

Document d'information sur le « droit à l'oubli » à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt personnel ou professionnel entrant dans le cadre de la Convention AERAS

Si vous avez été atteint d'un cancer, vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de souscrire des garanties d'assurances emprunteur sans réserve concernant cet antécédent.

Ce « droit à l'oubli » signé le 02/09/2015 entre les pouvoirs publics, les établissements de crédit et de financement, les organismes d'assurance et les associations de malades et de consommateurs, vous est applicable sous réserve des deux conditions cumulatives suivantes :

1) Conditions relatives à votre demande d'assurance pour des prêts :

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

2) Conditions médicales :

- a) Lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée **avant votre 16^{ème} anniversaire** :
 - **si** la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans ;
 - **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

Alors vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé ;

Ou bien

- b) Lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée **à compter de votre 16^{ème} anniversaire** :
 - **si** la *date de fin du protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 15 ans ;
 - **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

Alors vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

Si vous remplissez l'ensemble des conditions relatives à votre demande d'assurance pour des prêts mentionnées au 1) et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées aux 2)a) et 2)b), vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées aux 2)a) et 2)b) dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

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

LEXIQUE

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

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

Entreprise contractante :

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris-Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15 - Tél : 01 42 18 88 88 - Entreprise régie par le code des assurances - GROUPE CAISSE DES DEPOTS

NOTE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE

relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêt « Personnel », « Mobilité »
ou « Social » n°0117C pour l'emprunteur âgé de 66 ans et plus et assuré pour le Décès seul

1° Nom commercial du contrat : Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°0117C.

2° Caractéristiques du contrat :

2.1 Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance de groupe n° 0117C comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital de prêt « Personnel », « Mobilité » ou « Social » du Ministère de la Défense consentis par l'IGESA en cas de décès de l'Assuré intervenant **avant son 75^{ème} anniversaire**.

2.2 Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue sous réserve du paiement de la prime unique d'assurance à la date de signature par l'Emprunteur des conditions particulières d'assurance.

2.3 Durée du contrat

Durée du contrat d'assurance groupe :

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

Durée de l'adhésion :

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionné dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de garantie contractuels visés à l'article 10 de la notice d'information.

Par ailleurs, l'Assuré dispose d'une faculté annuelle de résiliation, sous réserve d'adresser une lettre recommandée à l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur, au moins 2 mois avant la date d'échéance (date anniversaire de l'adhésion).

2.4 Modalités de versement de la prime

L'Emprunteur s'engage à payer la prime unique calculée en pourcentage du capital initial du prêt.

Le taux de prime est indiqué dans l'offre de prêt. Cette prime est exigible dès la prise d'effet de la garantie et prélevée par le Prêteur sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union européenne.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de sa prime. En cas de non paiement de la prime, 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. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances.

2.5 Délais et modalités de renonciation au contrat

L'Emprunteur ayant adhéré au contrat pour la garantie décès seul peut renoncer à son adhésion au présent contrat dans les **trente jours** calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 7.1 de la notice d'information. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse du Prêteur selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme, Mlle)..... (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n° 0117C conclue le..... à.....».

La renonciation est effective 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. En cas d'accord exprès de l'Emprunteur pour la prise d'effet immédiate de la garantie, le contrat prend fin à la date de réception de la lettre de renonciation.

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la prime éventuellement versée dans un délai de **trente jours calendaires** révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

2.6 Formalités à remplir en cas de sinistre

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

- un bulletin de décès ou un acte 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 par l'article 13 « Risques exclus ». En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit) : 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,

- une copie de l'offre préalable de crédit signée et de l'éventuel avenant de réaménagement,
- une copie du tableau d'amortissement ou de l'échéancier du contrat de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt,
- une copie du bulletin individuel de demande d'adhésion, accompagné de la déclaration d'état de santé ou du questionnaire de santé,
- un exemplaire des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré.

