



Assurance de prêt

Note et notice d'information

réf : A217Y



NOTE D'INFORMATION

**relative au Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°A217Y
Cette note d'information concerne l'Assuré si, à l'adhésion, il est âgé entre 66 ans et 80 ans.
Dans ce cas, il est assuré uniquement pour le Risque Décès.**

Entreprises contractantes :

L'Association pour l'Union et le Recours En Assurances – ASSOCIAREA - Association d'intérêt général régie par la loi de 1901 – Technopole du Moulin, Rond-point du Canet CS10019, 13590 MEYREUIL – N°SIREN 800 202 707 - <https://www.associarea.fr>
CNP Assurances - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre – Entreprise régie par le code des assurances - IDU EMP FR231782_01ZWUC

1. NOM COMMERCIAL DU CONTRAT

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

2. CARACTERISTIQUES DU CONTRAT

2.1 – Quel est l'objet du contrat ?

Le Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°A217Y comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital des prêts de l'Assuré s'il décède avant son 85ème anniversaire.

2.2 – Quelle est la durée du contrat ?

Durée du contrat

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

Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans la demande individuelle d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et de la garantie visés à l'article 12 de la Notice d'information.

2.3 – Comment payer les cotisations ?

L'adhérent s'engage à payer les cotisations. Les cotisations se calculent en pourcentage du capital initial et proportionnellement à la quotité d'assurance retenue lors de l'adhésion. Le taux de cotisation figure dans l'attestation d'assurance. L'Adhérent doit payer la cotisation dès la prise d'effet de la garantie. Elle peut être prélevée par l'Assureur ou son déléguataire, Multi-Impact, sur un compte ouvert au nom de l'Adhérent auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne. **L'Adhérent doit payer ses cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. En cas de non-paiement des cotisations, le Souscripteur peut exclure l'Assuré du contrat, après mise en demeure de payer par lettre recommandée. La mise en demeure intervient dix jours au plus tôt après la date à laquelle l'Adhérent aurait dû payer les cotisations. À défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances.**

2.4 – Quand et comment renoncer au contrat ?

La signature de la demande d'adhésion au Contrat n°A217Y ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent, il peut renoncer à l'adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 8.1 de la Notice d'information.

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

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

2.5 – Quelles sont les formalités à remplir en cas de Sinistre ?

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

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

- un bulletin de décès ou un acte de décès original,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre pour chaque prêt,
- une attestation de décès (attestation selon un imprimé fourni par l'Assureur) indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle. L'attestation certifie que le décès n'appartient pas aux Risques exclus définis à l'article 5 de la Notice d'information. En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront en apporter la preuve par tout moyen.

Pour les ressortissants de pays étrangers, ces documents doivent être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine. **La production de ces justificatifs est obligatoire. Elle conditionne le versement de la prestation.**

2.6 – Quelles sont les informations sur les cotisations relatives aux garanties principales et complémentaires ?

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

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

En cas de remboursement anticipé total, seules les cotisations encaissées postérieurement au remboursement anticipé total feront l'objet d'un remboursement. En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un co-emprunteur ou d'une Caution, la cotisation perçue se calcule sur le montant du capital restant dû au jour de la signature de la demande d'adhésion.

2.7 – Quelles sont les indications générales relatives au régime fiscal ?
Conformément à la législation fiscale française, la prestation étant versée à l'établissement prêteur à titre onéreux, en remboursement d'une dette , les droits de mutation, en cas de décès, ne s'appliquent pas à la prestation.

3. PROCEDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Pour toute réclamation relative à la décision d'admission de l'Assuré s'adresser, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, à CNP Assurances - Département Activités Emprunteur – Service Souscription-Réclamations/Réexamens – TSA80010 – 78199 TRAPPES CEDEX.

Pour toutes les autres réclamations notamment celles relatives à un Sinistre, s'adresser à CNP Assurances - Service Réclamations - TSA 76945 - 95905 CERGY PONTOISE CEDEX 9. La réclamation peut émaner de l'Assuré mais également le cas échéant, de ses ayants droit, du bénéficiaire, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit. En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, ou en l'absence de réponse au bout de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, ces personnes pourront s'adresser au Médiateur de l'Assurance :

- par voie postale à « La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 »,
- ou directement sur le site internet « www.mediation-assurance.org ».

La saisine du Médiateur suspend le délai de prescription défini à l'article 22 de la Notice d'information à compter de la notification de la recevabilité de la saisine. L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

4. RAPPORT SUR LA SOLVABILITE ET LA SITUATION FINANCIERE

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

NOTICE D'INFORMATION

A CONSERVER PAR L'ASSURE ET L'ADHERENT

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

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

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

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE (VAD)

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

1 - Le Contrat n°A217Y est garanti par CNP Assurances - 341 737 062 RCS Nanterre - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux.

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

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

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

3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article 9.3 de la Notice d'information.

Les garanties du Contrat sont mentionnées à l'article 2 de la Notice d'information.

Les exclusions au Contrat sont mentionnées à l'article 5 de la Notice d'information.

4 - Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 9 de la Notice d'information.

L'adhésion au Contrat n°A217Y s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 8 de la Notice d'information. Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article 14 de la Notice d'information.

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

5 - Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la notification de la renonciation sont prévues à l'article 10 de la Notice d'information. En contrepartie de la prise d'effet à la date de signature de l'offre de prêt, l'Adhérent devra acquitter un premier versement de cotisation.

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

7 - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 20 de la Notice d'information.

