

NOTICE D'INFORMATION
du contrat d'assurance de groupe en couverture de prêt n° 1819C
souscrit par le Prêteur : le Crédit Foncier de France et la Compagnie de Financement Foncier,
auprès des Coassureurs de CNP Assurances, BPCE Vie et BPCE Prévoyance

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

- Le contrat n° 1819C est assuré par les Coassureurs suivants, dénommés ensemble « l'Assureur » : - CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - RCS Paris 341 737 062 - Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15, entreprise régie par le code des assurances ; BPCE Vie, société anonyme au capital de 110 943 568 euros - 349 004 341 RCS Paris et BPCE Prévoyance, société anonyme au capital social de 8 433 250 euros - 352 259 717 RCS Paris, entreprises régies par le code des assurances ayant leur siège social au 30, avenue Pierre Mendès France 75013 Paris France - filiales de Natixis Assurances.

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

- Les modalités de calcul des cotisations sont indiquées au paragraphe « COÛT DES ASSURANCES ».
- La durée de l'adhésion au contrat n°1819C est fixée au paragraphe « DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ». Les garanties sont mentionnées aux paragraphes « GARANTIES DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE », « GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE - INVALIDITÉ TOTALE - INVALIDITÉ PERMANENTE », - « GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE ET DÉFINITIVE ».

Les exclusions au contrat n°1819C sont mentionnées aux paragraphes « RISQUES EXCLUS ».

- L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable pendant le délai indiqué sur le courrier d'accompagnement joint.
- Les dates de conclusion et de prise d'effet des garanties sont définies au paragraphe « DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION » et au paragraphe « PRISE D'EFFET DES GARANTIES ». L'admission au contrat n°1819C s'effectuera selon les modalités décrites au paragraphe « FORMALITÉS D'ADMISSION ». Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées au paragraphe « COÛT DES ASSURANCES ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge du (des) Emprunteur(s). Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) Emprunteur(s) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues au paragraphe « DROIT À RENONCIATION ». En contrepartie de la prise d'effet des garanties, qui peut intervenir en fonction du choix de l'Emprunteur avant l'expiration du délai de renonciation, l'Emprunteur doit acquitter un premier versement de cotisation au moins égal au versement initial minimum.
- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'assurance.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article « RÉCLAMATION ET MÉDIATION » de la présente notice. Il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25 juin 1999 - article L423-1 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 1990).

OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le présent contrat d'assurance de groupe a pour objet de garantir les prêts accordés par le Prêteur, contre les risques définis aux articles 2.1, 2.2, 3.1, 4.1 et 5.1, selon le choix retenu, atteignant leurs emprunteurs, ci-après dénommés « LES ASSURÉS » avant le remboursement intégral de leur dette.

Le contrat d'assurance de groupe n°1819C est souscrit par le Crédit Foncier de France et la Compagnie de Financement Foncier, dénommés ensemble « le Prêteur » auprès des Co-assureurs,

- Pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : CNP Assurances pour une quote-part de 66 % et BPCE Vie pour une quote-part de 34 %.
- Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Totale, Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive : CNP Assurances pour une quote-part de 66 % et BPCE Prévoyance pour une quote-part de 34 %.

CNP Assurances est apériteur du contrat, dénommé « l'Assureur » et représente BPCE Vie et BPCE Prévoyance pour l'ensemble des opérations effectuées sur ce contrat.

Il n'y a pas de solidarité entre les coassureurs.

Ce contrat relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R.321-1 du code des assurances et sont régis par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur.

Il est régi uniquement par la loi française ; tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

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

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.

Apériteur : CNP Assurances

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

Assureur : CNP Assurances, BPCE Vie et BPCE Prévoyance

Candidat à l'assurance : est ainsi dénommée, toute personne physique ayant rempli et signé les formalités d'admission au présent contrat d'assurance de groupe et n'ayant pas encore été accepté dans l'assurance.

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

Emprunteur : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès du Prêteur.

Prêteur : le Crédit Foncier de France et/ou la Compagnie de Financement Foncier.

Sans activité professionnelle : est ainsi considérée, toute personne qui est sans profession ou en recherche d'emploi, ainsi que les personnes en retraite ou pré-retraite quelle qu'en soit la cause. Néanmoins une personne en retraite ou pré-retraite qui exerce une activité salariée ne relève pas de cette catégorie.

1 - ADMISSION

1.1 - CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS

1.1.1 - Caractéristiques générales

Ces prêts doivent être consentis pour l'acquisition, avec ou sans travaux, d'une résidence principale, secondaire ou saisonnière ou d'une résidence destinée à la location et appartenir à l'une des catégories ci-après définies.

Ils peuvent être :

- à moyen ou long terme,
- à taux fixe ou révisable,
- à échéances constantes, progressives, indexées et/ou modulables.

Tous ces prêts peuvent comprendre préalablement à l'amortissement :

- une période de préfinancement fonctionnant en Compte Courant ou en Anticipation d'une durée maximale de 36 mois, réductible au dernier versement,
- et/ou une période de Différé Partiel (différé d'amortissement) ou Total (différé d'amortissement et intérêts) d'une durée maximale de 24 mois.

1.1.2 - Catégories de prêts assurables

Outre les caractéristiques générales précitées, les prêts doivent appartenir à l'une des catégories ci-après :

CATÉGORIE A : PRÊTS AMORTISSABLES À TAUX BONIFIÉS PAR L'ÉTAT, UNE COLLECTIVITÉ LOCALE OU PAR UN PARTENAIRE

- Prêts finançant la construction, l'acquisition et/ou l'amélioration du logement en vue de l'habitation par l'emprunteur ou par un locataire et bénéficiant d'une aide d'une Collectivité Locale ou d'un partenaire, sous forme de bonification d'intérêt, de subvention ou de crédits d'impôts pour le prêteur,
- Prêts sans intérêt prévus aux articles R.31-10-1 et suivants, R. 319-1 et suivants et R.311-76-1 et suivants du Code de la Construction et de l'Habitation.

Ces prêts de catégorie A sont garantis contre les risques de Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Totale et Invalidité Totale et Définitive.

CATÉGORIE B : AUTRES PRÊTS AMORTISSABLES (ACCESSION OU LOCATIF)

Ces prêts de catégorie B sont garantis :

- Pour les financements destinés à l'accession : contre les risques de Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Totale et Invalidité Totale et Définitive,
- Pour les financements destinés à la location : contre les risques de Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Invalidité Permanente. Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Totale et Invalidité Totale et Définitive ne sont pas accordées aux personnes assurées au titre de ces prêts locatifs.

CATÉGORIE C : PRÊTS RELAIS

Les garanties sont accordées aux financements d'une durée maximale de 24 mois pouvant être portée à 36 mois en cas d'opération dans le neuf.

