assurance est imputable à un Accident tel que défini à l'article 2.

En cas de réserve partielle ou totale sur la garantie IT, l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS révisée, d'une proposition de la garantie Aeras telle que définie à l'article 7.

- **REFUSER** l'entrée dans le contrat n°1119R. Cette décision déclenche automatiquement et dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude du dossier dans un contrat de 2^{ème} niveau n°8938Q. Si à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier sera examiné sous condition d'âge et de montant emprunté par un 3^{ème} niveau national.

- **AJOURNER** sa décision. Dans ce cas, l'Emprunteur pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué.

La durée de validité de la décision d'acceptation dans l'assurance est fixée à **6 mois**. Si au terme de ce délai, l'offre de prêt n'a pas été signée par l'Emprunteur, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

Notification de la décision par l'Assureur pour les garanties Décès, PTIA et IT :

L'Assureur informe par courrier l'Emprunteur de sa décision.

En cas d'acceptation avec réserve, l'Emprunteur devra, s'il accepte les conditions particulières d'assurance proposées, retourner au Prêteur l'exemplaire d'acceptation dûment complété, daté et signé.

ARTICLE 7 – GARANTIE INVALIDITE AERAS (IA)

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

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

7.1 - Définition

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

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

1. son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.
2. son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N° 2001-99 du 31 janvier 2001).

La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 14 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.

4. L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.
5. L'état d'invalidité AERAS doit être reconnu par l'Assureur avant la date de cessation de la garantie IT.

7.2 - Prestation garantie

La prestation garantie, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion (hors celles liées à une pathologie) et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie ITT à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'invalidité AERAS.

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

7.3 - Formalités à remplir en cas d'Invalidité AERAS

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir au Prêteur, dans les **180 jours** qui suivent la survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une copie de la demande d'adhésion, accompagné du questionnaire de santé ;
- une copie de la notification des conditions d'acceptation par l'Assureur acceptées et signées par l'Assuré ;
- une attestation médicale d'incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin.

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

Doivent être produites en outre :

Pour les salariés, une copie de la notification par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité Sociale.

Pour les fonctionnaires et assimilés,

- une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,
- une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension.

Pour les non salariés, une copie d'un titre de pension pour invalidité.

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

ARTICLE 8 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

8.1. Date de conclusion de l'adhésion :

Lorsque l'Emprunteur a été admis dans l'assurance en signant la Déclaration d'Etat de Santé (DES) l'adhésion est conclue à la date de signature de la DES.

Lorsque le candidat à l'assurance a été admis dans l'assurance en signant un Questionnaire de Santé, l'adhésion est conclue :

- soit à la date du courrier de notification de l'acceptation sans réserve de l'Assureur,
- soit à la date de signature par l'Emprunteur de la notification des conditions particulières d'assurance avec réserves.

8.2. Prise d'effet des garanties :

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

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

ARTICLE 9 - DUREE DE L'ADHESION - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion est conclue au maximum pour la durée du prêt sous réserve des cas de cessation visés ci-dessous.

L'adhésion et les garanties cessent :

- au terme contractuel du prêt ou en cas de remboursement total anticipé du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur,
- en cas de non-paiement par l'Assuré des primes telles que décrites à l'article 10 après mise en œuvre des formalités de l'article L. 141-3 du Code des assurances,
- à la date de versement de la prestation en cas de décès ou de PTIA,
- en cas de mise en place d'un plan conventionnel « Banque de France » ou d'un plan de redressement judiciaire civil, sauf s'il y a maintien du paiement de la prime initiale (loi Neiertz),
- au jour de la réception par l'Assureur du courrier de renonciation dans les cas prévus à l'article 16.1,
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré conformément aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation et L.113-2-2 du code des assurances. L'Assuré peut demander au Prêteur la substitution du contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt ; la substitution, si elle est acceptée, entraînera la résiliation du contrat.

Les modalités pratiques de cette demande de substitution sont précisées dans l'offre de prêt.

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,
- 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 contrat continue de produire ses effets.

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

- pour la garantie Décès : au 80^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- pour la garantie IT : à la date de départ ou de mise à la retraite ou en préretraite de l'Assuré quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, incapacité), et au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- pour la garantie PTIA : au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

ARTICLE 10 - PRIMES

Les primes d'assurance sont incluses dans les échéances de remboursement et prélevées par le Prêteur sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne en même temps que les échéances du prêt. Le montant des primes est celui figurant dans le tableau d'amortissement édité par le Prêteur.

Les primes restent dues intégralement même après la cessation de l'une quelconque des garanties.

