



CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS

EFFINANCE 0601 D

NOTICE D'INFORMATION (Réf. 01-10933-16 – juin 2015)

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Tél 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS

CNP IAM - Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré - 383 024 189 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS

LA BANQUE POSTALE PRÉVOYANCE - Société anonyme au capital de 5 202 000 euros entièrement libéré - Siège social : 10 place de Catalogne - 75014 PARIS - SIREN 419 901 269 RCS Paris

Entreprises régies par le code des assurances

LA BANQUE POSTALE - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 4 046 407 595 euros - Siège social et adresse postale : 115 rue de Sèvres - 75275 Paris Cedex 06 - RCS Paris 421 100 645 - Code APE 6419 Z
Intermédiaire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 023 424.

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES A LA VENTE À DISTANCE (VAD)

Ce que vous devez savoir avant de vous engager :

1 - Le contrat EFFINANCE 0601D est garanti par CNP Assurances - 341 737 062 RCS Paris, CNP IAM-383 024 189 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris CEDEX 15 France – pour une quote-part à hauteur de 75 % et La Banque Postale Prévoyance - siège social et adresse postale : 10 place de Catalogne – 75014 PARIS - RCS Paris 419 901 269 pour une quote-part à hauteur de 25%.

L'Autorité chargée du contrôle des Organismes Assureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

2 - Les montants de primes mentionnés à l'article 14 PRIMES de la présente notice sont indiqués dans l'offre de prêt.

3 - La durée de l'adhésion est fixée à l'article 9 DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES.
Les garanties de votre adhésion sont mentionnées à l'article 10 GARANTIES.
Les exclusions au contrat sont mentionnées à l'article 13 RISQUES EXCLUS.

4 - L'offre contractuelle d'assurance définie dans la présente notice d'information est valable 60 jours à compter de la date d'émission de l'offre de prêt.
Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 7 DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES.
L'adhésion au contrat EFFINANCE 0601D s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 6 MODALITÉS D'ADHÉSION.
Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 14 PRIMES.
Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge du (des) candidat(s) à l'assurance. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par le (les) candidat(s) à l'assurance et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

5 - Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 8 RENONCIATION. En contrepartie de la prise d'effet à la date de signature de l'offre de prêt pour les garanties autres que la garantie provisoire « Accident », le Candidat à l'assurance doit acquitter un premier versement de prime. La garantie provisoire « Accident » prend effet à la date de signature de la demande d'adhésion, et ce sans contrepartie financière.

6 - Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Organismes Assureurs et l'Assuré 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 17.2 RÉCLAMATION-MÉDIATION de la notice. Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25 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).

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT EFFINANCE 0601D (RÉF. 01-10933-16 JUIN 2015)

Contrat d'assurance de groupe Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - Incapacité Temporaire Totale n° 0601D
souscrit par La Banque Postale auprès de CNP Assurances, CNP IAM et La Banque Postale Prévoyance.

Ce contrat est co-assuré par CNP Assurances pour une quote-part de 75 % et La Banque Postale Prévoyance pour une quote-part de 25 %.

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

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

DÉFINITIONS

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

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

Assuré : tout Emprunteur pour lequel au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.

Assureur : CNP Assurances, qui représente les organismes assureurs en sa qualité d'apéríteur pour l'ensemble des opérations effectuées sur ce contrat.

Candidat à l'assurance : tout demandeur de prêt sollicitant l'adhésion au présent contrat.

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

Emprunteur : toute personne ayant demandé ou obtenu un prêt auprès de La Banque Postale. Sont assimilés à l'Emprunteur, les co-emprunteurs et les cautions.

Organismes Assureurs : CNP Assurances, CNP IAM, La Banque Postale Prévoyance.

Prêteur : La Banque Postale qui a consenti le ou les prêt(s), également souscripteur du contrat d'assurance de groupe EFFINANCE n°0601D.

1 - OBJET DU CONTRAT

La Banque Postale a souscrit un contrat d'assurance de groupe pour couvrir le ou les prêt(s) qu'elle consent. Ce contrat a pour objet de garantir le paiement des sommes dues au titre de ces prêts en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) Accidentelle, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) Toutes causes, et d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'Assuré.

Attention, les prêts relais ne sont garantis qu'en cas de Décès et PTIA Accidentelle.

La Banque Postale est désignée ci-après "le Prêteur".