Les prêts de catégorie C sont garantis contre les risques de Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail/Invalidité Totale/Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive ne sont pas accordées aux personnes assurées au titre de ces prêts.

CATÉGORIE D : PRÊTS IN FINE

Ces prêts sont composés :

- d'une période de préfinancement en Compte Courant ou Anticipation d'une durée maximale de 36 mois réductible au dernier versement des fonds,
- le cas échéant, d'une période de Différé Total d'une durée maximale de 24 mois,
- d'une période de Différé d'Amortissement fonctionnant en In Fine, d'une durée maximale de 20 ans, éventuellement réductible,
- le cas échéant, d'une période d'amortissement d'une durée maximale de 10 ans.

Les prêts dont l'emprunteur exerce le passage en amortissement total ou partiel, avant la fin de la période de Différé d'Amortissement fixée à l'origine, resteront garantis jusqu'au terme de la durée initiale du prêt.

Les prêts de catégorie D sont garantis contre les risques de Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Totale / Invalidité Permanente et Invalidité Totale et

Définitive ne sont pas accordées aux personnes assurées au titre de ces prêts.

CATÉGORIE E : « PRÊTS HYPOTHÉCAIRES NON AFFECTÉS RÉSIDENT »

Catégorie E1 : Prêts Hypothécaires Non Affectés Résident - Prêts amortissables

Ces prêts sont composés :

- d'une période de préfinancement fonctionnant en Anticipation d'une durée maximale de 12 mois, avec paiement des intérêts,
- d'une période d'amortissement d'une durée maximale de 20 ans.

Ces prêts sont garantis :

- contre les risques de Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie/ Incapacité Temporaire Totale de travail/Invalidité Totale et Invalidité Totale et Définitive, si le bien pris en garantie est la résidence principale ou secondaire de l'emprunteur. **La garantie Invalidité Permanente n'est pas accordée aux personnes au titre de ces prêts.**
- contre les risques de Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie/ Invalidité Permanente, si le bien pris en garantie est une résidence locative de l'emprunteur. **Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail/ Invalidité Totale/Invalidité Permanente et Totale et Définitive ne sont pas accordées aux personnes assurées au titre de ces prêts.**

Catégorie E2 : Prêts Hypothécaires Non Affectés Résident - Prêts In Fine

Ces prêts sont composés :

- d'une période de préfinancement fonctionnant en Anticipation d'une durée maximale de 12 mois, avec paiement des intérêts,
- d'une période de Différé d'Amortissement fonctionnant en In Fine, d'une durée maximale de 15 ans,
- le cas échéant, d'une période d'amortissement d'une durée maximale de 10 ans.

Ces prêts sont garantis contre les risques de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. **Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Totale / Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive ne sont pas accordées aux personnes assurées au titre de ces prêts.**

CATÉGORIE F : « OUVERTURES DE CRÉDITS HYPOTHÉCAIRES » ("OCH")

Ces prêts sont composés :

- d'une période de Différé d'Amortissement en compte de fonctionnement avec paiement des intérêts et de la commission d'engagement par le client, d'une durée maximale de 8 ans, éventuellement réductible,
- le cas échéant, d'une période d'amortissement d'une durée maximale de 10 ans.

Les prêts dont l'emprunteur exerce le passage en amortissement avant la fin de la période de différé d'Amortissement fixée à l'origine, resteront garantis jusqu'au terme de la période d'amortissement du prêt.

Ces prêts de catégorie F sont garantis contre les risques de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. **Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail/ Invalidité Totale / Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive ne sont pas accordées aux personnes assurées au titre de ces prêts.**

1.2 - PERSONNES ADMISSIBLES

Peut adhérer au contrat d'assurance de groupe n° 1819C, toute personne physique qui, ayant la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur, de caution ou d'autre garant de l'un des prêts visés au paragraphe « CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS », est âgée de moins de 70 ans au moment de la demande d'admission à l'assurance.

Dans le cas où le Prêteur consent un prêt à une société, association ou groupement quelconque, est admissible aux mêmes conditions, toute personne physique qui constitue à l'appréciation du Prêteur un élément primordial de la bonne marche et de la stabilité de la personne morale emprunteuse ou qui s'engage avec cette dernière à rembourser le prêt.

Est également admissible, aux mêmes conditions, toute personne physique admise par le Prêteur à continuer en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur, de caution ou d'autre garant, des prêts consentis à l'origine à d'autres emprunteurs.

1.3 - FORMALITÉS D'ADMISSION

Les formalités d'admission sont obligatoires et l'adhésion au contrat d'assurance de groupe n° 1819C est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Le Candidat à l'assurance doit remplir et signer une demande d'admission à l'assurance, sur laquelle il demande à adhérer :

- pour les prêts de la catégorie A : aux garanties Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie/Incapacité Temporaire Totale de travail/Invalidité Totale et Invalidité Totale et Définitive.
- pour les prêts de la catégorie B :
 - aux garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Totale / Invalidité Totale et Définitive s'il s'agit d'un financement destiné à l'accession,
 - aux garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Invalidité Permanente s'il s'agit d'un financement destiné à la location.
- pour les prêts de la catégorie C et D : aux garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- pour les prêts de catégorie E :
 - aux garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Totale / Invalidité Totale et Définitive, si le bien pris en garantie est la résidence principale ou secondaire de l'emprunteur,
 - aux garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Invalidité Permanente, si le bien pris en garantie est une résidence locative de l'emprunteur,
 - aux garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il s'agit d'un prêt hypothécaire non affecté in fine.
- pour les prêts de catégorie F : aux garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

En outre, le Candidat à l'assurance doit remplir et signer le Questionnaire de Santé, joint à la demande d'admission à l'assurance.

Le Questionnaire de Santé, peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel secret médical », à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe peut être remise au Prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir ou être adressé directement à l'Assureur.

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété d'examen médicaux de laboratoires et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais.

Le Candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.

La durée de validité du Questionnaire de Santé est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, le Candidat à l'assurance doit remplir un nouveau questionnaire.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Toutefois si une évolution de l'état de santé du Candidat à l'assurance survient avant l'acceptation de l'offre de prêt, et modifie les réponses portées sur le Questionnaire de Santé signé lors de la demande admission, le Candidat à l'assurance est tenu de renouveler les formalités d'admission.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion et les cotisations perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts, et ce, conformément à l'article L113-8 du code des assurances.

1.3.1- Décision de l'Assureur

L'Assureur se prononce alors sur l'acceptation ou le refus du risque soumis, dans les limites fixées au paragraphe « LIMITATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS ». L'Assureur peut :

Accepter le Candidat à l'assurance.