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

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

TABLE DES MATIERES

QUELLES SONT LES DEFINITIONS DU CONTRAT ?	5
1 – Objet du contrat	7
QUELLES SONT LES GARANTIES DU CONTRAT ?	7
2 - LES GARANTIES	7
2.1 - LA GARANTIE DÉCÈS	7
2.2 - LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	7
2.3 - LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)	7
2.4 - LES GARANTIES INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)	8
2.5 - LA GARANTIE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE (MTT)	9
2.6 - LA GARANTIE AIDE A LA FAMILLE (GAF)	9
2.7 - LA GARANTIE INVALIDITÉ AERAS (IA)	10
2.8 – QUELLES SONT LES REGLES DE CALCUL DES PRESTATIONS ?	10
3 - LES OPTIONS	11
4 - LA FRANCHISE	11
QUELLES SONT LES EXCLUSIONS CONTRACTUELLES ?	12
5 - RISQUES EXCLUS	12
5.1 QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES ?	12
5.2 QUELLES SONT LES EXCLUSIONS SPECIFIQUES* SUR L'ITT, L'IPT, L'IPP, LE MTT ET L'IA ?	12
QUELLES SONT LES CONDITIONS ET LES MODALITES D'ADHESION ?	12
6 - QUI PEUT ADHERER ?	12
6.1 QUELS SONT LES TYPES DE PRETS ASSURABLES ?	12
6.2 QUELLE EST LA QUOTITE ASSUREE ?	13
6.3 QUELS SONT LES MONTANTS ASSURABLES ?	13
7 - POURQUOI UNE ABSENCE DE COUVERTURE DES EVENEMENTS NON ALEATOIRES ?	13
8 - COMMENT ADHERER ?	13
LA VIE DU CONTRAT	14
9 - LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE L'ADHESION	14
9.1 QUELLE EST LA DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION ?	14
9.2 QUELLE EST LA DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES ?	14
9.3 QUELLE EST LA DUREE DE L'ADHESION ?	15
10 - QU'EST-CE QUE LE DROIT DE RENONCIATION ?	15
10.1 QUEL EST LE DELAI POUR EXERCER LE DROIT DE RENONCIATION ?	15
10.2 QUELLES SONT LES MODALITES DE RENONCIATION ?	15
10.3 QUELLES SONT LES EFFETS DE LA RENONCIATION ?	15
11 - DÉCLARATIONS EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION	15
12 – QUELS SONT LES CAS DE CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ?	15
13 - LA FACULTÉ DE RÉSILIATION	16
13.1 QU'EST-CE QUE LA FACULTE DE RESILIATION ?	16
13.2 COMMENT NOTIFIER LA DEMANDE DE RESILIATION ?	16
13.3 A QUI ADRESSER LA DEMANDE DE RESILIATION ?	16
14 - CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS	16
QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?	17
15 - TERRITORIALITE DU CONTRAT	17
16 - BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS	17
17 – QUELLES SONT LES FORMALITÉS À REMPLIR ?	17
17.1 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS DE DECES ?	17
17.2 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS DE PTIA ?	18
17.3 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS D'ITT ?	18
17.4 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS D'IPT OU IPP ?	18
17.5 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS DE MTT ?	19
17.6 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR POUR LA GARANTIE AIDE A LA FAMILLE (GAF) ?	19
17.7 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS D'INVALIDITE AERAS (IA) ?	19
18 - CONTRÔLE MEDICAL	19
19 - TIERCE EXPERTISE	19
INFORMATIONS GÉNÉRALES	20
20 - COMMENT FAIRE UNE RECLAMATION ?	20
21 - OPPOSITION AU DEMARCHEAGE TELEPHONIQUE	20
22 - PRESCRIPTION	20

23 - LUTTE ANTI-BLANCHIMENT	21
24 - LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE	21
25 - ADHESION A L'ASSOCIATION POUR L'UNION ET LE RECOURS EN ASSURANCES	22
25.1 OBJET	22
25.2 ADHESION	22
25.3 COTISATION STATUTAIRE	22
26 - AUTORITE DE CONTRÔLE DE L'ASSUREUR	22

QUELLES SONT LES DEFINITIONS DU CONTRAT ?

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

Pour l'exécution du Contrat d'assurance, les définitions suivantes s'appliquent :

A

ACCIDENT

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

ACTIVITES HABITUELLES NON PROFESSIONNELLES

Pour les Assurés Sans activité professionnelle / Inactif, il s'agit des activités domestiques et la gestion des affaires familiales et personnelles réalisées de manière autonome et habituelle.

ADHERENT

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

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

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

ASSURANCE DE GROUPE

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

Attention dans le présent Contrat d'assurance le Risque Chômage n'est pas couvert.

ASSURÉ

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

ASSUREUR

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

Dans le présent Contrat d'assurance l'Assureur est CNP Assurances.

B

BÉNÉFICIAIRE

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

C

CANDIDAT A L'ASSURANCE

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

CAPITAL ASSURÉ

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

CAPITAL INITIAL

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

CAPITAL RESTANT DÜ

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

CAUTION

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

L'Assuré Caution doit avoir été actionné au titre de ses obligations de Caution pendant plus de 3 mois et jusqu'à la date de réalisation du risque PTIA, ITT, IPT, IPP ou GAF pour demander le bénéfice de ces cinq garanties.

CONSOLIDATION

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

CONTRAT D'ASSURANCE

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

La Demande Individuelle d'Adhésion

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

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

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

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

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

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

COTISATIONS

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

D

DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION

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

DATE D'EFFET DES GARANTIES

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

DEMARCHAGE

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

DROIT DE RENONCIATION

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

E

EMPRUNTEUR

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

F

FACULTE DE SUBSTITUTION/RESILIATION

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

FAIT INTENTIONNEL

Fait commis volontairement pour provoquer un Sinistre.

FÄUSSE DÄCLARATION

Toute omission, rÃ©ticence, fausse dÃ©claration dans les informations qui sont fournies Ã l'Assureur tant Ã l'adhÃ©sion qu'Ã l'occasion d'un Sinistre.

FINANCEMENT

OpÃ©ration composÃ©e d'un ou plusieurs type de prÃ©ts dÃ©finis Ã l'article 5.1 et souscrits auprÃ¨s du mÃªme Ãtablissement PrÃ©teur.

Seuls les prÃ©ts en euros sont assurables.

FRANCHISE

PÃ©riode entre la date de survenance d'un Sinistre et le dÃ©but de sa prise en charge par l'Assureur. La Franchise concerne uniquement la garantie IncapacitÃ Temporaire Totale. Le Candidat Ã l'assurance doit opter lors de sa Demande Individuelle d'AdhÃ©sion pour une pÃ©riode de Franchise valable pour toute la durÃ©e de son adhÃ©sion. Il a le choix entre 180, 120, 90, 60 ou 30 jours de dÃ©lai de Franchise.

Cette pÃ©riode de Franchise n'est jamais indemnisÃ©e par l'Assureur.

G

GESTIONNAIRE

Organisme qui gÃÙre le Contrat d'assurance pour le compte de l'Assureur. Dans le prÃ©sent Contrat il s'agit de Multi-Impact.

I

INTERMEDIAIRE D'ASSURANCE

Personne qui, contre rÃ©munÃ©ration, exerce une activitÃ qui consiste Ã prÃ©senter, proposer ou aider Ã conclure des contrats d'assurance ou Ã rÃ©aliser d'autres travaux préparatoires Ã leur conclusion. Tout intermÃ©diaire d'assurance doit Ãtre immatriculÃ à l'ORIAS.

M

MÃDIATEUR

Lors d'un litige ou d'un dÃsaccord avec l'Assureur, l'AssurÃ est a la possibilitÃ de faire appel au MÃdiateur.

Le recours au MÃdiateur ne prive pas l'AssurÃ de la facultÃ d'une action judiciaire. Les coordonnÃ©es du MÃdiateur de l'assurance sont les suivantes : La MÃdiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 - www.mediation-assurance.org.

P

PERSONNE MORALE ADHERENTE

Personne morale ayant souscrit le ou les prÃ©ts auprÃ¨s du PrÃ©teur. La Personne morale adhÃ©rente dÃsigne un Candidat Ã l'assurance sur lequel pÃÙe le Risque assurÃ.

PRESTATION

Prise en charge par l'Assureur du Capital ou de (des) l'ÃchÃeance(s), dans la limite de la QuotitÃ assurÃe Ã la date du Sinistre, des cas d'exclusions figurants Ã l'article 14 et des cas de cessations de l'adhÃ©sion et des garanties prÃvuÃs Ã l'article 12.

PRET IN FINE AVEC DIFFERE PARTIEL

PrÃêt comportant une pÃ©riode de diffÃ©rÃ© d'amortissement du capital seulement. L'Emprunteur ne rembourse que les intÃrÃts durant la phase de diffÃ rÃ. Le capital est remboursÃ en une seule fois en fin d'ÃchÃeance de prÃêt.

PRET IN FINE AVEC DIFFERE TOTAL

PrÃêt comportant une pÃ©riode de diffÃ rÃ total d'amortissement du capital et des intÃrÃts. Le capital et les intÃrÃts sont remboursÃs en une seule fois au terme du prÃêt.