En cas de non-paiement des primes, l'adhésion sera résiliée conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances. La résiliation interviendra au terme d'un délai de **40 jours** à compter de l'envoi par le Prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt **10 jours** après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

L'Assureur se réserve le droit de majorer le montant de la prime en fonction des résultats du contrat. Pour ce faire, le Prêteur sollicite l'accord de chaque Assuré. A défaut d'accord, l'adhésion est résiliée à effet du 1^{er} janvier qui suit cette décision de revalorisation.

ARTICLE 11 - RISQUES GARANTIS

Sous réserve des garanties choisies par l'Assuré et des exclusions précisées à l'article 12, le contrat d'assurance couvre les risques Décès, PTIA, IT ci-dessous définis.

11.1 Décès : Le Décès est couvert s'il survient avant le **80^{ème}** anniversaire de l'Assuré.

11.2 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Un Assuré est en état de PTIA lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

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

11.3 Incapacité de Travail (IT)

11.3.1 Incapacité Totale de Travail (ITT)

Un Assuré est en état d'ITT lorsque les 2 conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de **90 jours (dite délai de franchise)** décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail, l'Assuré se trouve à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'impossibilité absolue et médicalement constatée d'exercer, même partiellement, son activité professionnelle ;
- l'Assuré doit justifier de son incapacité en produisant les pièces prévues à l'article 13.4.1.

11.3.2 Incapacité Partielle de Travail (IPT)

Un Assuré est en état d'IPT lorsque les 3 conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- l'Assuré a bénéficié d'une prise en charge au titre de l'ITT qui a cessé suite à reprise de l'activité professionnelle ;
- cette reprise de travail doit être effectuée dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique (mi-temps thérapeutique) prescrit médicalement ;
- l'Assuré doit justifier de son incapacité en produisant les pièces prévues à l'article 13.4.2.

ARTICLE 12 - RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne sont pas couverts :

- le suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les exclusions visées à l'article L. 113-1 du Code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires),
- les conséquences de faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les pompiers, les militaires en qualité de casques bleus et les démineurs dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion ;
- les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré(e) y prend une part active. Les militaires en qualité de casque bleu ne sont pas visés par cette exclusion.
- les conséquences d'accidents de navigation aérienne dans le cadre de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, vols sur U.L.M, tentatives de records,
- les conséquences de sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne,
- les conséquences de vols sur deltaplanes et parapentes, et vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.
- les incapacités ou invalidités, qui résultent, quelle qu'en soit la cause, d'une affection psychiatrique : affection psychotique ; affection névrotique ; dépression nerveuse ; syndrome anxio-dépressif ; état dépressif ; anxiété, SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 10 jours continus (hors hospitalisation de jour),
- les atteintes discales ou vertébrales : lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, SAUF si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité.

ARTICLE 13 - FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré doit déclarer le sinistre à l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur dans les jours suivant la date à laquelle ils en ont connaissance. Pour permettre de justifier le droit à prestation, les pièces suivantes doivent être produites au moment de la déclaration de sinistre et le cas échéant, au cours de toute la durée de celui-ci.

13.1 Pour tout type de sinistre

Le versement des prestations est subordonné à la production par l'Assuré des justificatifs visés au présent article.

Les justificatifs suivants seront adressés à l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur dans le respect du secret professionnel :

- une copie de l'offre de prêt signée et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,
- une copie du tableau d'amortissement ou de l'échéancier du contrat de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt,
- l'exemplaire du bulletin d'adhésion incluant, en cas de sinistre Décès, PTIA ou IT, la déclaration d'état de santé et le Questionnaire de Santé le cas échéant,
- l'exemplaire signé de la notification des conditions particulières d'assurance acceptée par l'Assuré.

13.2 En cas de Décès

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

- une copie du bulletin ou de l'acte de décès.
- une attestation de décès indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est lié ou non à un risque exclu.

En cas de décès accidentel, le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.

Lorsque ces documents ne sont pas libellés en français, ils devront être traduits en français et certifiées par un membre de la représentation française dans le pays d'origine.

13.3 En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir à l'Assureur dans les **180 jours** qui suivent la survenance de la PTIA, toutes informations de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une Attestation Médicale d'Incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin.

En cas de refus du médecin de remplir la partie qui lui est dédiée, un certificat médical attestant :

- que l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- que son état de santé le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer) ;
- de 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.

Si l'Assuré concerné est Assuré social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 3^{ème} 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.

Si l'Assuré est fonctionnaire, joindre aux justificatifs ci-dessus, copies de l'arrêté de position administrative ou l'avis de commission de réforme.

13.4 En cas d'Incapacité de Travail (IT)

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur pour chaque sinistre IT, à l'issue du **délai de franchise de 90 jours** définis à l'article 11.3, **et au plus tard 180 jours après la fin du délai de franchise**, les pièces justificatives indiquées ci-dessous.