CNP Assurances représente les Organismes Assureurs en sa qualité d'apéríteur pour l'ensemble des opérations effectuées sur ce contrat, et est ci-après dénommée "l'Assureur".

2 - PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables au titre du présent contrat sous réserve qu'ils soient âgés de moins de 70 ans à la date de signature de la demande d'adhésion et conformément aux dispositions de l'article 10 - GARANTIES :

- les emprunteurs et les co-emprunteurs,
- les cautions personnes physiques.

Pour la mise en œuvre des garanties, les cautions associées de SCI sont considérées comme co-emprunteurs.

3 - BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire de l'assurance est le Prêteur qui a consenti le ou les prêt(s).

Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues par l'Assuré, fixées selon le tableau d'amortissement du contrat de prêt transmis par le Prêteur.

4 - PLAFOND DE GARANTIE

L'encours maximum, c'est-à-dire la somme des capitaux restant dus multipliés par les quotités assurées, susceptible d'être garanti pour un même Assuré en tant qu'emprunteur, co-emprunteur, caution ou caution associée de SCI au titre de l'ensemble des prêts accordés par le Prêteur, est fixé à 1 200 000 euros.

5- QUOTITÉS ASSURÉES

L'assurance repose sur la tête des emprunteurs, co-emprunteurs, cautions personnes physiques et cautions associées de SCI.

Au cas où le prêt est consenti conjointement à plusieurs personnes, l'assurance repose sur leurs têtes dans la proportion indiquée par les intéressés et sans que la garantie puisse, pour chaque Assuré, être supérieure à 100 % du montant du prêt. Chaque emprunteur peut être assuré à concurrence de 20 % à 100 %.

En cas de sinistre survenu à un seul Assuré, la prestation est calculée en fonction de la quotité de garantie choisie par ce dernier.

En cas de sinistre simultané survenu à plusieurs Assurés, la prestation due est calculée en fonction de la somme des quotités choisies, sans pouvoir dépasser 100 % des sommes dues au titre de l'opération de crédit couverte.

6 - MODALITÉS D'ADHÉSION

6.1 - Formalités d'adhésion

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent au plus tard au moment de la demande de prêt. Elles varient selon l'âge du Candidat à l'assurance et/ou le montant de l'opération de prêt. Elles comportent une demande d'adhésion, une déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé à compléter intégralement et à signer par le Candidat à l'assurance.

Le questionnaire de santé peut être remis sous enveloppe portant la mention « secret médical », à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances. Cette procédure s'applique également pour l'envoi de tout document médical à l'initiative du Candidat à l'assurance. Cette enveloppe fermée doit être adressée directement au Médecin-Conseil de l'Assureur par le Candidat à l'assurance.

Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété, à la demande de l'Assureur d'examen médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur et à ses frais.

Le questionnaire de santé dûment complété et signé par le Candidat à l'assurance est valable trois 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 ou une nouvelle DES.

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

Si une évolution de l'état de santé du Candidat à l'assurance survient avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 7.1 et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, le Candidat à l'assurance est tenu d'en informer le Médecin Conseil de l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante : Médecin Conseil de CNP Assurances - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15. Les formalités d'adhésion peuvent être renouvelées à la demande de l'Assureur pour toute modification de la demande ou du contrat de prêt, ou de la quotité d'assurance.

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

6.2 - Décision de l'Assureur

L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Au terme de l'examen du dossier médical, l'Assureur peut :

- **accepter l'entrée dans l'assurance.** Cette acceptation peut être donnée avec ou sans réserve :
 - **sans réserve** : elle vaut pour tous les risques couverts dans les limites du présent contrat. Dans ce cas la décision est notifiée dans l'offre de prêt,
 - **avec réserve** : elle exclut certaines garanties et/ou pathologies pour des garanties précises. Le détail de(s) l' exclusion(s) partielle(s) de garantie(s) est communiqué directement au Candidat à l'assurance par courrier séparé signé du Médecin Conseil de l'Assureur.

L'Assureur envoie ensuite un courrier au Candidat à l'assurance lui notifiant les dispositions particulières d'assurance. Le Candidat à l'assurance doit retourner un exemplaire du courrier signé au Prêteur.

En cas de réserve partielle ou totale portant sur la garantie ITT, l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS révisée, d'une proposition de garantie Invalidité AERAS telle que définie à l'article 11.