PRÃTEUR

Le PrÃ teur dÃsigne l'Ãtablissement de crÃdit qui a octroyÃ ou qui est susceptible d'octroyer le(s) prÃ t(s) immobilier(s) ou professionnel(s) Ã l'AdhÃ rent.

Le PrÃ teur est le BÃénÃficiaire des Prestations.

Q

QUOTITÃ ASSURÃE

La QuotitÃ, exprimÃe en pourcentage, reprÃsente la part du Capital assurÃ sur la tÃte de chaque AssurÃ. En cas de pluralitÃ d'emprunteurs, cette QuotitÃ peut Ãtre diffÃrente pour chacun des co-emprunteurs. La QuotitÃ choisie s'applique sur l'ensemble des garanties.

Exemple d'un prÃêt de 100 000 €, oÃ l'Emprunteur choisit une QuotitÃ de 100% et le co-emprunteur une quotitÃ de 40% :

- *L'Emprunteur sera couvert Ã hauteur de 100 000 € (soit la part assurÃe du Capital empruntÃ). En cas de Sinistre couvert, la Prestation de l'Assureur s'ÃlÃvera Ã 100% du Capital restant dÃu ou de l'ÃchÃeance du prÃêt.*
- *Le co-Emprunteur sera couvert Ã hauteur de 40 000 €. En cas de Sinistre couvert, la Prestation de l'Assureur s'ÃlÃvera Ã 40% du Capital restant dÃu ou de l'ÃchÃeance du prÃêt.*

R

RECHERCHE D'EMPLOI / ACTIFS

AssurÃ percevant des allocations d'assurance chÃmage versÃes par France Travail ou tout organisme assimilÃ conformÃment aux articles L.5421-1 et suivants du code du travail. Ces personnes ont la qualitÃ d'actifs

RECHUTE

Cas d'un AssurÃ qui aprÃs avoir repris son activitÃ professionnelle ou ses ActivitÃs habituelles non professionnelles, se trouve Ã nouveau en situation d'ITT, IPT ou d'IPP pour la mÃame affection aprÃs :

- une premiÃre pÃ riode d'ITT, d'IPT, d'IPP indemnisÃ e,
- et une reprise de son activitÃ professionnelle ou de ses ActivitÃs habituelles non professionnelles pendant moins de 90 jours.

RÃSIDENT FRANCAIS

Personne physique, quelle que soit sa nationalitÃ, qui rÃside fiscalement en France.

RISQUE

EvÃnement incertain quant Ã sa survenance, ou sa date de survenance, indÃpendant de la volontÃ de l'AssurÃ, et pour lequel l'AdhÃ rent souhaite s'assurer.

S

SANS ACTIVITÃ PROFESSIONNELLE / INACTIF

AssurÃ qui est sans profession, ou qui n'est pas indemnisÃ e par France Travail, ainsi que l'AssurÃ en retraite ou prÃ -retraite quelle qu'en soit la cause. Ces personnes ont la qualitÃ d'inactifs.

NÃeanmoins un AssurÃ cumulant une retraite ou prÃ -retraite avec un revenu gÃénÃ rÃ par une activitÃ professionnelle ne relÃve pas de cette catÃgorie.

SINISTRE

EvÃnement susceptible de faire jouer les garanties du Contrat d'assurance (exemples : dÃcÃs, accident ou maladie provoquant un arrÃt de travail...).

SOUSSCRIPTEUR

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

Dans le prÃ sent Contrat d'assurance le Souscripteur est l'Association pour l'Union et le Recours En Assurances, (ASSOCIAREA) .

V

VENTE Ã DISTANCE

SystÃme de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication Ã distance (Internet et tÃlÃphone notamment).

CONTRAT N°A217Y

1 – OBJET DU CONTRAT

Le Contrat n°A217Y a pour objet de garantir l'Assuré, suivant la nature de son prêt et de son choix à l'adhésion, contre les Risques définis aux articles 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 et 3.7 de la présente Notice d'information.

QUELLES SONT LES GARANTIES DU CONTRAT ?

2 - LES GARANTIES

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

2.1 - LA GARANTIE DÉCÈS

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

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

Nous versons au Prêteur proportionnellement à la Quotité assurée :

Pour les prêts en cours d'amortissement du capital et des intérêts :

- le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement au lendemain de l'échéance précédent immédiatement la date du décès (l'échéance qui se situerait le jour du décès serait réputée due),
- les intérêts courus depuis cette dernière échéance jusqu'au jour du décès.

Pour les prêts comportant un différé partiel d'amortissement du capital seulement, pendant la période de différé :

- le montant initial du prêt,
- les intérêts courus depuis la dernière échéance d'intérêts jusqu'au jour du décès.

Pour les prêts comportant un différé totale d'amortissement du capital et des intérêts :

- le montant initial du prêt,
- les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès.

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

Qu'est-ce que la PTIA ?

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

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

Que prenons-nous en charge en cas de PTIA ?

La Prestation est calculée à la date de reconnaissance du Risque par l'Assureur. La Prestation versée est identique à celle définie pour la garantie Décès.

L'Assuré pris en charge au titre des garanties ITT, IPT, IPP, MTT ou IA, peut bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la PTIA s'il vient à en remplir les conditions. Alors, l'Assureur déduit des capitaux restant dus, les Prestations ITT, IPT, IPP, MTT ou IA versées après la date de reconnaissance de la PTIA.

2.3 - LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

Qu'est-ce que l'ITT ?

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

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

- 1.Il se trouve à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant son 70^{ème} anniversaire**, dans l'incapacité reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel.

Pour l'Assuré en Recherche d'emploi il s'agit de l'activité exercée à la veille de la perte d'emploi.

- 2.Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de Franchise conformément à l'article 4. Il s'agit d'une **période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur**.

- 3.Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 17.3.

• Si l'Assuré est Sans activité professionnelle / Inactif ou chômeur dispensé de Recherche d'emploi au jour du Sinistre

- 1.Il se trouve à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant son 70^{ème} anniversaire**, dans l'incapacité reconnue médicalement d'exercer ses Activités habituelles non professionnelles à temps plein ou à temps partiel.

- 2.Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de Franchise conformément à l'article 4, **période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur**.

- 3.Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 17.3.

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

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

- pour les prêts amortissables et durant la phase d'amortissement des prêts comportant un différé partiel d'amortissement : les échéances en capital et intérêts,

- pour les prêts avec différé partiel d'amortissement du capital et durant la phase de différé : les échéances en intérêts seulement. **La dernière échéance constituée du capital n'est jamais indemnisée pour les prêts In Fine avec différé partiel.**

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

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

L'augmentation des échéances à l'initiative de l'Adhérent, intervenue dans les 90 jours précédant la date du Sinistre : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la Prestation, le montant de l'échéance précédent l'augmentation.

La diminution des échéances à l'initiative de l'Assuré : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la Prestation, le montant de la nouvelle échéance.

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

La période de Franchise n'est pas appliquée en cas de nouvelle période d'ITT justifiée conformément à l'article 17.3, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à **90 jours**.