À défaut de présentation des pièces dans les 180 jours suivant la fin du délai de franchise, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L. 113-2 alinéa 4 du code des assurances dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

13.4.1 En cas d'Incapacité Totale de Travail (ITT)

- une Attestation Médicale d'Incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin.

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

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

Doivent être produits en outre :

(I) Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale :

La copie des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale depuis l'arrêt de travail, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise (Indemnités Journalières, ou titre de pension 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou rente supérieure ou égale à 66%). A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent toutes la subrogation.

(II) Pour les Assurés assujettis à des régimes similaires au régime général de la Sécurité sociale :

La copie des décomptes de prestations en espèces émanant de ces régimes, depuis l'arrêt de travail, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent toutes la subrogation.

(III) Pour les fonctionnaires ou assimilés :

Une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

(IV) Pour les travailleurs non-salariés :

Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en IT au sens du contrat, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

L'Assureur se réserve la possibilité d'exercer des contrôles médicaux pendant la durée de l'IT susceptibles d'entraîner une cessation du versement des prestations. Les pièces émanant de la Sécurité sociale, ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur.

Les pièces émanant de la CDAPH ne permettent pas de justifier d'un arrêt de travail.

13.4.2 En cas d'Incapacité Partielle de Travail (IPT)

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur la copie de la prescription médicale après avis du médecin du travail déterminant les modalités de la reprise d'activité dans le cadre du temps partiel thérapeutique ainsi que la copie de l'accord de l'employeur. Ces justificatifs doivent être renouvelés tous les trois mois sauf reprise d'activité professionnelle à temps plein, faute de quoi, les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

ARTICLE 14 - CONTROLE MEDICAL

La production des justificatifs exigés à l'article 13 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le versement des prestations.

Au terme de l'examen de l'ensemble des pièces fournies par l'Assuré ou ses ayants droit, l'Assureur peut :

- accepter la prise en charge,
- refuser la prise en charge,
- suspendre la prise en charge dans l'attente de la production de justificatifs supplémentaires et/ou des conclusions du rapport d'une visite de contrôle médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur. En effet, l'Assureur peut décider à ses frais de soumettre l'Assuré à une visite médicale auprès d'un médecin qu'il aura mandaté. Dans ce cas, l'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport de visite médicale qui sera établi. Le contrôle médical ne peut s'effectuer qu'en France.

Si après un contrôle, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré ou ses ayants droit, une procédure de conciliation peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 16.2. Si l'Assuré refuse de se soumettre à la visite médicale ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale.

Cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions du contrôle médical.

ARTICLE 15 - PRESTATIONS VERSEES

Cas particulier :

- **Modification des échéances à la hausse à l'initiative de l'Assuré, intervenue dans les 365 jours précédant la date du sinistre** : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de l'échéance précédant l'augmentation.
- **Modification des échéances à la baisse à l'initiative de l'Assuré** : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

15.1 En cas de Décès survenant avant le 80^{ème} anniversaire de l'Assuré

L'Assureur rembourse au Prêteur en une seule fois le montant du capital restant dû à la date du sinistre au titre du prêt et sur la base de la quotité assurée.

Les prestations servies au titre de la garantie IT, que ce soit au titre de l'ITT ou de l'IPT, n'interdisent pas le paiement du capital prévu au titre du Décès. La fraction du capital incluse dans les sommes versées par l'Assureur, à compter de la dernière échéance précédant le décès, est alors déduite du capital décès.

Si le Décès survient avant la première échéance du remboursement, le capital de base retenu est le montant du prêt tel qu'il est défini au contrat de prêt, ou à défaut dans l'offre préalable.

15.2 En cas de PTIA survenant avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré

L'Assureur rembourse au Prêteur en une seule fois le montant du capital restant dû à la date du sinistre reconnue par l'Assureur au titre du prêt et sur la base de la quotité assurés. Le versement de la prestation est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de survenance du sinistre. L'Assuré pris en charge au titre de la garantie IT, que ce soit au titre de l'ITT ou de l'IPT, peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA s'il vient à en remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT ou IPT qui auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date. La part de ces prestations correspondant à des intérêts restera acquise au Prêteur.

15.3. En cas d'IT survenant avant le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré exerçant toujours une activité professionnelle, l'Assureur rembourse à l'Assuré une prestation selon les modalités suivantes :

15.3.1 En cas d'Incapacité Totale de Travail

A l'issue du **délai de franchise de 90 jours** décompté à partir du premier jour d'Incapacité Totale de Travail, la prestation est calculée sur la base de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt au *pro rata temporis* du nombre de jours d'incapacité dûment justifiés et de la quotité assurée.