La décision d'assurance est valable 6 mois à compter de la date du courrier de notification de la décision de l'Assureur. Si au terme de ce délai, l'offre de prêt n'est pas signée par l'intéressé, les formalités d'entrée dans l'assurance doivent être renouvelées.

- **refuser l'entrée dans l'assurance au titre du présent contrat.** Une telle décision déclenche automatiquement la cessation de la garantie provisoire « Accident » et, dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude du dossier dans un contrat de 2° niveau. Si à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier sera examiné (sous condition d'âge et de montant emprunté) par un 3° niveau national.
- **ajourner sa décision.** Dans ce cas, le Candidat à l'assurance n'est pas assuré et perd le bénéfice de la garantie provisoire « Accident », mais il peut, à la fin du délai d'ajournement, présenter une nouvelle demande d'adhésion. Il s'adresse pour cela au Prêteur.

En cas d'acceptation avec réserve, de refus ou d'ajournement, l'Assureur

envoie un courrier de notification de la décision d'assurance au Candidat à l'assurance. Sur ce courrier, il lui est indiqué 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 des décisions de l'Assureur.

7 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

7.1 - Date de conclusion de l'adhésion

Si l'acceptation est donnée sans réserve, l'assurance est conclue au jour de signature de la demande d'adhésion.

Si l'acceptation est donnée avec des réserves, l'assurance est conclue à la date de signature par le Candidat à l'assurance de la notification des dispositions particulières d'assurance.

7.2 - Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la prime, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- à la date de conclusion définie à l'article 7.1,
- à la date de signature de l'offre de prêt par le Candidat à l'Assurance.

En revanche, la garantie provisoire « Accident » prend effet à la date de signature de la demande d'adhésion. Dans le cadre d'une vente à distance, l'Assuré donne son accord exprès pour une prise d'effet :

- à la date de signature de la demande d'adhésion pour la garantie provisoire « Accident »,
- à la date de signature de l'offre de prêt pour les garanties autres que la garantie provisoire « Accident », et ce sans attendre l'expiration du délai de renonciation défini à l'article 8.

7.3 - Garantie provisoire "Accident"

Les candidats à l'assurance sont couverts contre les risques de Décès et de PTIA, définie à l'article 10.2.1, consécutifs à un Accident, tel que défini à la rubrique DÉFINITIONS du jour de la signature de la demande d'adhésion, jusqu'à la date de prise d'effet des autres garanties définie à l'article 7.2.

Cette garantie cesse également :

- s'il n'est pas donné suite à l'offre de prêt conformément à l'article 9 « Durée de l'adhésion et des garanties »,
- à la date de notification de refus d'entrée dans l'assurance déclenchant automatiquement une étude dans le cadre de la convention AERAS, ou d'ajournement de la décision au titre du présent contrat définis à l'article 6.2,
- et au plus tard à l'issue d'un délai de 90 jours maximum à compter de la signature de la demande d'adhésion.

8 – RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE ET DE DÉMARCHAGE

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

• Si le contrat est vendu à distance

On entend par vente à distance le contrat conclu exclusivement au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (notamment vente par correspondance ou Internet).

Conformément à l'article L. 112-2-1 du code des assurances, un délai de 14 jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance. Dans ce cas, ce délai commence à courir à compter de la date de signature de l'offre de prêt.

• Si le contrat est vendu par démarchage

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

En vertu de l'article L. 112-9, alinéa 1^{er} du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ». La date de conclusion du contrat est définie à l'article 7.1

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

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser à CNC ORLÉANS - BP 86727 45067 ORLÉANS Cedex 2, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) ... (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance EFFINANCE 0601D n° ... que j'ai signée le ... à ... (lieu d'adhésion). Le ... (date et signature).

c) Effet de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. Faute de paiement de prime, la

garantie provisoire « Accident » ne donne pas lieu à restitution.