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

Il appartient à l'Assuré de fournir à l'Assureur, à l'issue du délai de Franchise et au plus tard 90 jours après la fin de ce délai, les documents prévus à l'article 17.3. A défaut de respect de ce délai, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L.113-2-4 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La date de prise en charge pour l'évaluation et la mise en œuvre des Prestations est celle de la réception de la demande de Prestations par l'Assureur.

Quand cesse le versement des Prestations ITT ?

En complément des causes de cessation des garanties visées à l'article 12, les Prestations ITT cessent :

- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès que l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 17.3,
- dès que l'Assuré est placé à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite (ou pré-retraite) résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat,
- dès que l'Assuré bénéficie de Prestations d'incapacité partielle (et notamment indemnités journalières, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3, pension de première catégorie pour les salariés, sauf en cas de temps partiel thérapeutique),
- dès le moment où, après contrôle médical initié par l'Assureur, l'Assuré est reconnu capable d'exercer son activité professionnelle, même partiellement, qu'il exerçait à la veille du Sinistre,
- dès le moment où, après contrôle médical initié par l'Assureur, l'Assuré est reconnu capable d'exercer ses Activités habituelles non professionnelles même partiellement, s'il n'exerçait pas d'activité professionnelle à la veille du Sinistre,
- dès que l'Assuré perçoit une prise en charge au titre de la garantie IPT ou de la garantie IPP.

2.4 - LES GARANTIES INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Comment fonctionne la garantie IPT ?

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

Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée ou est en Recherche d'emploi au jour du Sinistre :

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

Si l'Assuré est Sans activité professionnelle / Inactif ou chômeur dispensé de Recherche d'emploi au jour du Sinistre :

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

Comment fonctionne la garantie IPP ?

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

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

→ ce taux est déterminé en fonction de du taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Comment est déterminé le Taux global d'incapacité ?

① Taux d'incapacité professionnelle

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

② Taux d'incapacité fonctionnelle

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

Ces deux taux permettent de définir le **taux global d'incapacité**, d'après le tableau ci-après.

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

Comment lire ce tableau ?

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

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

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

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

- Le **taux global d'incapacité, fixé sur la base de ce tableau, est supérieur ou égal à 66%** : l'Assuré est reconnu en état d'IPT. La prestation est identique à celle de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge.
- Le **taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau se situe entre 33% et 65% inclus** : l'Assuré est reconnu en état d'IPP. La prestation correspond à 50% de la prise en charge au titre de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge que pour la garantie ITT.
- Le **taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est strictement inférieur à 33%** : l'Assuré n'est éligible à aucune des deux garanties et ne bénéficie alors d'aucune prestation.

Quand cesse le versement des Prestations IPT et IPP ?

En complément des causes de cessation des garanties visées à l'article 12, les Prestations IPT et IPP cessent :

- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès que l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 17.4,
- dès que l'Assuré est placé à la retraite ou pré-retraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite (ou pré-retraite) résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat,
- dès que l'Assuré n'est plus en état d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle au sens du Contrat :
 - pour l'IPT, dès que son taux global d'incapacité devient inférieur à 66% ;
 - pour l'IPP, dès que son taux global d'incapacité est inférieur à 33%.

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

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

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

2.5 - LA GARANTIE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE (MTT)

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

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

- il a bénéficié d'une prise en charge au titre au moins d'une de ces trois garanties : ITT ou IPT ou IA,
- il reprend une activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit médicalement.
- Il doit justifier de son incapacité en produisant les pièces demandées par l'Assureur conformément à l'article 17.5.

Que permet la garantie MTT ?

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

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

2.6 - LA GARANTIE AIDE A LA FAMILLE (GAF)

La garantie GAF n'est acquise que si l'Assuré :

- est couvert au titre des garanties ITT et IPT,

- le crédit immobilier finance sa résidence principale, sa résidence secondaire ou sa résidence locative,
 - exerce une activité professionnelle rémunérée ou est en Recherche d'emploi au jour du Sinistre.
- La GAF ne joue pas pour la couverture de Prêts relais ou de prêts In Fine.

Comment fonctionne la GAF ?

Pour mettre en œuvre la GAF les quatre conditions suivantes doivent être cumulativement réunies :

- ✓ L'enfant de l'Assuré à charge du foyer fiscal et avant son 20ème anniversaire, est atteint d'une maladie, d'un handicap ou est victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants, dans le cadre défini par les articles L.544-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.
- ✓ L'Assuré bénéficiaire de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 à L544-9 du code de la Sécurité sociale.
- ✓ L'Assuré doit cesser partiellement ou totalement son activité professionnelle ou sa Recherche d'emploi pour s'occuper de son enfant.
- ✓ Le(s) crédit(s) immobilier(s) finance(nt) la résidence principale de l'Assuré, sa résidence secondaire ou sa résidence locative.

Que permet la GAF ?

La prestation de la GAF correspond à 50% d'une prise en charge au titre de la garantie ITT. L'Assureur plafonne le versement de la prestation à 4000 euros par mois et par Assuré. Ce plafond couvre l'ensemble des prêts ou crédits immobiliers consentis par le Prêteur et assuré au titre du présent contrat.

L'indemnisation de la Garantie Aide à la Famille ne peut pas se cumuler avec une autre garantie du contrat.

Le versement de la prestation se poursuit tant que l'Assuré bénéficie de l'AJPP et pour une durée maximale de 28 mois.

Quand le versement des Prestations GAF cesse ?

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

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

2.7 - LA GARANTIE INVALIDITÉ AERAS (IA)

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

Si les garanties ITT, IPT et IPP sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec restriction de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer dans le Certificat d'Adhésion une garantie Invalidité AERAS.

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

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

1. Son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.
2. Son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. Son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70% (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N°2001-99 du 31 janvier 2001). La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au point 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 18 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 bénéfice :
 - Lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - Lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - Lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de sa profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant son 70^{ème} anniversaire.

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

La Prestation garantie au titre du Risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses cas d'exclusion tels que prévus à l'article 14 et ses cas de cessation sont identiques à ceux définis pour la garantie Incapacité Temporaire Totale à l'article 3.3, à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité AERAS.

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

Quand cessent le versement des Prestations de la garantie Invalidité AERAS ?

Le versement des Prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés au paragraphe 12 ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini au paragraphe 2.7 ;
- lorsque l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection sociale visé au point 4 de la définition de la garantie ;
- lorsque après contrôle médical son taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70% ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle sauf en cas de temps partiel thérapeutique.

2.8 – QUELLES SONT LES REGLES DE CALCUL DES PRESTATIONS ?

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

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

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

Dans le cas où l'Adhérent a conclu plusieurs prêts couverts par l'Assureur au titre d'un ou des contrats souscrits par le Souscripteur, la prise en charge sera plafonnée au montant maximum garanti défini à l'article 6.3.

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

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

Capital garanti pour ce financement

Capital initial emprunté pour ce financement pondéré par la quotité

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

Limitation des prestations

Le montant des Prestations Incapacité Temporaire de Travail (ITT), Incapacité Permanente Totale (IPT) et Incapacité Permanente Partielle (IPP) ne peut pas excéder 12 000 euros (douze mille euros) par mois. Ce plafonnement s'entend au titre des contrats souscrits auprès de l'Assureur par le Souscripteur auquel l'Adhérent a adhéré et ce quel que soit le nombre de prêts assurés.