L'acceptation peut être donnée :

- sans réserve : elle vaut pour tous les risques sollicités au titre de la catégorie de prêts applicable
- avec réserve : elle exclut certaines garanties et/ou pathologies pour des garanties précises ou donne lieu à une tarification particulière en raison d'un risque aggravé.

Refuser au Candidat à l'assurance le bénéfice de l'assurance au titre du contrat n° 1819 C. Le refus entraîne le transfert automatique vers un dispositif de 2^{ème} niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2^{ème} niveau, l'Assureur transmet le dossier au pool de réassurance du 3^{ème} niveau du dispositif de la convention AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de l'adhésion et des règles de confidentialité.

Si l'Emprunteur est déjà garanti par le présent contrat pour des prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme, le nouvel encours à assurer est égal au cumul :

- des nouveaux capitaux à assurer après application de la quotité choisie,
- des capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'admission.

1.3.2 - Notification de la décision de l'Assureur

En cas d'acceptation sans réserve la décision est notifiée :

- Soit dans la demande d'admission ;
- Soit dans l'offre de prêt.

En cas d'acceptation avec réserves (avec exclusion de certaines garanties et/ou pathologies et/ou donnant lieu à une tarification particulière), l'Assureur envoie, en deux exemplaires, au Candidat à l'assurance, un courrier lui notifiant ses conditions particulières d'assurance. Le Candidat à l'assurance, s'il accepte la décision, doit dater, signer et retourner un exemplaire à l'Assureur.

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 de la décision de l'Assureur.

En cas de refus du Candidat à l'assurance ou a défaut de réponse dans un délai de 6 mois celui-ci ne sera pas assuré.

1.3.3 - Renouvellement des formalités d'admission en cours de vie du prêt

L'Admission dans l'assurance est prononcée pour un ou des prêts immobiliers déterminés et aux conditions initiales de ces prêts immobiliers.

Une modification des conditions d'origine du ou des prêts déjà couverts peut nécessiter un renouvellement des formalités d'admission.

1.4 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION

La date de conclusion de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe n° 1819C est fixée :

- En cas d'acceptation sans réserve : à la date de signature de la demande d'admission,
- En cas d'acceptation avec réserve : à la date de signature des conditions particulières adressées par l'Assureur.

1.5 - DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est conclue pour la durée du ou des prêts mentionnés dans la demande d'admission à l'assurance, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés au paragraphe « CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES ».

1.6 - DATE D'EFFET DE LA GARANTIE

Les garanties prennent effet, y compris en cas de vente à distance si le délai de renonciation n'est pas expiré, sous réserve du paiement des cotisations, à l'un des deux événements suivants :

- 1/ à la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'Emprunteur, si le Candidat à l'assurance n'a pas opté pour une autre date,
- 2/ à la date du premier versement de fonds d'un des prêts du dossier, si le Candidat à l'assurance a opté pour cette date sur la demande d'admission à l'assurance,

Pour les prêts finançant la construction de logements ou l'acquisition de logements existants en vue de leur amélioration, et après qu'ont été vendus ces logements ou cédées les parts ou actions représentatives de leur propriété, l'assurance s'applique au fur et à mesure de la commercialisation.

De ce fait, les garanties prennent effet :

- à la date de la signature de l'acte constatant la vente du logement ou la cession des parts ou actions donnant vocation à l'attribution de celui-ci, lorsque le prêt promoteur et le prêt acquéreur font l'objet d'un seul et même contrat (contrat de prêt unique),
- à l'un des deux événements précisés aux alinéas 1/ et 2/ ci-dessus, lorsque le prêt promoteur et le prêt acquéreur donnent lieu à l'établissement de contrats séparés.

En tout état de cause, dans tous les cas visés au présent paragraphe, les garanties prennent effet au plus tôt à la date d'acceptation des risques par l'Assureur.

1.7 - QUOTITÉS ASSURÉES - RÉPARTITION DE L'ASSURANCE

La quotité figurant sur la demande d'admission à l'assurance ne peut être supérieure à 100 % par personne assurée et s'applique à toutes les garanties proposées.

Dans le cas où au titre d'un même prêt, plusieurs personnes rempliraient les conditions requises pour pouvoir bénéficier de l'assurance, celle-ci peut être répartie dans les limites suivantes :

- lorsqu'il y a assurance soit pour une personne, soit pour plusieurs personnes, le pourcentage de prêt assuré (quotité) ne peut, au total, être inférieur à

100 %, sous réserve de l'application des dispositions du paragraphe « LIMITATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS ».

Le Prêteur se réserve toutefois la faculté de limiter le nombre de personnes assurées et d'imposer la répartition lui paraissant la plus opportune.

Lorsqu'il y a répartition de l'assurance entre plusieurs personnes, chacune d'elles est considérée comme assurée personnellement à concurrence du pourcentage de prêt assuré (quotité) pour :

- le calcul des cotisations dues à l'Assureur,
- la détermination des prestations à servir par l'Assureur en cas de sinistre dans les limites fixées au paragraphe « LIMITATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS ».

Le pourcentage de prêt assuré (quotité) souscrit à l'origine ne pourra pas être modifié en cours de prêt.

Répartition des garanties entre plusieurs Assurés

Si, pour un même contrat de prêt, les garanties sont réparties entre plusieurs Assurés elles seront accordées pour chacun d'entre eux, pour les montants ou les quotités déclarés à l'Assureur par le Prêteur.

Le total des garanties cumulées sur toutes les personnes assurées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'Assureur n'en reste pas moins limitée à ce montant pour l'ensemble des Assurés d'un même prêt.

1.8 - BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le présent contrat, Le Prêteur est bénéficiaire acceptant à titre onéreux, dès lors qu'il détient une créance à l'encontre de l'Emprunteur.

Dans l'hypothèse où, le prêt n'étant pas entièrement réalisé au moment du décès de l'Assuré, le montant des capitaux réglés par l'Assureur dépasserait le montant des sommes dues au Prêteur, ce dernier fera son affaire personnelle du reversement de la différence aux co-emprunteurs survivants ou à défaut selon la clause bénéficiaire ci-dessous :

- au conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé,
- à défaut aux enfants de l'Assuré, nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendants, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs,
- à défaut, aux ascendants de l'Assuré, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- à défaut aux autres héritiers de l'Assuré, par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les bénéficiaires de son choix.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré est invité à renseigner au moins les nom, prénoms, date et lieu de naissance du bénéficiaire, ainsi que les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré.

L'Assuré peut modifier sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du ou des bénéficiaire(s).

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment, il devient bénéficiaire acceptant. Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du bénéficiaire et de l'Assureur. L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé de l'Assuré et du bénéficiaire et n'aura d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit.

Cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable. Ainsi, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers prévus par le code des assurances et le code civil.

Le bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, en cas de survenance du premier enfant de l'Assuré.

Pour les créances nées des prêts que le Prêteur serait amené à céder à un Fonds Commun de Créances, il est précisé que :

- le bénéfice des garanties dues par l'Assureur sera, pour les prêts cédés, transmis au Fonds Commun de Créances,
- les indemnités de sinistres continueront d'être versées au Prêteur qui continuera, conformément à l'article 36 de la loi n° 88-1201 du 23 décembre 1988, d'assurer le recouvrement des créances cédées,
- les cotisations continueront d'être réglées à l'Apériteur par le Prêteur.

1.9 - LIMITATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Pour la détermination des garanties, le montant maximal de l'engagement de l'Assureur pour un même assuré est fixé à 1 500 000 EUROS (UN MILLION CINQ CENT MILLE EUROS), quel que soit le nombre de prêts garantis au titre du contrat n° 1819 C.

Si, lors de l'octroi d'un prêt, l'Assuré est déjà garanti par le présent contrat au titre de prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme, le maximum ci-dessus sera diminué du montant total des sommes restant dues au titre desdits prêts à la date de signature de la demande d'admission, après application des quotités, exception faite des nouveaux prêts consentis par le Prêteur qui ont pour objet en partie l'extinction des capitaux restant dus au titre des prêts en cours consentis antérieurement par le Prêteur.

Pour l'application de la règle définie ci-dessus il est demandé à l'Assuré, lors de l'admission, de déclarer le montant des capitaux restant dus au titre de prêts antérieurs ou concomitants consentis par le Prêteur après application des quotités assurées.

Limitation des prestations

Les garanties tant de l'assurance Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie/Incapacité Temporaire Totale de travail/Invalidité Totale/Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive ne portent que sur les sommes venant normalement à échéance en vertu du contrat de prêt, à l'exclusion de tout arriéré et de toute pénalité de retard.

Par ailleurs, le montant des prestations Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Totale ou d'Invalidité Permanente ne peuvent pas excéder 8000 euros (HUIT MILLE EUROS) par mois par assuré et quel que soit le nombre de prêts assurés.

1.10 - DROIT À RENONCIATION

La signature de la demande d'admission ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré s'il a adhéré par vente à distance ou démarchage ou à 65 ans révolus. Il dispose d'un délai pour renoncer à son admission aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

NB : l'attention de l'Assuré est attirée sur les éventuelles conséquences sur son prêt de l'exercice de son droit à renonciation.

1.10.1 - Si l'Assuré n'est assuré que pour la garantie Décès

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

Si au regard de son âge au moment de la demande d'admission, l'Assuré ne bénéficie que de la garantie Décès (assuré âgé de plus de 65 ans et de moins de 70 ans), la signature de la demande d'admission ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré, il peut renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus suivant la date à laquelle il est informé de la date de conclusion de l'adhésion (la date de signature de la demande d'admission ou la date d'acceptation de ses conditions particulières d'assurance).

Pour cela il lui suffit d'adresser au Prêteur CRÉDIT FONCIER TSA 83333 - 92894 NANTERRE CEDEX 9 - une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle ci-dessous : Je soussigné(e) M.....(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 1819C que j'ai signée le.....à..... (lieu d'adhésion). Le..... (date et signature).

La renonciation est enregistrée à la date de réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec AR. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. La garantie cesse à la date de réception de la lettre recommandée de renonciation. Le Prêteur procède au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

1.10.2 - Si l'Assuré n'est pas assuré que pour la garantie Décès

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

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 un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. »

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

Si le contrat est vendu à distance

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

Conformément à l'article L. 112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus s'applique.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser au Prêteur - CRÉDIT FONCIER TSA 83333 - 92894 NANTERRE CEDEX 9 - une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M. Mme (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 1819 C que j'ai signée le à.... (lieu d'adhésion). Le..... (date et signature) ».

c) Effets de la renonciation

Le Prêteur 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 avec AR. 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

L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandée avec avis de réception.

Si l'assurance a fait l'objet d'un démarchage

L'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. L'Assuré reste tenu au paiement de l'intégralité de la cotisation 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.

1.11 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION PAR L'ASSURÉ

Conformément aux dispositions de l'article L.113-12-2 du code des assurances, l'Assuré pourra demander la résiliation de son adhésion au présent contrat dans un délai de 12 mois maximum décompté à partir de la date de signature de son offre de prêt. Il devra pour ce faire, adresser au Crédit Foncier, représentant de l'Assureur, sa demande de résiliation, par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois. En cas d'acceptation, la résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet 10 jours après la réception par l'assureur de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure. Cette disposition s'applique aux offres de prêts émises à compter du 26/07/2014 ainsi qu'aux adhésions souscrites à compter de cette même date. La demande de résiliation est à envoyer à l'adresse suivante CREDIT FONCIER - TSA 83333 - 92894 NANTERRE CEDEX 9.

1.12 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'Adhésion et toutes les garanties prennent fin pour chaque Assuré :

- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L 141-3 du code des assurances,
- au terme normal de chaque prêt,
- à la date de réception de la lettre recommandée de renonciation, selon les conditions définies au paragraphe « DROIT DE RENONCIATION »,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, selon les conditions définies au paragraphe « RÉSILIATION DE L'ADHÉSION PAR L'ASSURÉ »,
- au 80^{ème} anniversaire de l'Assuré pour l'ensemble des prêts,
- en cas de résolution de l'offre de prêt dans le cas visé par l'article L 312-12 du code de la consommation,
- lorsque les emprunteurs sont admis à continuer des prêts consentis à l'origine à d'autres emprunteurs, pour ces derniers les garanties cessent à la date de signature de l'acte constatant la prise en charge du prêt.
- en cas de remboursement anticipé total consécutif à la mise en jeu de l'une des garanties prévues au présent contrat, les garanties cessent à compter du sinistre pour tous les assurés au titre du prêt.
- en cas de remboursement anticipé total du prêt par un assuré, les garanties cessent à la date d'encaissement des fonds par le Prêteur.

En outre les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Totale, Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive 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,
- au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties, pour le ou les pourcentages de prêt restant à garantir, se poursuivent à compter :

- de la date d'encaissement des fonds par les prêteurs SI LE REMBOURSEMENT ANTICIPÉ EST VOLONTAIRE OU FORCÉ,
- de la date du sinistre si LE REMBOURSEMENT ANTICIPÉ EST CONSÉCUTIF À LA MISE EN JEU DE L'UNE DES GARANTIES,
- de la date de réduction, si LE REMBOURSEMENT ANTICIPÉ EST CONSÉCUTIF À LA RÉDUCTION DU MONTANT DU PRÊT.