Les effets sur l'adhésion varient en fonction du mode de commercialisation du contrat :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre de renonciation en recommandé 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 de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

9 – DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés ci-dessous. Dans tous les cas, l'adhésion et les garanties cessent :

1. au terme contractuel du prêt garanti quelle qu'en soit la cause,
 2. en cas de non-paiement de prime selon les dispositions prévues à l'article 14.3 « Non-paiement de la prime »,
 3. pour la caution assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord du Prêteur,
 4. à la date de remboursement anticipé total du prêt,
 5. au jour du prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
 6. au jour du versement de la prestation en cas de Décès ou de PTIA,
 7. au jour de la réception par l'Assureur, de la lettre de renonciation définie à l'article 8,
 8. au jour de la prise d'effet de résiliation de l'assurance par l'Assuré.
- Conformément aux articles L. 312-9 du code de la consommation et L. 113-12-2 du code des assurances l'assuré peut demander au prêteur la substitution du présent contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt ; la substitution, si elle est acceptée, entraînera résiliation du présent contrat. Les modalités pratiques de cette demande de substitution sont précisées dans l'offre de prêt.
- En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :
- Soit 10 jours après réception de la décision du prêteur,
 - Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.
- En cas de refus de la substitution par le prêteur, l'adhésion au présent contrat continue de produire ses effets.
9. au 75^e anniversaire de l'Assuré.
 10. au jour du transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur

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

- ▶ pour la garantie Décès : au 75^e anniversaire de l'Assuré.
- ▶ pour la garantie PTIA Accidentelle : au 75^e anniversaire de l'Assuré.
- ▶ pour la garantie PTIA Toutes causes : au 65^e anniversaire de l'Assuré sans entraîner de modification du montant des primes.
- ▶ pour les garanties ITT et IA :
 - à l'échéance de prêt qui suit la mise à la retraite ou préretraite de l'Assuré quelle qu'en soit la cause (y compris les mises à la retraite pour invalidité, réforme, inaptitude ou autre).
 - et au plus tard à l'échéance de prêt qui suit son 65^e anniversaire sans entraîner de modification du montant des primes.

10 - GARANTIES

10.1 - Décès

Le décès doit survenir en cours d'assurance, et avant le 75^e anniversaire de l'Assuré.

10.2 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

10.2.1 - PTIA Accidentelle

La PTIA Accidentelle doit survenir en cours d'assurance.

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

- 1- La PTIA Accidentelle reconnue par l'Assureur se situe avant son 75^e anniversaire.
- 2- L'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit ;
- 3- L'invalidité le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, s'habiller, se laver).

En outre, la PTIA Accidentelle reconnue par l'Assureur doit résulter d'un Accident tel que défini à la rubrique DÉFINITIONS.

10.2.2 - PTIA Toutes causes (sauf prêts relais)

La PTIA Toutes causes doit survenir en cours d'assurance.

L'Assuré est en état de PTIA Toutes causes lorsque les 3 conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- 1- La PTIA Toutes causes reconnue par l'Assureur se situe avant son 65^{ème} anniversaire ;
- 2- L'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit ;
- 3- L'invalidité le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, s'habiller, se laver).

10.3 - Incapacité Temporaire Totale (ITT) (sauf prêts relais)

Les investisseurs locatifs peuvent renoncer à la garantie ITT lors de la demande d'adhésion au contrat. Cette renonciation est définitive.

L'ITT doit survenir en cours d'assurance, avant la mise à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause, et au plus tard avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

L'ITT couvre à la fois des situations d'interruption temporaire d'activité et des cas d'invalidité sous réserve qu'ils mettent effectivement l'Assuré dans un état tel que défini ci-dessous.

10.3.1 - Assuré exerçant une activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi

À l'issue d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours (délai de franchise), l'Assuré est en état d'ITT lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité absolue et reconnue médicalement, à la suite d'une maladie ou d'un Accident, d'exercer SON activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel.

À l'issue d'une période d'indemnisation de 1095 jours au titre d'une même maladie ou d'un même accident, l'Assuré peut être maintenu en état d'ITT tant qu'il se trouve dans l'impossibilité absolue et reconnue médicalement d'exercer TOUTE activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel.

L'état d'ITT défini ci-dessus est subordonné à la production des justificatifs mentionnés aux articles 15.3 et 15.4.

10.3.2 - Assuré n'exerçant pas ou plus d'activité professionnelle

À l'issue d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours (délai de franchise), l'Assuré est en état d'ITT lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité absolue et reconnue médicalement d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

11 - CONVENTION AERAS RÉVISÉE

Les Organismes Assureurs s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion.

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

Définition de la garantie Invalidité AERAS (IA)

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée. L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

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

La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 16.1 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.

4. L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^e ou 3^e 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 le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

12 – PRESTATIONS GARANTIES

L'Assuré intervenant en qualité de caution personne physique doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire et avoir rempli ses obligations de caution pendant **trois mois** au moins à la date de survenance de l'invalidité ou de l'incapacité pour demander le bénéfice des garanties PTIA Toutes causes et ITT. Les cautions associées de SCI sont assimilées aux co-emprunteurs et ne sont donc pas soumises à cette condition.