Le montant de la Prestation de la Garantie Aide à la Famille (GAF) ne peut pas excéder 4000 euros par mois. Ce plafonnement s'entend au titre des contrats souscrits auprès de l'Assureur par le Souscripteur auquel l'Adhérent a adhéré et ce quel que soit le nombre de prêts immobilier assurés.

3 - LES OPTIONS

Quelles sont les Options ?

Sous réserve de la décision de l'Assureur et selon :

- ✓ La nature du prêt,
- ✓ La qualité du Candidat à l'assurance,
- ✓ Le choix porté sur la Demande Individuelle d'Adhésion, .

Le Candidat à l'assurance peut choisir les options :

- Le niveau de Franchise de l'ITT 30/60/90/120 ou 180 JOURS ;
- Le Rachat des exclusions spécifiques ;
- La garantie IPP.

Ce choix s'effectue à la date de signature de la Demande Individuelle d'Adhésion et est valable pour toute la durée de l'adhésion.

RECAPITULATIF DES GARANTIES DU CONTRAT

Les garanties*	Prise en charge	Prestation maximale en fonction de la quotité assurée pour les actifs	Prestation maximale en fonction de la quotité assurée pour les inactifs
Décès	Jusqu'à 85 ans	Capital Restant Dû	Capital Restant Dû
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	Jusqu'à 70 ans	Capital Restant Dû	Capital Restant Dû
Incapacité Temporaire Totale (ITT)	Jusqu'à 70 ans	100 % de la mensualité du prêt	100 % de la mensualité du prêt
Invalidité Permanente Totale (IPT)	Jusqu'à 70 ans	100 % de la mensualité du prêt	100 % de la mensualité du prêt
Invalidité Permanente Partielle (IPP)	Jusqu'à 70 ans	50 % de la mensualité du prêt	_____
Mi-temps thérapeutique (MTT)	Jusqu'à 70 ans	50 % de la mensualité du prêt	_____
Invalidité AERAS (IA)	Jusqu'à 70 ans	100 % de la mensualité du prêt	_____
Garantie Aide à la Famille (GAF)	Jusqu'à 67 ans	50 % de la mensualité du prêt	_____

* Dans les conditions et limites contractuelles prévues dans la présente notice d'information

4 - LA FRANCHISE

Quels sont les différents niveaux de Franchise ?

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

Selon les cas, l'Adhérent a la possibilité de choisir lors de sa demande d'adhésion au Contrat un des niveaux de Franchise suivants :

• **180 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 181^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent est tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 180 jours à compter de la survenance du Sinistre.

• **120 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 121^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent est tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 120 jours à compter de la survenance du Sinistre.

• **90 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 91^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent est tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 90 jours à compter de la survenance du Sinistre.

• **60 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 61^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent est tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 60 jours à compter de la survenance du Sinistre.

- **30 jours** : l'Assureur verse la prestation à compter du 31^{ème} jour après la survenance du Sinistre. L'Adhérent est tenu d'honorer lui-même le remboursement des échéances pendant 30 jours à compter de la survenance du Sinistre.

QUELLES SONT LES EXCLUSIONS CONTRACTUELLES ?

5 - RISQUES EXCLUS

5.1 QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES ?

Les Risques suivants ne sont pas garantis et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur lorsqu'ils résultent des cas suivants :

- le suicide de l'Assuré pendant la première année d'assurance à compter de la date de prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les crédits destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les conséquences du fait intentionnellement causé par l'Assuré tel que visé à l'article L113.1 du code des assurances,
- les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences des faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les gendarmes, les policiers, les pompiers, les pompiers volontaires, les urgentistes et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,*
- les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalations ou d'irradiations provenant de transmutation de noyaux d'atome.

5.2 QUELLES SONT LES EXCLUSIONS SPECIFIQUES* SUR L'ITT, L'IPT, L'IPP, LE MTT ET L'IA ?

En sus des exclusions ci-dessus, ne sont pas couverts l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale, l'Invalidité Permanente Partielle et le Mi-Temps Thérapeutique qui résultent :

- *- d'une ou plusieurs affection(s) psychiatrique(s) sans hospitalisation¹ de plus de 9 jours continus ou pour laquelle l'Assuré n'a pas été mis par jugement sous tutelle, curatelle suivantes :

- trouble anxieux, trouble panique, trouble phobique, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post traumatique.

Les gendarmes, les policiers, les pompiers, les pompiers volontaires, les urgentistes et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par l'exclusion relative à l'état de stress post traumatique.

- trouble de l'humeur : dépression nerveuse, syndrome dépressif ou anxiodepressif, maladie bipolaire.

- trouble lié à une substance et trouble addictif : éthylosme chronique (dit alcoolisme chronique), addiction aux stupéfiants.

¹ L'hospitalisation doit intervenir dans un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soin de psychiatrie pour le traitement d'une affection citée dans la présente clause. La durée de l'hospitalisation de plus de 9 jours continus s'apprécie à chaque demande de prise en charge au titre de l'ITT, l'IPT, l'IPP, le MTT et l'IA.

*- d'un syndrome d'épuisement professionnel (dit burn-out).

*- d'un syndrome de fatigue chronique : fatigue chronique sans autre diagnostic précisé, asthénie sans autre diagnostic précisé.

*- d'une fibromyalgie (dit syndrome idiopathique polyalgique diffus).

*- d'une ou plusieurs atteinte(s) discale(s) ou vertébrale(s) suivantes, sans intervention chirurgicale² pendant la période d'incapacité/invalidité :

- lumbago, lombalgie, sciatique (dit sciatique), lombosciatalgie, cruralgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, radiculalgie.
- hernie discale, spondylodiscite, spondylolisthésis (dit glissement vers l'avant d'une vertèbre), arthrose rachidienne.

- canal lombaire étroit ou rétréci.

² L'intervention chirurgicale s'apprécie à chaque demande de prise en charge au titre de l'ITT, l'IPT, l'IPP, le MTT, l'IA.

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

QUELLES SONT LES CONDITIONS ET LES MODALITES D'ADHESION ?

6 - QUI PEUT ADHERER ?

Pour adhérer au Contrat n°A217Y, il faut :

- être membre de l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances ;
- avoir souscrit un emprunt en qualité d'Emprunteur ou de co-emprunteur ou, en tant que Caution d'un Emprunteur, personne physique ou personne morale, ou en tant que personne morale au titre des prêts assurables, tels que définis à l'article 6.1 de la Notice d'information ;
- avoir souscrit un emprunt auprès d'un organisme financier (établissement de crédit français ou succursale française d'établissement de crédit étranger) ;

Pour les personnes physiques :

- être âgé de 18 ans au moins et de moins de 80 ans au jour de la demande d'adhésion (date anniversaire de naissance) pour la garantie Décès et de moins de 66 ans (date anniversaire de naissance) pour les autres garanties ;
- résider en France ou dans les DROM.

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

Pour les personnes morales :

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

6.1 QUELS SONT LES TYPES DE PRETS ASSURABLES ?

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

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

Seuls les prêts en euros sont assurables.

6.2 QUELLE EST LA QUOTITE ASSUREE ?

Le montant du capital assuré dépend de la quotité qui est indiqué sur la Demande Individuelle d'Adhésion.