Il s'agit :

- pour les prêts amortissables comportant une période de différé partiel, des intérêts et de la prime d'assurance mensuelle,
- pour les prêts amortissables, de l'amortissement du capital, des intérêts et de la prime d'assurance mensuelle, pendant la période d'amortissement.

En aucun cas, la prestation ne pourra excéder le montant de l'échéance mensuelle du prêt (prime d'assurance incluse).

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer à ses frais pendant toute la durée de l'Incapacité Totale de Travail, des contrôles médicaux par un médecin chargé d'apprécier l'état d'ITT et dont les conclusions peuvent conduire à une cessation de prise en charge.

Tout arrêt de travail dû à une rechute et survenant moins de **deux mois** après la fin d'une période de prise en charge ne donne pas lieu à l'application d'un nouveau délai de franchise.

Lorsque plusieurs emprunteurs sont garantis au titre d'un même financement, les prestations versées par l'Assureur au titre de l'Incapacité Totale de Travail simultanée des deux Assurés, pendant une même période, sont limitées au montant des échéances dues au titre du prêt garanti (prime d'assurance incluse).

FIN DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL

Les prestations cessent dans les cas suivants :

- lorsque l'Assuré est reconnu, suite à un contrôle médical, apte à exercer son activité professionnelle, même partiellement ;
- lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle rémunérée, même partiellement ;
- lorsque l'Assuré cesse de percevoir des prestations en espèces de la Sécurité sociale ;
- lorsque l'Assuré bénéficie de prestations d'invalidité ou d'incapacité partielles, notamment d'une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale, d'indemnités journalières pour temps partiel ou thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3 ;
- aux dates de survenance des cas de cessation des garanties définies à l'article 9.

15.3.2. En cas d'Incapacité Partielle de Travail consécutive à un sinistre Incapacité Totale de Travail et survenant avant le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur rembourse au Prêteur une prestation calculée sur 50 % de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt au *pro rata temporis* du nombre de jours de mi-temps thérapeutique dûment justifiés et compte tenu de la quotité assurée.

Il s'agit :

- pour les prêts amortissables comportant une période de différé partiel, des intérêts et de la prime d'assurance mensuelle,
- pour les prêts amortissables, de l'amortissement du capital, des intérêts et de la prime d'assurance mensuelle, pendant la période d'amortissement.

En aucun cas, la prestation ne pourra excéder le montant de l'échéance mensuelle du prêt (prime d'assurance incluse).

FIN DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'INCAPACITE PARTIELLE DE TRAVAIL

Les prestations cessent dans les cas suivants :

- lorsque l'Assuré est reconnu apte à reprendre son activité professionnelle à temps complet,
- lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle rémunérée à temps complet,
- après 12 mois d'indemnisation au titre de l'Incapacité Partielle de Travail,
- aux dates de survenance des cas de cessation des garanties définies à l'article 9.

ARTICLE 16 - DROITS ET INFORMATION DES ASSURES

16.1 Renonciation en cas de vente par démarchage ou de Vente A Distance (VAD)

La signature du bulletin d'adhésion à l'assurance ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré s'il a adhéré suite à un démarchage ou si le contrat a été vendu à distance. L'Assuré dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

a- Délai pour exercer la faculté de renonciation

- Si le contrat est vendu par démarchage

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

En vertu de l'article L. 112-9, alinéa 1^{er} du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ».

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

- Si le contrat est vendu à distance :

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

b- Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser au Prêteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°1119R que j'ai signé le à (Lieu d'adhésion)

Le (Date et signature) ».

c- Effets de la renonciation

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

- Si le contrat a été vendu par démarchage

L'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

- Si le contrat a été vendu à distance

L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre recommandée de renonciation.

16.2 Conciliation et tierce expertise

16.2.1 Conciliation

L'Assuré qui conteste la décision de refus de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration, peut demander l'ouverture d'une procédure de conciliation dans l'année qui suit ce contrôle.

Pour ce faire, l'Assuré doit faire parvenir à l'Assureur dans les 3 mois suivant le contrôle médical :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers-expert

Et

- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'Assureur au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur ainsi que son évolution depuis cette date

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le Médecin contrôleur de l'Assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des Parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

16.2.2 Tierce Expertise

L'Assureur invite son Médecin-contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers-expert afin de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin.

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

Quelle que soit l'issue de cette procédure, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin, ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin-expert.

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

16.3 Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation relative à l'admission de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances – Département Gestion Emprunteurs – Service Souscriptions - 4, Place Raoul Dautry - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré peut s'adresser à CNP Assurances – 4, Place Raoul Dautry - TSA 67162 - 75716 Paris Cedex 15.

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

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

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

La saisine par le Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article 16.4.

16.4 Délai de prescription

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

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

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

16.5 Autorité chargée du contrôle

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Tailbout - 75009 Paris est chargée du contrôle de l'Assureur.