12.1 - Décès

L'Assureur verse au Prêteur, en une seule fois, le montant du capital restant dû à l'échéance qui précède le décès. Pour le calcul, le capital retenu est celui correspondant à la quotité garantie pour la personne assurée.

Si le décès survient en cours de prise en charge ITT, il est déduit de ce montant la fraction du capital versée au titre de l'ITT après la date du décès.

Lorsque l'assurance repose sur plusieurs Assurés, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux capitaux restant dus figurant sur le tableau d'amortissement, au titre des prêts garantis. Les éventuelles échéances d'arriérés ne sont pas prises en compte dans le calcul du capital restant dû.

Cas particuliers

- **Si le décès survient avant le point de départ de l'amortissement**, le capital de base retenu est le montant du prêt tel qu'il est défini au contrat de prêt. Cette règle s'applique notamment pour les prêts avec période d'anticipation en franchise d'amortissement (différé partiel).
- **Prêt avec période d'anticipation en « franchise d'intérêts » (différé total)** : Le décès d'un Assuré survenant en cours de différé donne lieu au paiement en une seule fois au Prêteur du capital assuré tel que défini au contrat de prêt, augmenté des intérêts courus depuis le début de la période de différé et diminué de la prime d'assurance si celle-ci n'a pas été réglée.
- **Prêt à décaissements successifs** : En cas de décès d'un Assuré survenant dans le cadre d'un prêt partiellement décaissé, le montant versé par l'Assureur inclut, dans la limite de la quotité garantie, le capital restant dû au jour du décès correspondant aux fonds décaissés antérieurement et aux sommes restant à décaisser telles que définies au contrat de prêt augmentés des intérêts courus.

12.2 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La prestation versée au Prêteur est identique à celle définie à l'article 12.1 pour la garantie Décès. La prestation est calculée à la date de survenance du sinistre reconnue par l'Assureur.

PTIA survenant en cours de prise en charge ITT : La prestation versée est identique à celle définie à l'article 12.1 pour la garantie Décès, déduction faite de la fraction du capital versée au titre de l'ITT après la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur. La prestation est calculée à la date de survenance du sinistre reconnue par l'Assureur.

12.3 - Invalidité AERAS (IA)

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article 13 et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie ITT, à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité AERAS.

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

Cessation du versement des prestations IA

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 9 ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 11 ;
- lorsqu'il 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 à l'article 11 ;
- lorsqu'après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

12.4 - Incapacité Temporaire Totale (ITT)

a) Montant de la prise en charge

Les prestations sont payées au prorata du nombre de jours d'incapacité reconnue par l'Assureur, sur la base de l'échéance de remboursement échue pendant la période d'incapacité en tenant compte de la quotité de garantie. Le montant pris en charge inclut la prime d'assurance telle que définie à l'article 14.1 avancée par l'Assuré au cours de la période d'ITT.

Le montant de l'échéance de remboursement telle qu'elle ressort du tableau d'amortissement en cours, calculée au prorata du nombre de jours

d'incapacité reconnue par l'Assureur et selon la quotité assurée correspond, sous réserve des dispositions de l'article 12.5 :

- Pendant la période d'amortissement : à une échéance de remboursement composée d'une part de capital et d'une part d'intérêts, et augmentée de la prime d'assurance avancée par l'Assuré.
- Pendant la période d'anticipation en « franchise d'amortissement » (différé partiel) : à une échéance de remboursement composée des seuls intérêts, et augmentée de la prime d'assurance avancée par l'Assuré.

Attention : dans les cas de période d'anticipation en « franchise d'intérêts » (différé total), ou de suspension totale d'échéance de remboursement qu'elle soit conventionnelle ou judiciaire, aucune prestation ne sera versée.

b) Délai de franchise

Le délai de franchise est fixé à 90 jours continus.

La prise en charge débute le 91^e jour suivant la cessation d'activité et dure aussi longtemps que l'incapacité se poursuit sous réserve des cas de cessation de prise en charge indiqués ci-après.