Le choix de la Quotité assurée se fait par tranche de 1% à 100%, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100% du montant du prêt. La quotité d'assurance retenue s'applique à l'ensemble des Risques couverts. En cas de modification des quotités en cours d'assurance qui entraîne une augmentation du capital garanti, l'Assuré doit renouveler les formalités d'adhésion définies à l'article 8.

6.3 QUELS SONT LES MONTANTS ASSURABLES ?

L'encours correspond au capital garanti par l'Assureur au titre de l'ensemble des prêts de l'Assuré consentis par un ou des Prêteurs et assurés par CNP Assurances au titre d'un ou des contrats souscrits par le Souscripteur.

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

L'encours maximal, tel que visé au présent article, des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré au jour de l'adhésion est à 5 000 000 euros au titre des contrats souscrits par le Souscripteur auprès de l'Assureur, quel que soit le nombre de prêts consentis par un ou des Prêteurs, en prenant en compte la quotité assurée.

7 - POURQUOI UNE ABSENCE DE COUVERTURE DES EVENEMENTS NON ALEATOIRES ?

En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, l'Assureur ne prend en charge aucun sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion du Candidat à l'assurance.

Qu'est-ce qu'un sinistre en cours ?

- Pour une personne qui exerce une activité professionnelle : personne en arrêt de travail, indemnisé ou non, ou bénéficiant d'une rente d'invalidité, consécutif(ve) à une maladie ou à un accident, dès lors que le sinistre est en cours au moment de l'adhésion ;
- Pour une personne qui exerce des activités non professionnelles : personne dans l'impossibilité d'exercer ses Activités habituelles non professionnelles ou bénéficiant d'une rente d'invalidité, dès lors que le sinistre est en cours au moment de l'adhésion.

L'Assureur ne considère pas une Incapacité Temporaire Totale comme un nouveau sinistre :

- Si cette Incapacité Temporaire Totale survient dans les 90 jours suivant la reprise de l'activité professionnelle ou des Activités habituelles non professionnelles ou de la suppression de la rente d'invalidité,

Et

- Si cette Incapacité Temporaire Totale résulte de la même affection que celle ayant entraîné l'arrêt de travail, l'arrêt des Activités habituelles non professionnelles ou la rente d'invalidité, dès lors que l'une de ces trois dernières situations était en cours au moment de l'adhésion.

En conséquence, l'Assureur ne prend pas en charge ce sinistre.

8 - COMMENT ADHERER ?

Quelles sont les formalités d'adhésion ?

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

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

Le Candidat à l'assurance signe uniquement la Demande Individuelle d'Adhésion sans aucune formalité médicale.

*L'encours cumulé se compose de tous les prêts immobiliers du Candidat à l'assurance déjà souscrits au moment de l'adhésion. Il comprend également la ou les opérations de prêts immobiliers, objet(s) de la nouvelle candidature à l'assurance.

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

Le Candidat à l'assurance doit compléter et signer la Demande Individuelle d'Adhésion et un questionnaire de santé.

Si l'Adhérent est une personne morale, son représentant doit compléter la Demande Individuelle d'Adhésion.

L'identification et, le cas échéant, l'authentification du Candidat à l'assurance est (sont) effectuée(s) par le Prêteur.

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

L'Assureur peut demander au Candidat à l'assurance de fournir une copie de tout document se rapportant à son état de santé.

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

La durée de validité du Questionnaire de santé est fixée à **6 mois** à compter de la date de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, le Candidat à l'assurance doit remplir un nouveau questionnaire.

Les examens médicaux ont une durée de validité de **6 mois** à compter de la date à laquelle le Candidat à l'assurance les a effectués.

Si une évolution de l'état de santé du Candidat à l'assurance survient durant le délai de 3 mois à compter de la signature du Questionnaire de Santé et avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 8.1, et modifie les réponses portées sur le Questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, le Candidat à l'assurance est tenu de renouveler les formalités d'adhésion.

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

Quelles réponses pouvons-nous apporter à la demande ?

Si les formalités d'adhésion ne comportent pas de Questionnaire de santé

L'Assureur accepte le Candidat à l'assurance pour les garanties indiquées sur la Demande Individuelle d'Adhésion.

Si les formalités d'adhésion comportent un Questionnaire de santé

Après examen du dossier médical, l'Assureur peut :

- **Accepter le Candidat à l'assurance**
 - sans réserve : elle vaut pour toutes les garanties indiquées sur la Demande Individuelle d'Adhésion.
 - avec réserves : elle restreint certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises.
 - avec ou sans majoration de tarifs.
- **Ajourner la décision.** l'Assureur n'assure pas le Candidat à l'assurance mais ce dernier pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement indiqué.
- **Refuser au Candidat à l'assurance son adhésion à l'assurance.** Cette décision, prise à l'issue de l'examen de sa demande dans les conditions du 2^{ème} niveau de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), déclenche automatiquement (sous condition d'âge et de montant emprunté) une étude du dossier par le pool de réassurance du 3^{ème} niveau.

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

> En cas de décision sans réserve et sans majoration

L'Assureur adresse à l'Assuré un Certificat d'Adhésion par courrier ou par support durable.

> En cas de décision avec réserve et/ou majoration de tarif

L'Assureur adresse au Candidat à l'assurance un Bon pour Accord notifiant la décision par courrier ou par support durable.

Dans le cadre d'une décision avec réserves, le Médecin conseil de l'Assureur adresse en parallèle au Candidat à l'assurance un courrier avec le détail des réserves.

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

Sur le Bon pour accord, il est indiqué au Candidat à l'assurance la possibilité de prendre contact par courrier avec le Médecin Conseil de l'Assureur, directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine de la décision de l'Assureur.

Comment le Candidat à l'assurance répond à l'Assureur ?

> En cas de décision sans réserve et sans majoration

L'adhésion est conclue. L'Assuré n'a aucune action à accomplir.

> En cas de décision avec réserve et/ou majoration de tarif

A la réception du Bon pour accord, le Candidat à l'assurance a 6 mois pour :

- **accepter** la proposition de l'Assureur. Il doit signer électroniquement ou de façon manuscrite le Bon pour accord. En cas de signature manuscrite, il retourne la partie destinée à l'Assureur complétée datée et signée.
- **refuser** la proposition de l'Assureur. **Sa demande d'adhésion n'est pas prise en compte et il n'est pas assuré.**

A défaut de réponse dans un délai de 6 mois, à compter du jour d'envoi du Bon pour accord, **la demande d'adhésion n'est pas prise en compte et le Candidat à l'assurance n'est pas assuré.**

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

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

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

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

LA VIE DU CONTRAT

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

9.1 QUELLE EST LA DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION ?

La date de conclusion de l'adhésion correspond à la date d'émission du Certificat d'Adhésion sous réserve que le Candidat à l'assurance ne fasse pas l'objet d'une mesure de sanctions économiques et financières au jour de la signature de la demande individuelle d'adhésion.

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans la Demande Individuelle d'Adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 12.

9.2 QUELLE EST LA DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES ?

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

- de la signature de l'offre de prêt ou de la signature de l'avenant au contrat de prêt si l'adhésion au présent Contrat est acceptée en substitution par le Prêteur,
- de la validité des formalités d'adhésion selon les conditions définies à l'article 8.