16.6 Informatique, fichiers et libertés

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à votre adhésion et à la gestion de votre contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, ainsi qu'aux réassureurs, mandataires et prestataires. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment par courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, Place Raoul Dautry, 75716 Paris CEDEX 15.

16.7 Loi applicable - Langue utilisée

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



Collectivité n° _____

Contrat n° 1120S

BULLETIN D'ADHESION A L'ASSURANCE PERTE D'EMPLOI

CARACTERISTIQUES DU FINANCEMENT (à compléter par le Prêteur)

MONTANT DU PRET :€ DUREE DU PRET :mois

QUOTITE A ASSURER (Cochez la formule choisie – Article 3 de la notice d'information jointe)

	Formule 1 (emprunteur seul) 100% (obligatoire)	Formule 2 (emprunteur et co-emprunteur)
PERTE D'EMPLOI	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%

PERSONNE À ASSURER

Emprunteur Co emprunteur

M. Mme Mlle Marié(e) Pacsé(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)

Nom de naissance : Nom d'épouse :

Prénoms : Profession :

Né(e) le/...../..... lieu de naissance : Département ou pays : _____

Adresse : Code Postal : Commune :

Téléphone* : E-mail :

Nationalité française : Oui Autre (à préciser obligatoirement)

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

GARANTIE

Vous pouvez choisir cette garantie si vous répondez aux conditions suivantes :

- Vous n'avez pas été refusé(e) à l'admission au contrat 1119R couvrant les risques Décès, PTIA et IT pour le même prêt ;
- Vous êtes titulaire d'un contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois consécutifs auprès du même employeur au jour de la signature du présent bulletin d'adhésion à l'assurance ;
- Vous n'êtes pas au chômage ou en préavis de licenciement ;
- Vous n'êtes pas à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, inaptitude) ;
- Vous bénéficiez de la protection sociale française en matière de chômage.

DECLARATIONS DE L'ASSURE

JE SOUSSIGNÉ(E) _____ :

- **Accepte d'être assuré(e)** selon les conditions précisées dans la notice d'information (réf. 16 L 1120S-V3) exposant les modalités du contrat d'assurance n°1120S qui m'a été remise par le Prêteur et dont je conserve un exemplaire ;
- **M'engage à payer les primes** d'assurance qui seront prélevées sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne conformément à l'article 8 de la notice d'information ;
- **Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une Vente à Distance, ou d'un démarchage** à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, je reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la Vente à Distance et au démarchage comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la Vente à Distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet des garanties à la plus tardive des deux dates suivantes : date de conclusion de l'adhésion ou date de signature de l'offre de prêt ;
- Donne mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.
- **Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion, et les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts, et ce conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances. La durée de validité des présentes déclarations est de 90 jours : si le document devait parvenir ultérieurement à l'Assureur, la décision de ce dernier pourrait être subordonnée à l'établissement d'une nouvelle déclaration.**

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à votre adhésion et à la gestion de votre contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, responsable du traitement, le coassureur, votre organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - 4, Place Raoul Dautry 75716 - à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés - PARIS CEDEX 15.

Fait à :

le :

Signature de la personne à assurer :

CNP Caution Société anonyme au capital de 258 734 553,36 euros entièrement libéré - Siège social : 4 Place Raoul Dautry – 75716 Paris cedex 15 - 383 024 098 R.C.S. Paris - Entreprise régie par le Code des assurances.



NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE
Réf. 16L 1120S-V3
CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE N°1120S SOUSCRIT PAR LE PRETEUR AUPRES DE
CNP CAUTION
Relevant de la branche 16 telle que prévue à l'article R. 321-1 du Code des assurances
Le contrat est régi par les lois, le Code des assurances et la réglementation française en vigueur.

DEFINITIONS

Pour l'exécution et l'interprétation de la présente notice d'information, il est convenu des définitions suivantes :

- « Assuré » : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque.
- « Assureur » : CNP CAUTION
- « Emprunteur » : Emprunteurs et co-emprunteurs, personnes physiques ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au contrat d'assurance de groupe n°1120S mais pour lesquelles la garantie n'a pas encore pris effet. Lorsque l'assurance a pris effet, ces personnes sont dénommées « l'Assuré ».
- « Prêteur » : établissement prêteur figurant sur le bulletin d'adhésion et qui a consenti le prêt.
- « Licenciement » : le fait pour un employeur de rompre unilatéralement le contrat de travail à durée indéterminée le liant à l'un de ses salariés. Pour l'application du présent contrat, la date retenue pour le Licenciement est celle de la lettre de licenciement ou de la proposition du congé de conversion devant servir pour le calcul des droits.