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

c) Cessation du versement des prestations ITT

Le versement des prestations ITT cesse :

- dans les cas de cessation de garanties prévus à l'article 9 « Durée de l'adhésion et des garanties », à l'exclusion du cas visé au 2 de l'article 9,
- si l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 15.4.
- si l'Assuré, après un contrôle médical initié par l'Assureur, est reconnu capable d'exercer ses activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel.
- si, durant les 1095 premiers jours d'indemnisation l'Assuré après un contrôle médical initié par l'Assureur, est reconnu capable d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel,
- si, au-delà de ces 1095 premiers jours d'indemnisation l'Assuré après un contrôle médical initié par l'Assureur, est reconnu apte à exercer toute activité professionnelle, même à temps partiel.
- en cas de reprise effective d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même à temps partiel.

12.5 - Modification des échéances et impact sur la prise en charge

Les formalités d'adhésion peuvent être renouvelées à la demande de l'Assureur pour toute modification du contrat de prêt ou de la quotité d'assurance.

a) Modification à la hausse

En dehors d'un sinistre :

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

- En cas de sinistre survenant pendant le délai de 90 jours, l'indemnisation portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation.
- En cas de sinistre survenant après le délai de 90 jours, l'indemnisation portera sur le montant de la nouvelle échéance.

Si l'ITT est la conséquence d'un Accident, tel que défini à la rubrique DÉFINITIONS, le délai de 90 jours ne s'applique pas.

En cours de sinistre :

Lorsqu'un Assuré décide, en cours de sinistre, de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, l'Assureur prend en compte le montant de l'échéance précédant l'augmentation, et ce pendant toute la durée du sinistre.

b) Modification à la baisse

En toute hypothèse, l'Assureur prend en compte le nouveau montant de l'échéance.

c) Prêt à taux révisable

La révision et le passage à taux fixe prévus au contrat d'origine seront intégrés dans la prise en charge à l'exception de l'augmentation éventuelle des échéances résultant d'un passage à taux fixe postérieur à la date de survenance du sinistre.

13 - RISQUES EXCLUS

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 prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les conséquences du fait intentionnellement causé par l'Assuré, emprunteur ou co-emprunteur, ou les cautions personnes physiques dès lors que la caution est exercée,
- 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 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,
- les conséquences d'accidents de navigation aérienne dans le cadre de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, vols sur U.L.M, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés au regard de la réglementation européenne, vols sur deltaplanes et parapentes, et vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- les conséquences de l'utilisation de véhicules à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse.

14 - PRIMES

14.1 - Taux de primes

Le taux de prime annuel est indiqué dans l'offre de prêt.

Les garanties sont consenties moyennant le paiement de prime déterminée en fonction de l'âge à l'adhésion et/ou de la nature du prêt, sur la base d'un taux de prime annuel constant, taxes comprises, et appliqué au capital initialement emprunté en tenant compte de la quotité assurée.

En cas de remboursement anticipé partiel du prêt, l'assiette de prime est minorée du montant du remboursement anticipé. La nouvelle assiette de prime est égale au capital emprunté diminué du montant du remboursement anticipé partiel. L'assurance poursuit ses effets pour les sommes restant dues.

14.2 - Paiement de la prime

La prime d'assurance est due à compter de la prise d'effet des garanties, telle que mentionnée à l'article 7.2 de la notice.

La prime mensuelle est égale au douzième du montant de la prime d'assurance annuelle. La première prime est prélevée, sur un compte ouvert au nom d'un des intervenants au dossier auprès d'un établissement français ou de l'UE, à la première échéance qui suit cette date d'acceptation. Les primes suivantes sont prélevées par avance avec chaque échéance du prêt, jusqu'à l'avant dernière échéance du prêt ou au plus tard au 75^{ème} anniversaire de l'assuré. Toutefois, pour les offres de prêt dont les références crédit sont en chiffres avec une lettre en dernière position (exemple 2007128389J), la première prime d'assurance n'est prélevée qu'au jour du 1^{er} déblocage des fonds (partiel ou total) et correspond au cumul des primes mensuelles dues pour la période comprise entre la date de prise d'effet des garanties, autre que la garantie provisoire accident, et le jour du 1^{er} déblocage des fonds. En cas de sinistre Décès ou PTIA avant le règlement de la première prime d'assurance, l'Assureur s'engage à rembourser au Prêteur, le capital initial en fonction de la quotité garantie de l'Assuré. Le montant de la première prime d'assurance reste dû et est alors déduit du capital Décès ou PTIA remboursé au Prêteur.