La date de prise d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion et au paiement de la première cotisation d'assurance.

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

9.3 QUELLE EST LA DUREE DE L'ADHESION ?

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans la Demande Individuelle d'Adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion décrits à l'article 12 de cette notice.

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

La signature de la Demande Individuelle d'Adhésion ne constitue pas un engagement définitif en cas d'adhésion au Contrat n°A217Y par vente à distance, par démarchage ou uniquement au titre de la garantie décès. L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à l'adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

10.1 QUEL EST LE DELAI POUR EXERCER LE DROIT DE RENONCIATION ?

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

La signature de la demande individuelle d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif. L'Adhérent peut renoncer à l'adhésion dans un délai de **30 jours calendaires** suivant la date à laquelle il est informé de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 8.1 ci-dessus.

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

Cette faculté ne s'applique pas au prêt professionnel

- Si le contrat est vendu à distance :

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

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de **14 jours calendaires** révolus s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 8.1.

- Si le contrat est vendu par démarchage :

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

En vertu de l'article L.112-9 alinéa 1er du code des assurances « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant un délai de **14 jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ». La date de conclusion de l'adhésion est définie à l'article 8.1.

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

10.2 QUELLES SONT LES MODALITES DE RENONCIATION ?

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

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

10.3 QUELLES SONT LES EFFETS DE LA RENONCIATION ?

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

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face (et uniquement si l'Assuré bénéficie de la garantie Décès seul), l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception de la lettre de renonciation en recommandé ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception.

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

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

11 - DÉCLARATIONS EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

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

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

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

12 – QUELS SONT LES CAS DE CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ?

L'adhésion et les garanties cessent :

- à la date de réception de la lettre recommandée ou du recommandé électronique avec avis de réception de renonciation, selon les conditions prévues à l'article 10,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du code des assurances,
- en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions fixées à l'article 13 de la Notice d'information,
- au terme normal ou en cas de remboursement total anticipé de chaque prêt,
- à la date d'exigibilité avant terme de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme de chaque prêt,

- si l'Assuré est Caution, à la date à laquelle son engagement de Caution est résilié,
- en cas de nullité de l'adhésion consécutive à une fausse déclaration intentionnelle ayant changé l'objet du Risque pour l'Assureur, conformément à l'article L.113-8 du code des assurances,
- à la date de réalisation du Risque décès ou du Risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

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

- Garantie Décès : le jour du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- Garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité AERAS, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Mi-Temps Thérapeutique : le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- Garantie Aide à la Famille : le jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

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

13 - LA FACULTÉ DE RÉSILIATION

13.1 QU'EST-CE QUE LA FACULTÉ DE RESILIATION ?

Pour les crédits immobiliers mentionnés au 1^o de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12-2 du code des assurances et aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation, l'Adhérent dispose d'une faculté de résiliation et de substitution de son adhésion au présent contrat d'assurance à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'Adhérent notifie à Multi Impact sa demande de résiliation selon les modalités prévues au 13.2 ci-dessous.

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

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

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

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

Pour les opérations de crédits autres que celles mentionnées au 1^o de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12 du code des assurances, l'Adhérent dispose d'une faculté de résiliation de son adhésion au présent contrat d'assurance à chaque échéance annuelle de son adhésion audit contrat. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties. L'Adhérent doit alors adresser sa demande de résiliation à Multi Impact, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues au 13.2 ci-dessous.

L'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

13.2 COMMENT NOTIFIER LA DEMANDE DE RESILIATION ?

L'Adhérent notifie à Multi Impact sa demande de résiliation :

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

Pour une résiliation, avec ou sans substitution, hors site internet : le destinataire confirme par écrit la réception de la demande de résiliation.

Pour une résiliation, avec ou sans substitution, sur site internet : le destinataire confirme par voie électronique la réception de la demande de résiliation.

13.3 A QUI ADRESSER LA DEMANDE DE RESILIATION ?

Pour une résiliation, avec ou sans substitution, hors site internet : L'Adhérent doit notifier sa demande de résiliation à l'adresse suivante : Multi-impact - 41/43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.

Pour une résiliation, avec ou sans substitution, sur site internet : l'Adhérent doit effectuer la demande de résiliation disponible sur le site internet de Multi Impact.

14 - CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

Comment les Cotisations sont-elles calculées ?

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

- de l'âge de l'Assuré à la date d'adhésion ;
- de la durée du prêt ;
- du type de prêt ;
- des garanties ITT, IPT, IPP et des options souscrites (Franchise choisie, rachat des exclusions).

Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital initial.

Le taux d'assurance est indiqué dans le Certificat d'assurance.

En cas de remboursement anticipé partiel :

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

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

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

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

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

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

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

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

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

15 - TERRITORIALITE DU CONTRAT

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

- le Risque de décès est couvert sous réserve que les pièces demandées à l'article 17.1 soient fournies par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,
- les Risques de PTIA, Invalidité AERAS, ITT, IPT, IPP, MTT et GAF sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné.

En cas de Sinistre, si l'Assureur demande que l'Assuré effectue un contrôle médical conforme à l'article 18, il doit obligatoirement s'effectuer sur le sol français.

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

16 - BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Qui est le Bénéficiaire des Prestations ?

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

17 – QUELLES SONT LES FORMALITÉS À REMPLIR ?

Où envoyer la déclaration ?

L'Assuré peut déclarer son Sinistre :

- Via l'espace client : <https://espaceclient.multi-impact.com>
- Par mail à l'adresse : prestations@multi-impact.com
- Par courrier à l'adresse : Multi Impact - Département Prestations - 41-43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX.

Les ayants droit de l'Assuré peuvent déclarer un Sinistre :

- Par mail à l'adresse : prestations@multi-impact.com
- Par courrier à l'adresse : Multi Impact - Département Prestations - 41-43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX.

Afin d'obtenir le versement des prestations, l'Assuré ou ses ayants droit doivent fournir les pièces ci-après.

La production de ces justificatifs est obligatoire. Elle conditionne le versement des prestations. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du Sinistre. **A défaut de présentation de ces pièces, les Prestations cessent d'être versées.**

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

En effet, le versement des Prestations PTIA, ITT, IPT, IPP ou IA peut être subordonné au résultat d'un contrôle médical tel que prévu à article 18.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de Multi Impact - Monsieur le Médecin Conseil Du Département Prestations - 41-43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX.

17.1 QUELLES SONT LES PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE DECES ?

Dans les jours qui suivent le décès, il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir à l'Assureur :

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre pour chaque prêt,
- un bulletin de décès,
- Une attestation de décès indiquant si le décès résulte d'une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux Risques exclus visés à l'article 5 (attestation selon un imprimé fourni par l'Assureur).

- En cas d'Accident, les ayants droit doivent également fournir un document détaillant les circonstances de l'Accident, par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou les éventuelles coupures de presse.

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

17.2 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS DE PTIA ?