1.13 - TERRITORIALITÉ

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

Les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Totale, Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive interviennent lorsqu'elles résultent de maladies ou d'accidents frappant un Assuré sur le sol français ou sur le territoire de l'Union européenne. Pour les autres cas, la mise en jeu des garanties est toutefois possible, au retour de l'Assuré sur le sol français ou sur le territoire de l'Union européenne, dans les conditions suivantes :

- la prestation Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Invalidité Totale et Définitive sera calculée sur la base du capital restant dû au tableau d'amortissement ou à l'échéancier du contrat de prêt, arrêté au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, sur le sol français ou sur le territoire de l'Union européenne.
- la prestation Incapacité Temporaire Totale de travail ou Invalidité Totale ou Invalidité Permanente est subordonnée à la présence de l'Assuré sur le sol français ou sur le territoire de l'Union européenne. Le point de départ du délai de franchise de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail se situera au plus tôt au jour de la constatation médicale par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français ou sur le territoire de l'Union européenne.

1.14 - RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne donnent pas lieu à garantie :

- le suicide de l'Assuré s'il survient au cours de la première année d'assurance, sauf pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré dans la limite du montant fixé par décret (120 000 euros au 1^{er} janvier 2004),
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome,
- les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallies de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les conséquences de vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- les conséquences de tentatives de record, vols sur prototypes, vols d'essai,
- les conséquences de sauts effectués avec des parachutes non homologués,
- les conséquences de vols sur ailes volantes, ULM, deltaplane, parapente et parachutisme ascensionnel,
- les rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante,
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeute ou d'insurrection, d'attentats et d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.

En outre, au titre de la garantie PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, les risques suivants sont également exclus :

- les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ou du refus de se soigner au sens de l'article 324-1 du Code de la Sécurité sociale,
- les accidents résultant de la consommation, par l'Assuré, de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre,
- les accidents résultant de l'usage, par l'Assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale.

Outre les exclusions ci-dessus, au titre des garanties INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE de travail, INVALIDITÉ TOTALE, INVALIDITÉ TOTALE ET DÉFINITIVE ET INVALIDITÉ PERMANENTE, les risques suivants sont exclus :

- quelle qu'en soit la cause, les affections psychiatriques : affection psychotique; affection névrotique ; dépression nerveuse ; syndrome anxio-dépressif ; état dépressif ; anxiété SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus (hors hospitalisation de jour), ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, à la suite d'une affection citée dans la présente clause,
- l'atteinte discale, vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, SAUF si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant la période d'invalidité ou d'incapacité.

Dans les 2 cas susvisés, la durée de l'hospitalisation de plus de 15 jours continus (hors hospitalisation de jour) ou l'intervention chirurgicale s'apprécie à chaque demande de prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Totale, Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive.

2 - GARANTIE DÉCÈS/PORTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

2.1 - DÉCÈS

Le décès est pris en charge s'il survient en cours d'assurance et avant le 80^{ème} anniversaire de l'Assuré et sous réserve des cas d'exclusions prévus au paragraphe « RISQUES EXCLUS ».

2.2 - DÉFINITION DE LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de l'Assureur relatives à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et celles de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires dans le même domaine.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est l'état dans lequel se trouve l'Assuré lorsque les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

1. à la suite d'un accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties ou d'une maladie constatée médicalement postérieurement à la date précitée il est définitivement mis dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit ou à la moindre occupation,
2. il est obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer), étant entendu que cette assistance doit être viagère,
3. la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnue par l'Assureur, dans les conditions prévues au paragraphe « CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET MÉDICAL », doit survenir avant son 65^{ème} anniversaire.

La prise en charge du risque perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'ensemble des garanties.

2.3 - CAPITAUX ASSURÉS

En cas de décès

En cas de décès d'un Assuré, l'Assureur garantit au bénéficiaire, tel que défini au paragraphe « BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE », sous réserve du montant de l'engagement maximal prévu au paragraphe « LIMITATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS », le paiement en une seule fois du montant défini ci-après, multiplié par la quotité assurée :

- des sommes en capital restant dues à la date du sinistre sur le montant nominal du prêt accordé. Pour la détermination des sommes à régler par l'Assureur, ledit montant nominal est considéré comme ayant été entièrement versé par le Prêteur ou prélevé par l'Emprunteur, même si les sommes qui ont effectivement été versées ou prélevées sont inférieures à ce montant nominal,
- des intérêts compensateurs, lesquels permettent au Prêteur de retrouver la rémunération que lui auraient procurée les sommes remboursées par

anticipation si celles-ci avaient produit dès l'origine des intérêts au taux moyen prévu au contrat de prêt,

- des intérêts et de la commission d'engagement (s'il en est prévue une) courus depuis l'échéance ayant précédé le sinistre jusqu'au jour du sinistre, pour les ouvertures de crédit,
- des intérêts courus depuis la réalisation du prêt jusqu'au jour du sinistre, lorsque ledit crédit prévoit une période de préfinancement fonctionnant en compte courant avec capitalisation des intérêts ou une période de différé d'amortissement total avec capitalisation des intérêts.

Le paiement s'effectuera sur un compte ouvert au non du Bénéficiaire.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'Assureur verse le montant du capital assuré en cas de décès au jour de la reconnaissance, au sens du contrat, de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par l'Assureur au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, de l'Invalidité Totale ou de l'Invalidité Permanente du même Assuré sont imputées sur les sommes à régler au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans la mesure où ces sommes en capital sont venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du contrat, de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

2.4 - RÈGLEMENT DES SINISTRES - PIÈCES À FOURNIR

Les déclarations de décès et de PTIA doivent être faites auprès de l'Assureur.

En cas de Décès, les pièces justificatives doivent comprendre :

- un bulletin de décès original,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis au paragraphe « RISQUES EXCLUS » (imprimé fourni par l'Assureur).

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

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'intéressé doit produire à l'Assureur :

- 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 :

- qu'il est définitivement mis dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit ou à la moindre occupation,
- qu'il est obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer), étant entendu que cette assistance doit être viagère,
- la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu au paragraphe « CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET MÉDICAL ».

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

3 - GARANTIE INVALIDITÉ AERAS

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

Si les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Totale, Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer dans les dispositions particulières adressées à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS.

3.1 - 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 au paragraphe « CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET MÉDICAL » pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.

4. L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
- lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur dans les conditions prévues au paragraphe « CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET MÉDICAL », se situe avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

3.2 - PRESTATIONS GARANTIES

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies au paragraphe « RISQUES EXCLUS » et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Totale, 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.