ARTICLE 1 - INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

1.1 - Le Contrat d'assurance de Groupe en couverture de prêt n° 1120S est souscrit par le Prêteur auprès de CNP Caution, Société anonyme au capital de 258 734 553,36 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé au 4 Place Raoul Dautry – 75716 Paris cedex 15 - 383 024 098 R.C.S. Paris.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de l'Assureur.

1.2 Le montant minimal de la prime d'assurance est indiqué sur l'offre de prêt conformément à l'article 8 - PRIMES de la présente notice d'information.

1.3 La durée de l'adhésion est fixée à l'article 7 - DUREE DE L'ADHESION - CESSATION DE L'ADHESION ET DE LA GARANTIE.

La garantie est décrite à l'article 9 - RISQUE GARANTI et à l'article 12 - PRESTATIONS VERSEES.

Les exclusions sont mentionnées à l'article 10 - RISQUES EXCLUS de la présente notice d'information.

1.4 L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable pendant la durée de validité de l'offre de prêt.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 6 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE.

L'adhésion au contrat 1120S s'effectue selon les modalités décrites à l'article 5 - FORMALITES D'ADHESION de la présente notice d'information. Les modalités de paiement de la prime sont indiquées à l'article 8 - PRIMES. Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents contractuels par l'Assuré - sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

1.5 Il existe un délai de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 13.1 - RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DEMARCHAGE OU DE VENTE A DISTANCE (VAD). En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la plus tardive des deux dates suivantes : date de conclusion de l'adhésion ou date de signature de l'offre de prêt, l'Assuré doit acquitter un premier versement de prime.

1.6 Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Prêteur et l'Emprunteur sont régies par le droit français. L'Assureur et le Prêteur utilisent la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

1.7 Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées, à l'article 13.2 - RECLAMATIONS - MEDIATION de la notice d'information.

Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n°99-532 du 26/06/99 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).

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance de groupe n°1120S est souscrit par le Prêteur en couverture du prêt qu'elle accorde à ses emprunteurs et co-emprunteurs personnes physiques. Ce contrat couvre le risque Perte d'Emploi.

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

ARTICLE 3 – QUOTITE

Tout prêt octroyé par le Prêteur doit toujours être couvert à 100% minimum de son montant dans la limite de 50 000 € quel que soit le montant de l'opération. Lorsqu'un seul Emprunteur est assuré, l'assurance repose obligatoirement à 100% sur sa tête. Lorsque plusieurs co-emprunteurs sont assurés au titre d'un même prêt, le total des quotités de chaque co-emprunteur ne peut être inférieur à 100% du montant du prêt. Chaque Emprunteur ne peut être assuré qu'avec un minimum de 50%.

En cas de sinistre, les prestations sont déterminées au prorata de la quotité assurée et ne seront en aucun cas supérieures au capital ou aux échéances dues au titre du prêt garanti. Lorsque plusieurs Emprunteurs sont garantis au titre d'un même financement, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux montants dus au titre du prêt garanti.

ARTICLE 4 - PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables toutes les personnes physiques qui souscrivent un prêt auprès du Prêteur en qualité d'emprunteurs ou de co-emprunteurs, sous réserve qu'elles remplissent les conditions suivantes au jour de la signature du bulletin d'adhésion à l'assurance :

- ne pas avoir été refusées à l'admission au contrat 1119R couvrant les risques Décès, PTIA et IT pour le même prêt ;
- être titulaires d'un contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois consécutifs auprès du même employeur ;
- ne pas être au chômage ou en préavis de licenciement ;
- ne pas être à la retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, inaptitude) ;
- bénéficier de la protection sociale française en matière de chômage.

ARTICLE 5 - FORMALITES D'ADHESION

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent au moment de la demande de prêt. Elles comportent un bulletin d'adhésion à l'assurance Perte d'emploi, qui doit être intégralement rempli et signé par l'emprunteur.

En cas de non acceptation de l'Emprunteur par l'Assureur dans le contrat 1119R couvrant les risques Décès, PTIA et IT pour le même prêt, l'Emprunteur ne peut pas adhérer au seul contrat Perte d'Emploi.

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

ARTICLE 6 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

L'adhésion est conclue le jour de la signature du bulletin d'adhésion.

La garantie Perte d'Emploi prend effet à l'issue du délai d'attente de 365 jours décompté depuis la date de conclusion de l'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime d'assurance.

ARTICLE 7 - DUREE DE L'ADHESION - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion est conclue au maximum pour la durée du prêt sous réserve des cas de cessation visés ci-dessous.