Par la suite, les primes sont payables d'avance au Prêteur avec chaque échéance de prêt notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement français ou de l'UE, et ce, jusqu'à l'avant-dernière échéance de l'amortissement du prêt, ou d'intérêts pour les prêts en franchise d'amortissement, dont le terme se situe avant le 75^e anniversaire de l'Assuré. En cas de sinistre, les primes doivent continuer d'être réglées et sont remboursées ultérieurement par l'Assureur avec les échéances de prêt.

14.3 - Non-paiement de la prime

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

S'il ne règle pas ses primes, l'Assuré peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. 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.

15 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Toute demande de prise en charge doit être adressée à :

CNP Assurances - TSA 16755 - 95144 GARGES LES GONESSE Cedex.

Le versement des prestations est subordonné à la production de justificatifs qui sont nécessaires à l'étude du dossier, mais n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du risque.

15.1 - En cas de Décès

Dans les jours qui suivent la survenance du décès de l'Assuré :

- une copie de l'acte de décès ou un bulletin de décès,
- un certificat médical indiquant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle, et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus par l'article 13 "Risques exclus",
- en sus du certificat ci-dessus, en cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront 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.

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

15.2 - En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Dans un délai maximum de six mois à compter de la date de survenance de l'invalidité :

► pour tout Assuré

Une attestation médicale d'Incapacité/Invalidité (document fourni par l'Assureur), à remplir par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant.

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

- attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état de santé l'oblige à recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie courante (se déplacer, se nourrir, s'habiller, se laver),
- précisant, en outre, la date à laquelle cette invalidité a revêtu un caractère total et définitif, et la nature de la maladie ou de l'accident dont elle résulte.

Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Secret Médical », à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances.

En sus du certificat ci-dessus, en cas de PTIA accidentelle, un document détaillant les circonstances de l'accident, par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.

Par ailleurs, l'Assureur fait procéder à un contrôle médical, tel que défini à l'article 16.1 « Contrôle médical », afin de statuer sur la demande de prestations.

Outre les pièces relatives à son état de santé, l'Assuré, en fonction de sa situation, doit fournir les pièces administratives suivantes :

► pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent

Une copie du titre de pension de troisième catégorie de la Sécurité sociale ou du régime équivalent mentionnant la nécessité de l'assistance permanente 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

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

► pour les Assurés cautions personnes physiques cas de PTIA Toutes causes

Une copie des documents justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement engagée à leur encontre et l'accomplissement de leur obligation de caution depuis au moins 3 mois à la date du sinistre.

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

15.3 - En cas d'Invalidité AERAS (IA)

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de 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 :

- une copie de la notification des conditions particulières d'assurance acceptées et signées par l'Assuré ;
- une attestation médicale d'Incapacité / Invalidité (document fourni par l'Assureur), à remplir par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant.

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra également fournir un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Secret Médical », à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances.

- le RIB correspondant au compte sur lequel sont prélevées les échéances de prêt, et comportant les identifiants IBAN et BIC

Doivent être produites en outre :

► pour les Assurés assujettis 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.

► pour les Assurés relevant 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.

► pour les travailleurs non-salariés

Une copie d'un titre de pension pour invalidité.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

15.4 - En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT)

En vue du règlement des prestations ITT, l'Assuré (ou ses ayants-droit) constitue un dossier, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail et au plus tard le 180^e jour. À défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance partielle de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L. 113-2 4^o du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

L'Assuré doit fournir les pièces justificatives suivantes :

► pour tout Assuré

Une attestation médicale d'Incapacité/Invalidité (document fourni par l'Assureur), à remplir par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant, accompagnée de documents différents selon sa situation.

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

- la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'état d'incapacité,
- la date à laquelle la maladie ou l'accident est survenu(e),
- le cas échéant, la durée probable de la période d'incapacité.

Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Secret Médical », à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances.

- le RIB correspondant au compte sur lequel sont prélevées les échéances de prêt, et comportant les identifiants IBAN et BIC

Outre les pièces relatives à son état de santé, l'Assuré, en fonction de sa situation doit fournir les pièces justificatives administratives suivantes :

► pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent

1. en cas d'arrêt de travail :

La copie des bordereaux d'indemnités journalières maladie ou accident de la Sécurité sociale ou du régime équivalent depuis l'arrêt de travail, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. À défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent toutes la subrogation.