Dans les 180 jours qui suivent l'apparition de l'invalidité, il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir à l'Assureur toute information de nature à permettre la constatation et la vérification d'un droit à prestation :

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre pour chaque prêt,
- si l'Assuré est Caution : les pièces justifiant qu'il s'est substitué à l'Emprunteur au titre de ses obligations de Caution pendant plus de trois mois et jusqu'à la date de réalisation du Risque,
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, imprimé fourni par l'Assureur, complétée et par l'Assuré et avec l'assistance éventuelle de son médecin traitant.
- un certificat médical attestant :
 - que l'Assuré est dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit,
 - la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité,
 - que son état l'oblige définitivement à recourir de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
- une attestation d'arrêts de travail des 5 dernières années précédant l'adhésion pour les Sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion, si l'Assuré a rempli un Questionnaire de santé ;
- en cas de PTIA accidentelle les ayants droit doivent fournir par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.

Pour les Assurés affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent, fournir :

- ✓ Une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du Sinistre.

Pour les Assurés relevant du statut de la fonction publique ou assimilé, fournir:

- ✓ Une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.

17.3 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS D'ITT ?

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

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

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre pour chaque prêt,
- si l'Assuré est Caution : les pièces justifiant qu'il s'est substitué à l'Emprunteur au titre de ses obligations de Caution pendant plus de trois mois et jusqu'à la date de survenance du Sinistre,
- Une attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré avec l'assistance éventuelle de son médecin traitant,

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra également fournir un certificat médical indiquant :

- la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT,
- la date de l'accident ou de début de la maladie,
- la durée probable de l'incapacité.

- Une attestation d'arrêts de travail des 5 dernières années précédant l'adhésion pour les Sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion, si l'Assuré a rempli un questionnaire de santé.

Joindre également :

- pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de l'organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation. **Le titre de pension invalidité 1^{ère} catégorie n'est pas éligible à l'Incapacité Temporaire Totale** ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative ;
- pour les personnes Sans activité professionnelle et ne percevant pas d'allocations versées par France Travail : un certificat médical précisant que l'Assuré est bien en ITT au sens du contrat.
- pour les Travailleurs Non-Salariés : les indemnités journalières pour les personnes relevant du Régime Social des Indépendants, à défaut un certificat médical précisant les périodes d'arrêt de travail, ou le Titre de pension (TP) pour incapacité au métier.

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

17.4 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS D'IPT OU IPP ?

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- Une Attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré avec l'assistance éventuelle de son médecin traitant.

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra également fournir un certificat médical indiquant :

- la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'IPT ou l'IPP,
- la date de l'accident ou de début de la maladie,
- la durée probable de l'invalidité.

Joindre également :

- pour les salariés une copie de la notification par l'organisme de protection sociale de la mise en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66% ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- pour les personnes Sans activité professionnelle et ne percevant pas d'allocations versées par France Travail : un certificat médical précisant que l'Assuré est bien en IPT ou en IPP au sens du contrat.
- pour les Travailleurs Non-Salariés : une copie du titre de pension d'invalidité totale et définitive.

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

A défaut de présentation de ces pièces, les Prestations cessent d'être versées.

17.5 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS DE MTT ?

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

Joindre également :

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

17.6 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR POUR LA GARANTIE AIDE A LA FAMILLE (GAF) ?

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre pour chaque prêt,
- si l'Assuré est Caution : les pièces justifiant qu'il s'est substitué à l'Emprunteur au titre de ses obligations de Caution pendant plus de trois mois et jusqu'à la date de réalisation du Risque,
- L'attestation des droits de l'Assuré à l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 à L544-9 du code de la Sécurité sociale,

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné.

17.7 QUELLES SONT LES PIECES A FOURNIR EN CAS D'INVALIDITE AERAS (IA) ?

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

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

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra également fournir un certificat médical attestant la date à laquelle son état de santé a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Secret Médical », Médecin conseil de Multi Impact - Monsieur le Médecin Conseil Du Département Prestations - 41-43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX.

Doivent être produits en outre :

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

 - une copie de l'avis du comité médical ou de la commission de réforme,
 - une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;

- si l'Assuré est Travailleur Non-Salariés : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné.

18 - CONTRÔLE MEDICAL

La production des justificatifs définis aux articles 17.2, 17.3, 17.4, 17.5 et 17.7 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations. L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'un contrôle médical, incluant obligatoirement un examen clinique, passé auprès d'un médecin contrôleur qu'il aura désigné, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA, d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IA tel que défini dans le contrat. L'Assuré peut se faire accompagner de la personne de son choix et/ou se faire assister du médecin de son choix lors du contrôle médical.

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

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

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'incapacité / invalidité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin contrôleur mandaté par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge du Sinistre. Si après l'un de ces contrôles, l'Assuré conteste la décision de l'Assureur, il peut demander une procédure de tierce expertise selon les modalités prévues à l'article 19.

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

19 - TIERCE EXPERTISE

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

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

→ L'Assureur lui adresse le document « Procédure de tierce expertise en cas de Sinistre ».

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

Ce document contient :

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

→ A réception de ce document, l'Assureur demande à son médecin contrôleur de soumettre plusieurs noms de médecins experts au médecin désigné par l'Assuré, afin qu'il choisisse le nom d'un tiers expert chargé de procéder à une nouvelle expertise. A défaut d'accord sur le choix du médecin tiers expert, la procédure prend fin.

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

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

INFORMATIONS GENERALES

20 - COMMENT FAIRE UNE RECLAMATION ?

Pour toute réclamation relative à la décision d'admission de l'Assuré s'adresser, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, à CNP Assurances - Département Activités Emprunteur – Service Souscription – TSA 80010 – 78199 TRAPPES CEDEX.

Pour toutes les autres réclamations notamment celles relatives à un Sinistre, s'adresser à CNP Assurances - Service Réclamations TSA 76945 – 95905 CERGY PONTOISE CEDEX 9.

La réclamation peut émaner de l'Assuré mais également le cas échéant, de ses ayants droit, du bénéficiaire, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit. En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, ou en l'absence de réponse au bout de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, ces personnes pourront s'adresser au Médiateur de l'Assurance :

- par voie postale à « La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 »,
- ou directement sur le site internet « www.mediation-assurance.org ».

La saisine du Médiateur suspend le délai de prescription défini à l'article 22 de la Notice d'information à compter de la notification de la recevabilité de la saisine. L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

21 - OPPOSITION AU DEMARCHEAGE TELEPHONIQUE

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

22 - PRESCRIPTION

« La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du Contrat n°A217Y sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

- Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

- Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

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

- Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

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

Article 2240 du Code civil

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

- Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

- Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

- Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

- Causes de report et de suspension de la prescription

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

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

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

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

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

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

Article 2239 du Code civil

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

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

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

23 - LUTTE ANTI-BLANCHIMENT

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

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

24 - LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La langue du Contrat est le français.

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

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

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

L'Association pour l'Union et le Recours en Assurances (ASSOCIAREA) est l'association souscriptrice du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°A217Y. Cette association, à but non lucratif, constituée conformément à la loi du 1er juillet 1901, a pour l'objet de souscrire des contrats d'assurance collective emprunteur au profit de ses membres. Elle est siège Technopole du Moulin, Rond-point du Canet – CS 10019 – 13590 Meyreuil. Les statuts de l'association sont disponibles sur le lien suivant <https://www.associarea.fr> ou sur demande par courrier à l'adresse postale de l'association.

25.1 OBJET

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

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

25.2 ADHESION

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

25.3 COTISATION STATUTAIRE

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

26 - AUTORITE DE CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

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

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre
4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux

Entreprise régie par le code des assurances - EMP FR231782_01ZWUC

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