L'adhésion et les garanties cessent :

- au terme contractuel du prêt ou en cas de remboursement total anticipé du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur,
- en cas de non paiement des primes par l'Assuré après mise en œuvre des formalités de l'article L. 141-3 du Code des assurances,
- en cas de mise en place d'un plan conventionnel « Banque de France » ou d'un plan de redressement judiciaire civil, sauf s'il y a maintien du paiement de la prime initiale (loi Neiertz),
- au jour de la réception par l'Assureur du courrier de renonciation dans les cas prévus à l'article 13.1,
- à l'échéance des droits à prestation au titre de cette garantie tels que définis à l'article 12, et à la date de départ ou de mise à la retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, inaptitude).
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée au Prêteur au moins 2 mois avant le 1^{er} janvier de l'année suivante.
- au jour de la prise d'effet de la résiliation des contrats d'assurance 1120S et 1119R par l'Assuré, dans les conditions suivantes : Conformément aux articles L. 313-30 et L.313-31 du code de la consommation et L. 113-12-2 du code des assurances, l'Assuré peut demander au Prêteur la substitution du présent contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt ; la substitution, si elle est acceptée, entraînera la résiliation du présent contrat.

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,
- 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.

- en cas de résiliation du présent contrat par le Prêteur ou par l'Assureur
- en cas de résiliation du contrat d'assurance n°1119R.

ARTICLE 8 - PRIMES

Le montant des primes est celui figurant sur le tableau d'amortissement et/ou l'offre de prêt. Elles sont incluses dans les échéances de remboursement et prélevées par le Prêteur sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne en même temps que les échéances du prêt.

En cas de non-paiement des primes, l'adhésion sera résiliée conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances. La résiliation interviendra au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi par le Prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt 10 jours après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

En raison des incertitudes qui pèsent sur le risque Perte d'Emploi, l'Assureur est amené à modifier périodiquement les taux annuels de primes de cette garantie dans les conditions suivantes :

En accord avec le Prêteur, le montant de la prime est majoré de 10 % dès lors que l'évolution du nombre annuel de licenciements entraînant la cessation d'un contrat à durée indéterminée a dépassé 10 % au cours des 3 dernières années civiles écoulées. (Source: séries mensuelles nationales de la DARES).

Cette majoration est applicable à tous les Assurés à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'information des Assurés par le Prêteur.

Par ailleurs, l'Assureur se réserve le droit de majorer le montant de la prime en fonction des résultats du contrat. Pour ce faire, le Prêteur sollicite l'accord de chaque Assuré. A défaut d'accord, l'adhésion est résiliée à effet du 1^{er} janvier qui suit cette décision de revalorisation.

ARTICLE 9 - RISQUE GARANTI

Sous réserve des exclusions précisées à l'article 10, le contrat d'assurance couvre le risque Perte d'emploi ci-dessous défini.

L'Assuré est en état de Perte d'Emploi, lorsque les conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- l'Assuré doit être au chômage total résultant directement d'un Licenciement ;
- à la date de notification du Licenciement, l'Assuré doit avoir exercé une activité professionnelle rémunérée dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois consécutifs auprès du même employeur ;
- la Perte d'Emploi doit être continue et indemnisée par Pôle Emploi pendant un délai de plus de 90 jours (délai de franchise) au titre duquel aucune garantie n'est due ;
- la Perte d'Emploi doit entraîner le versement d'allocations d'assurance chômage prévues aux articles L. 5421-1 du Code du travail ou les allocations de formation qui y sont liées.

ARTICLE 10 - RISQUES EXCLUS

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

- **à la retraite, mis en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (notamment invalidité, réforme, inaptitude) ;**
- **au chômage après démission, cessation volontaire d'activité ou départ négocié même indemnisé par Pôle Emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente versée aux personnes relevant de l'article L. 5424-1 du Code du travail ;**
- **au chômage consécutif à une rupture du contrat de travail intervenue au cours ou à l'issue d'une période d'essai ou de stage ou à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée ;**
- **au chômage partiel visé à l'article L. 5122-1 du Code du travail, ou saisonnier ;**
- **au chômage non indemnisé par Pôle emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente versée aux personnes relevant de l'article L. 5424-1 du Code du travail ;**
- **au chômage alors qu'il était, avant son Licenciement, salarié d'une entreprise contrôlée ou dirigée par lui-même ou par son conjoint, ses ascendants, ses descendants ou ses collatéraux privilégiés ou par les ascendants, les descendants ou les Collatéraux privilégiés de son conjoint, ou par son co-Emprunteur et la caution ;**

Toutefois dans l'hypothèse où un contrat de travail à durée déterminée a interrompu une période de chômage prise en charge par l'Assureur, les prestations reprendront au terme du contrat précité, dès lors que la durée de celui-ci aura été égale ou inférieure à 3 mois.

ARTICLE 11 - FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré doit déclarer le sinistre à l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur à l'issue du délai de franchise, et dans un délai maximum de **90 jours** suivant la date d'extinction du délai de franchise.