3.3 - CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés au paragraphe « CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES » ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini au paragraphe « DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ AERAS » ;
- 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 ;
- lorsque après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70% ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

3.4 - RÈGLEMENT DES SINISTRES - PIÈCES À FOURNIR

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 l'Assureur.

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.

4 - GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ TOTALE - INVALIDITÉ PERMANENTE

Attention en fonction de votre âge, du ou des types de prêts et de la décision de l'Assureur, vous ne bénéficiez que de certaines garanties. Il convient de vous reporter à votre demande d'admission en cas d'acceptation sans réserve ou à vos conditions particulières adressées par l'Assureur en cas d'acceptation avec réserves, qui précisent les garanties auxquelles vous avez adhéré.

4.1 - DÉFINITION DES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ TOTALE - INVALIDITÉ PERMANENTE

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de l'Assureur relatives à l'Incapacité Temporaire Totale de travail ou à l'Invalidité Totale ou à l'Invalidité Permanente et celles de la Sécurité sociale ou organismes similaires dans le même domaine.

4.1.1 - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

La garantie concerne les assurés âgés de moins de 65 ans qui :

- SONT TITULAIRES D'UN PRÊT AMORTISSABLE TEL QUE DÉFINI AU PARAGRAPHE « CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS » DE
 - CATÉGORIE A
 - CATÉGORIE B DESTINÉS À L'ACCESSION, ET E1 LORSQUE LE BIEN DONNE EN GARANTIE EST UNE RÉSIDENCE PRINCIPALE OU SECONDAIRE DE L'EMPRUNTEUR,
- EXERCENT UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE SALARIÉE OU NON SALARIÉE AU MOMENT DU SINISTRE.

Sont exclus de la garantie les titulaires de prêts de catégorie B destinés à la location ainsi que les prêts de catégorie C, D, E2 et F.

Période de franchise

Les prestations sont dues à l'expiration d'une période de franchise de 90 jours continus d'incapacité de travail, décomptés à partir du premier jour de l'arrêt de travail.

Définition de l'Incapacité Temporaire Totale de travail

L'Assuré est en Incapacité Temporaire Totale de travail lorsqu'en cours d'assurance, les quatre conditions suivantes sont réunies cumulativement :

1. L'Assuré se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'incapacité reconnue médicalement, d'exercer SON activité professionnelle, même à temps partiel ;
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de franchise de 90 jours, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur ;
3. Cette incapacité ne peut excéder une durée de 3 ans à compter de la fin du délai de franchise.
4. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues au paragraphe « RÈGLEMENT DES SINISTRES - PIÈCES À FOURNIR ».

4.1.2 - GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE

La garantie concerne les assurés âgés de moins de 65 ans qui :

- SONT TITULAIRES D'UN PRÊT AMORTISSABLE TEL QUE DÉFINI AU PARAGRAPHE « CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS » DE
 - CATÉGORIE A,
 - CATÉGORIE B DESTINÉS À L'ACCESSION,
 - ET CATÉGORIE E1 LORSQUE LE BIEN DONNÉ EN GARANTIE EST UNE RÉSIDENCE PRINCIPALE OU SECONDAIRE DE L'EMPRUNTEUR,
- EXERCENT UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE SALARIÉE OU NON SALARIÉE AU MOMENT DU SINISTRE.

Sont exclus de la garantie les titulaires de prêts de catégorie B destinés à la location ainsi que les prêts de catégorie C, D, E2 et F.

Définition de l'Invalidité Totale

L'Assuré est en Invalidité Totale lorsque, en cours d'assurance, les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

1. L'Invalidité intervient à l'issue d'un état d'Incapacité Temporaire Totale de travail défini au paragraphe « Garantie INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL »,

2. L'Assuré se trouve dans l'impossibilité reconnue médicalement, d'exercer, même à temps partiel, une quelconque activité professionnelle.
3. Cette invalidité doit être justifiée par la production des pièces prévues au paragraphe « RÈGLEMENT DES SINISTRES - PIÈCES A FOURNIR ».

Attention : la garantie Invalidité Totale ne peut pas se cumuler avec la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail. La perception de la garantie Invalidité Totale fait cesser la prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

4.1.3 - GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE

La garantie concerne les assurés âgés de moins de 65 ans qui :

- SONT TITULAIRES D'UN PRÊT AMORTISSABLE TEL QUE DÉFINI AU PARAGRAPHE « CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS »,
 - DE CATÉGORIE B DESTINÉS À LA LOCATION
 - ET DE CATÉGORIE E1 LORSQUE LE BIEN DONNÉ EN GARANTIE EST UNE RÉSIDENCE LOCATIVE DE L'EMPRUNTEUR
- EXERCENT UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE SALARIÉE OU NON SALARIÉE AU MOMENT DU SINISTRE.

Sont exclus de la garantie les titulaires de prêts de catégories A, B destinés à l'accession, C, D, E1 lorsque le bien donné en garantie est une résidence principale ou secondaire de l'Emprunteur, E2 et F.

Définition de l'Invalidité Permanente

Est en Invalidité Permanente au sens du présent contrat, l'Assuré qui, par suite de maladie ou d'accident, est contraint d'interrompre totalement et de façon permanente son activité professionnelle ou toute autre activité professionnelle sur prescription médicale, et dont l'état de santé est considéré par l'Assureur, dans les conditions prévues au paragraphe « CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET MÉDICAL », comme stabilisé.

4.2 - INDEMNISATION

Pour l'Assuré reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Totale ou d'Invalidité Permanente, l'Assureur règle au Prêteur à l'expiration de la période de franchise (pour l'Incapacité Temporaire Totale de travail) et dans les limites prévues au paragraphe « CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS », les sommes qui viennent normalement à échéance en application du contrat de prêt, multipliées par la quotité assurée, après application de la limitation définie au paragraphe : « LIMITATION DES PRESTATIONS », conformément au tableau d'amortissement d'origine annexé à l'offre de prêt.

Le cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le Prêteur au moment du sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision.

L'Assureur rembourse également les fractions de cotisations relatives aux assurances Décès/Perte Totale et Irreversible d'Autonomie/Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Totale / Invalidité Totale et Définitive / Invalidité Permanente afférentes aux échéances indemnisées.

Il est précisé que pour les prêts à taux zéro, aucune prestation n'est due pendant la période de différé total d'amortissement.

4.3 - LIMITATION DES PRESTATIONS

Le montant maximal des sommes venant à échéance versées par l'Assureur, rapportées sur une base mensuelle, est fixé à 8 000 euros (HUIT MILLE EUROS) par assuré quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du présent contrat.

Limitation des prestations à la diminution de la rémunération

Les prestations sont limitées à la diminution de rémunération.