2. en cas d'invalidité ou d'inaptitude totale :

- le titre de deuxième ou troisième catégorie d'une pension de l'assurance invalidité définie à au paragraphe L. 341-4 du code de la Sécurité sociale accompagné des décomptes d'arrérages. Le titre de pension 1^{ère} catégorie ne permet pas de bénéficier de la garantie ITT.

ou :

- le titre de rente pour incapacité en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle.

► pour les Assurés relevant du statut de la fonction publique ou assimilé

Une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie.

► pour les travailleurs non-salariés

- Un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite.

- Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT comme défini au paragraphe 10.3.1, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

► pour les personnes sans profession, et les demandeurs d'emploi

Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise, précisant que l'Assuré est bien en ITT comme défini au paragraphe 10.3.

► En outre, pour les Assurés cautions personnes physiques

Une copie des documents justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement engagée à leur encontre et l'accomplissement de leur obligation de caution depuis au moins 3 mois à la date du sinistre.

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

Pour la poursuite de la prise en charge au titre de la garantie ITT, les pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les 3 mois pour le certificat médical et selon une périodicité fixée par l'Assureur pour l'attestation médicale d'invalidité/incapacité. À défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

► **Décès d'un Assuré en cours d'indemnisation au titre de la garantie ITT**

Le capital dû au titre du Décès, versé par l'Assureur, sera alors diminué des sommes réglées au titre de l'Incapacité Temporaire Totale qui se rapporteraient à des périodes postérieures à la date du Décès.

16 – CONTRÔLE MEDICAL ET RECOURS

16.1 - Contrôle médical

La production des justificatifs définis aux points 15.2, 15.3 et 15.4 est indispensable mais peut ne pas être suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA, ITT ou IA tel que défini aux articles 10.2, 10.3 et 11.

Au vu des conclusions du rapport du médecin désigné, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge. L'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

Ensuite, pendant toute la durée de l'ITT ou de l'IA, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. L'Assureur suspend le versement des prestations dans l'attente de la production des conclusions de ces contrôles médicaux. Les conclusions de ces contrôles, peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut-être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 16.2.

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

16.2 - Conciliation

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

Pour ce faire, l'Assuré doit retourner à l'Assureur le document "procédure de conciliation en cas de sinistre" dans les trois mois suivant son envoi par l'assureur, accompagné d'un certificat médical demandé dans ce document, ou à défaut, dans ce même délai, faire parvenir à l'Assureur :

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

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

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

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

16.3 - Tierce expertise

L'Assureur invite son Médecin contrôleur et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers-expert afin de procéder à un nouvel examen.

À défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin. Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Quelle que soit l'issue de cette procédure, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du médecin tiers-expert sont à la charge de la partie perdante, l'Assuré en faisant l'avance.

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

17 - DROITS DE L'ASSURÉ

17.1 - Prescription

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

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

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

17.2 - Réclamation – Médiation

Les réclamations relatives au titre du présent contrat doivent être formulées auprès de l'Assureur.

a) Réclamation

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

Pour toute réclamation relative à la vie du contrat (sinistre, primes...), l'Assuré ou ses ayants droit peut s'adresser à : CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service réclamations - TSA 81566 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

b) Médiation

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront s'adresser au Médiateur de CNP Assurances, en adressant leur demande au Secrétariat du Service de la Médiation - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

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

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

17.3 - Informatique et libertés

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi dite « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Elles sont nécessaires à l'adhésion au contrat d'assurance n°0601D ainsi qu'à sa gestion, et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances et La Banque Postale Prévoyance, responsables du traitement chacune pour ce qui les concerne et à leurs réassureurs éventuels, à la Banque Postale, délégataire de gestion d'assurance, ainsi qu'à leurs prestataires respectifs.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant. Ce droit peut être exercé à tout moment auprès de CNP Assurances, de La Banque Postale Prévoyance ou de La Banque Postale aux adresses suivantes :

- Pour La Banque Postale - auprès du Centre Financier teneur du compte dont l'adresse est indiquée sur votre relevé ou auprès du Service Relation Clients de la Banque Postale - 115 rue de Sèvres - 75275 Paris cedex 06.

- Pour CNP Assurances ou La Banque Postale Prévoyance - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

17.4 - Autorité chargée du contrôle

L'autorité chargée du contrôle des Organismes Assureurs est l'Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

17.5 - Loi applicable - Langue utilisée

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Organismes Assureurs et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Prêteur utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.