Pour permettre de justifier le droit à prestation, les pièces suivantes doivent être produites au moment de la déclaration de sinistre et le cas échéant, au cours de toute la durée de celui-ci.

L'Assuré devra produire les justificatifs suivants à l'issue du délai de franchise de 90 jours défini à l'article 9 :

- copie de la lettre de licenciement,
- copie de la convocation à l'entretien préalable de licenciement,
- copie du certificat de travail de l'employeur attestant la date de début d'activité au sein de l'entreprise,
- copie de la notification d'admission aux allocations d'assurance chômage servies par Pôle Emploi ou par le gestionnaire d'une prestation équivalente,
- les justificatifs de versement de ces allocations couvrant la totalité de la période de franchise,
- les avis de paiement mensuel attestant du versement d'allocation à ce titre.

Tant que dure la Perte d'Emploi, les justificatifs de paiement mensuel attestant du versement d'allocation à ce titre, doivent être renouvelés, faute de quoi, les prestations cessent d'être versées.

ARTICLE 12 - PRESTATIONS VERSEES

Cas particulier :

- **Modification des échéances à la hausse à l'initiative de l'Assuré, intervenue dans les 365 jours précédant la date du sinistre :** l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de l'échéance précédant l'augmentation.
- **Modification des échéances à la baisse à l'initiative de l'Assuré :** l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

En cas de Perte d'emploi telle que définie à l'article 9 de la présente notice d'information, et à l'issue du **délai de franchise de 90 jours**, l'Assureur verse au Prêteur une prestation correspondant à 40 % de l'échéance mensuelle de remboursement du prêt les 12 premiers mois de sinistre, 60 % du 13^{ème} au 24^{ème} mois, 75 % du 25^{ème} au 36^{ème} mois.

En cas d'assurance sur deux têtes, les prestations versées par l'Assureur au titre de la Perte d'Emploi simultanée des deux Assurés, pendant une même période, sont limitées au montant des échéances dues au titre du prêt garanti.

L'échéance mensuelle de remboursement du prêt est calculée *pro rata temporis* du nombre de jours de Perte d'Emploi dûment justifiés et en fonction de la quotité assurée choisie.

Le nombre de sinistres pris en charge est limité à 2 pendant toute la durée de l'adhésion.

La durée du service des prestations pour un même sinistre est limitée à 36 mois consécutifs, pour toute la durée du prêt. Lorsqu'une période d'indemnisation inférieure à 12 mois est suivie d'une période de reprise d'activité inférieure ou égale à 90 jours puis d'une nouvelle période de Perte d'emploi, il n'est pas procédé à l'application d'un nouveau délai de franchise pour indemniser cette nouvelle période. Cependant, celle-ci est considérée comme faisant suite à la première période indemnisée pour apprécier le maximum de 36 mois consécutifs de prise en charge.

FIN DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Les prestations cessent dans les cas suivants :

- aux dates de survenance des cas de cessation des garanties définies à l'article 7,
- lorsque l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 11,
- à l'échéance des droits à prestation au titre de la garantie Perte d'Emploi.

ARTICLE 13 - DROITS ET INFORMATION DES ASSURES

13.1 Renonciation en cas de Vente par Démarchage ou de Vente à Distance (VAD)

La signature du bulletin d'adhésion à l'assurance ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré s'il a adhéré suite à un démarchage ou si le contrat a été vendu à distance. L'Assuré dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

a- Délai pour exercer la faculté de renonciation

- Si le contrat est vendu par démarchage :

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

En vertu de l'article L. 112-9, alinéa 1^{er} du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ». L'Assuré ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

- Si le contrat est vendu à distance :

Le contrat est vendu en Vente A Distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance notamment par Internet ou par correspondance.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, L'Assuré peut renoncer à l'assurance dans un délai de 14 jours à compter de la date de conclusion de l'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

b- Modalités de renonciation :

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser au Prêteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°1120S que j'ai signé le à (Lieu d'adhésion)
Le (Date et signature) ».

c- Effets de la renonciation :

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

- Si le contrat a été vendu par démarchage :

L'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

- Si le contrat a été vendu à distance :

L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre recommandée de renonciation.

13.2 Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré peut s'adresser à CNP Assurances – 4, Place Raoul Dautry - TSA 81566 - 75716 Paris Cedex 15.

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

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

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

13.3 Délai de prescription

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

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

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

13.4 Autorité chargée du contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de l'Assureur.

13.5 Informatique et libertés

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à votre adhésion et à la gestion de votre contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, responsable du traitement, au co-assureur, à l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés.

L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment par courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, Place Raoul Dautry, 75716 Paris CEDEX 15.

13.6 Loi applicable - Langue utilisée

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

13.7 Information des Assurés

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