Définition de la diminution de la rémunération

La diminution de rémunération est égale à la différence entre la rémunération de référence et la rémunération perçue au cours de la période indemnisée.

- la rémunération de référence est égale à la moyenne mensuelle des revenus professionnels et indemnités imposables perçues par l'Assuré au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ayant entraîné l'Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Invalidité Totale ou l'Invalidité Permanente.

Elle est indexée :

- au 1^{er} juillet de chaque année dès lors que 18 mois au moins se sont écoulés depuis l'arrêt de travail,
- selon la formule d'indexation :

$$\frac{R \times I_n}{I_n - 1}$$

R = rémunération de référence

I_n = indice au 1^{er} janvier de l'année en cours

I_{n - 1} = indice au 1^{er} janvier de l'année précédente

L'indice I est celui de l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, ou tout autre indice officiel publié par l'INSEE venant s'y substituer.

- la rémunération perçue au cours de la période indemnisée est le total :
 - des revenus professionnels et indemnités imposables,
 - des prestations versées par la Sécurité sociale ou un organisme assimilé,
 - des prestations versées par les organismes de prévoyance complémentaire.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Totale ou invalidité permanente n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur au remboursement du prêt garanti.

4.4 - REPRISE DU TRAVAIL

Si après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à 2 mois, l'Assuré est victime d'une rechute provenant du même accident ou de la même maladie, 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 deux mois après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera l'application d'une nouvelle période de franchise.

4.5 - RÈGLEMENT DES SINISTRES - PIÈCES À FOURNIR

Délai de déclaration

À défaut de présentation des pièces dans les 90 jours suivant la fin du délai de franchise, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L. 113-2 alinéa 4 du code des assurances dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur, sans application du délai de franchise.

En vue du versement des prestations prévues au paragraphe « INDEMNISATION », l'Assuré doit constituer un dossier de sinistre et l'adresser à l'Assureur.

Quel que soit le régime de l'Assuré ou le type de prêt souscrit, la première demande de prestations doit être accompagnée d'une Attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin. A défaut, l'Assuré devra fournir un certificat médical attestant qu'il est dans l'incapacité d'exercer SON activité (pour l'Incapacité Temporaire Totale de Travail), TOUTE activité (pour l'Invalidité Totale et l'Invalidité Permanente).

En outre :

- pour les assujettis au Régime Général de sécurité sociale :
 - les décomptes de règlement dudit organisme,
 - le cas échéant, la notification d'attribution de la pension ou de la rente d'invalidité (la pension de 1^{ère} catégorie n'étant pas recevable),
- pour les assujettis à un Régime Spécial de sécurité sociale :
 - une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,
 - le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme,

et dans les 2 cas :

- les justificatifs des rémunérations et indemnités nettes imposables versées par les employeurs et organismes de prévoyance au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail,

au cours de la période indemnisée :

- les bulletins de paye,
- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme de Sécurité sociale et celui de prévoyance complémentaire,
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension ou rente d'invalidité.
- pour les assujettis au Régime des Travailleurs Non Saliés de la sécurité sociale :
 - les certificats de prolongation établis par le médecin traitant,
 - copie de la dernière déclaration fiscale de l'Assuré.

Toute modification de l'état de santé de l'Assuré, toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent être signalées à l'Assureur dans le plus bref délai par la production de pièces justificatives, sinon l'Assuré est considéré comme guéri à l'expiration des arrêts de travail accordés par les certificats précédemment remis.

Pour les prêts sans intérêt, tout sinistre survenu plus de six mois avant la date du premier amortissement doit faire l'objet d'un dossier comportant les justificatifs

prévus ci-dessus en fonction du régime de l'Assuré, correspondant aux six mois qui précèdent la date d'entrée en amortissement.

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, organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

4.6 - CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations cesse :

- à la date de la reprise même partielle d'une activité professionnelle par l'Assuré,
- pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail au 1095^{ème} jour d'indemnisation,
- lorsque l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus au paragraphe « RÈGLEMENT DES SINISTRES - PIÈCES À FOURNIR »

et au plus tard,

- au 65^e anniversaire de l'Assuré,

Et en tout état de cause,

- le jour où l'Assuré a acquis ses droits à la retraite ou à la préretraite quelle qu'en soit la cause liquidés au titre de son activité professionnelle, y compris retraite pour inaptitude au travail.

5 - GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE ET DÉFINITIVE

La présente garantie concerne les assurés âgés de moins de 65 ans qui :

- SONT TITULAIRES D'UN PRÊT AMORTISSABLE TEL QUE DÉFINI AU PARAGRAPHE « CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS » DE :
 - CATÉGORIE A,
 - CATÉGORIE B DESTINÉS À L'ACCESSION
 - ET CATÉGORIE E1 SI LE BIEN DONNÉ EN GARANTIE EST UNE RÉSIDENCE PRINCIPALE OU SECONDAIRE DE L'EMPRUNTEUR
- SONT SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AU MOMENT DU SINISTRE,
- NE BÉNÉFICIENT PAS DES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ TOTALE.

L'attention des Assurés est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de l'Assureur relatives à l'invalidité et celles de la Sécurité sociale dans le même domaine.

5.1 - DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE ET DÉFINITIVE

Est considéré en état d'Invalidité Totale et Définitive, l'Assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, est dans l'impossibilité constatée médicalement de pouvoir exercer de manière totale et définitive ses activités habituelles non professionnelles même à temps partiel ou toute activité rémunérée pouvant lui apporter gain ou profit, sans que cet état nécessite pour autant l'assistance d'une tierce personne.

La réalisation du risque Invalidité Totale et Définitive ne donne lieu à garantie que si sa date de reconnaissance par l'Assureur dans les conditions prévues au paragraphe « CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET MÉDICAL », intervient avant l'expiration de la garantie définie au paragraphe « CESSATION DES GARANTIES » et après examen de l'assuré par un médecin désigné par l'assureur.

La prise en charge du risque Invalidité Totale et Définitive met fin à l'ensemble des garanties.

5.2 - PRESTATION

L'Assureur procédera au règlement du capital tel que prévu en cas de décès, déterminé à la date de reconnaissance de l'état d'Invalidité Totale et Définitive par le Médecin Conseil de l'Assureur.

5.3 - RÈGLEMENT DES SINISTRES - PIÈCES À FOURNIR

En vue du règlement de la prestation, les pièces à remettre à l'Assureur sont :

- l'échéancier (ou tableau d'amortissement) certifié conforme par le Prêteur à la date de la demande de prise en charge,
- 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 qu'il est définitivement mis dans l'incapacité de se livrer à la moindre occupation ou activité rémunérée.

6 - CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET MÉDICAL

La production des justificatifs définis aux paragraphes « RÈGLEMENTS DES SINISTRES - PIÈCES À FOURNIR » est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'examen des pièces médicales et/ou administratives permettent à l'Assureur de déterminer si l'Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Totale, d'Invalidité Permanente ou d'Invalidité Totale et Définitive au sens du contrat et peut accepter ou refuser la prise en charge.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Totale, d'Invalidité Permanente ces pièces devront être renouvelées selon la périodicité communiquées par l'Assureur, leur étude peut entraîner la cessation ou la poursuite de la prise en charge.

L'Assureur également 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 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité AERAS, d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Totale, d'Invalidité Permanente ou d'Invalidité Totale et Définitive telles que définies au paragraphes « DÉFINITION DE LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE », « DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ AERAS », « DÉFINITION DES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL- INVALIDITÉ TOTALE - INVALIDITÉ PERMANENTE », « DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE ET DÉFINITIVE ».

L'Assuré peut se faire assister du médecin de son choix. Au vu des conclusions du rapport du médecin désigné, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge. En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

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 au paragraphe « CONCILIATION ».

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

7 - CONCILIATION - TIERCE EXPERTISE

7.1 - 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 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 oeuvre.

7.2 - TIERCE EXPERTISE

L'Assureur invite son Médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert afin de procéder à un nouvel examen. 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 ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert. En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

8 - 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.

9 - COÛT DES ASSURANCES

9.1 - BASE DE LA COTISATION

Les garanties sont consenties moyennant le paiement par l'Assuré pendant toute la durée du prêt, d'une cotisation annuelle, taxes actuelles comprises, déterminée en fonction :

- de la catégorie de prêt et des garanties souscrites,
- et de l'âge de l'Assuré à la date de conclusion de l'adhésion.

La cotisation est fixée en pourcentage du MONTANT INITIAL DU PRÊT multiplié par la quotité assurée, dans la limite de l'engagement de l'Assureur.

Toutefois, lorsque le prêt est précédé d'une période préalable fonctionnant en compte courant avec capitalisation des intérêts et/ou d'une période de différé total d'amortissement, la cotisation est fixée en pourcentage :

- du CAPITAL EMPRUNTÉ, pendant la période de préfinancement et/ou de différé total d'amortissement,
- du CAPITAL EMPRUNTÉ MAJORÉ DES INTÉRÊTS courus et capitalisés pendant la période de préfinancement et/ou de différé total d'amortissement, à l'expiration de ladite période.

Dans le cas où des emprunteurs seraient admis à continuer un prêt consenti à l'origine à d'autres emprunteurs, ce prêt est considéré comme une opération nouvelle. De ce fait, la cotisation annuelle, taxes actuelles comprises, est fixée en pourcentage du MONTANT DU CAPITAL RESTANT DÛ À LA DATE DE SIGNATURE DE L'ACTE CONSTATANT LA PRISE EN CHARGE DU PRÊT.

En cas de remboursement partiel anticipé ou de réduction du prêt, la cotisation annuelle, taxes actuelles comprises, est fixée en pourcentage du MONTANT INITIAL DU PRÊT (le cas échéant majoré des intérêts courus et capitalisés pendant la période d'anticipation) DEDUCTION FAITE DU MONTANT DU REMBOURSEMENT OU DE LA REDUCTION.

Toutes les taxes existantes à la date d'effet des garanties ou établies postérieurement seront à la charge du Prêteur, perçues en même temps que les cotisations et reversées intégralement à l'Assureur.

Le taux de cotisation de l'assurance Décès/ Perte Totale Irréversible d'Autonomie/ Incapacité Temporaire Totale de Travail/Invalidité Totale/Invalidité Permanente /Invalidité Totale et Définitive n'est pas modifié dès lors que :

- l'Assuré est âgé de plus de 65 ans ou titulaire avant cet âge d'une retraite ou d'une préretraite et qu'à ce titre, il ne bénéficie plus des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente et Invalidité Totale et Définitive
- l'adhésion a été acceptée avec des aménagements de garanties.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du code des assurances, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation.

9.2 - EXIGIBILITÉ ET PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est due par l'Assuré à partir du jour de la prise d'effet des garanties.

Elle est payable par l'Assuré en autant de fractions égales que le prêt comportera d'échéances dans l'année. Les fractions de cotisations sont versées aux dates d'échéances du prêt.

La première fraction de cotisation est calculée au prorata du nombre de jours entre la date d'effet des garanties et la date de la première échéance d'appel de paiement de la cotisation.

Lorsque les garanties cessent à la suite d'un remboursement anticipé total ou de la prise en charge du prêt par d'autres emprunteurs, les fractions de cotisation échues avant la fin des garanties restent acquises à l'Assureur.

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

BPCE Vie - Société anonyme au capital de 110 943 568 euros - 349 004 341 RCS Paris -

BPCE Prévoyance - Société anonyme au capital social de 8 433 250 euros - 352 259 717 RCS Paris -

Siège social - 30, avenue Pierre Mendès France 75013 Paris France

Entreprises régies par le code des assurances - BPCE Vie et BPCE Prévoyance sont des filiales de Natixis Assurances

Crédit Foncier de France - Société Anonyme au capital de 1 331 400 718,80 euros - B 542 029 848 RCS Paris - siège social est situé 19, rue des Capucines, 75001 PARIS -

Inscrite au registre ORIAS en qualité de courtier d'assurance sous le numéro 07 023 327

Lorsque la garantie cesse au 80^{ème} anniversaire de l'Assuré la dernière fraction de cotisation due par l'Assuré est celle payable à l'échéance qui suit cet anniversaire.

Conformément à l'article L 141-3 du code des assurances, le Prêteur peut exclure des contrats un Assuré qui cesse de payer ses cotisations. Cette exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations.

10 - INFORMATION DES ASSURÉS

10.1 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Pour toute réclamation relative à l'admission de l'Assuré; ce dernier ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service Souscriptions - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser à CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service réclamations - TSA 81566 - 75716 PARIS Cedex 15. En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront saisir le Médiateur de la FFSA - BP 290 - 75425 Paris Cedex 9. L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance. La saisine du Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini au paragraphe « PRESCRIPTION ».

10.2 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, responsable du traitement, aux Co-assureurs (BPCE Vie et BPCE Prévoyance), au Prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés. L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

Par ailleurs, le Prêteur pourra adresser à l'Assuré des offres sur ses produits et services sauf opposition de sa part. Dans ce cas, l'Assuré lui adressera un courrier en ce sens.

10.3 - DÉCLARATION DES ASSURÉS

Conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du code des assurances, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

10.4 - LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE

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