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

2.7 Nom et adresse du souscripteur, formalités de résiliation

Le contrat n° 0117C est souscrit par IGESA - siège social : Caserne Saint Joseph - BP 190 - 20293 BASTIA - auprès de CNP Assurances. Le Souscripteur et l'Assureur peuvent résilier le présent contrat, au moyen d'une lettre recommandée envoyée au moins **3 mois** avant la date d'échéance. La résiliation du contrat fait cesser les admissions dans l'assurance. Elle n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours dont les garanties restent acquises aux assurés dans les conditions prévues dans la présente notice d'information.

2.8 Informations sur les primes relatives aux garanties principales et complémentaires

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

2.9 Loi applicable et indications générales relatives au régime fiscal

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

3° Procédure d'examen des litiges

- **pour toute réclamation relative à la décision d'admission**, l'Assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, s'adresser 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** : CNP Assurances Département Gestion Emprunteurs – Service Réclamations - TSA 81566 - 4 place Raoul Dautry - 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 la Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09. L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux. **Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.**



NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE

Réf : L 0117C - 01 2016_V2

Relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°0117C souscrit par l'IGESA, dénommée le « Souscripteur », auprès de CNP Assurances, dénommées « l'Assureur ».

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

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

DEFINITIONS

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

- **Accident** : On entend par Accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Candidat à l'assurance** : toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance groupe mais pour lesquelles la garantie n'a pas encore pris effet ; il s'agit des emprunteurs et des coemprunteurs.
- **Assuré** : tout emprunteur pour lequel au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.
- **Assureur** : CNP Assurances.
- **Prêteur** : l'IGESA, établissement qui consent le(s) prêt(s) couverts par l'assurance.
- **Délai de franchise** : période durant laquelle l'Assureur ne verse pas de prestations.

1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat n° 0117C souscrit par l'Institution de Gestion Sociale des Armées est destiné à garantir le remboursement de prêt « Personnel », « Mobilité » ou « Social » consentis par le Prêteur à ses emprunteurs **âgés de moins de 66 ans**, pour lesquels l'assurance est obligatoire, en cas de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Ces prêts sont plafonnés à :

- **1 500 euros pour le prêt « Personnel »**,
- **2 400 euros pour le prêt « Mobilité »**,
- **8 000 euros pour le prêt « Social »**.

2. INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

- 2.1** - Le contrat n° 0117C est souscrit par **l'IGESA** - siège social : Caserne Saint Joseph - BP 190 - 20293 BASTIA CEDEX - auprès de **CNP Assurances** - RCS Paris 341 737 - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris CEDEX 15 - France.
L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de l'Assureur.
- 2.2** - Les modalités de calcul de la prime sont indiquées à l'article **17 PRIMES** de la notice et dans l'offre de prêt ou le contrat de prêt.
- 2.3** - La durée de l'adhésion est fixée à l'article **7 DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION**.
Les garanties du contrat n° 0117C sont mentionnées à l'article **11 RISQUES GARANTIS**. Les exclusions au contrat n° 0117C sont mentionnées à l'article **13 RISQUES EXCLUS**.
- 2.4** - L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date limite de validité de l'offre de prêt ou le contrat de prêt qui y est indiquée.
Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles **7 DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION** et **9 PRISE D'EFFET DES GARANTIES**.
L'adhésion au contrat n° 0117C s'effectuera selon les modalités décrites à l'article **5 FORMALITES D'ADHESION**. Les modalités de paiement de la prime sont indiquées à l'article **16 PRIMES ET CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES**. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de (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 l'Emprunteur/les coemprunteurs et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- 2.5** - 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 DROIT A RENONCIATION**. En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'adhérent doit acquitter un versement de prime au moins égal au versement initial minimum.
- 2.6** - Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Emprunteur sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.
- 2.7** - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article **18 RECLAMATIONS-MEDIATION** 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 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).

3. PERSONNES ASSURABLES

Le contrat d'assurance s'adresse à l'ensemble des emprunteurs du personnel du Ministère de la Défense ainsi qu'à leurs coemprunteurs **âgés de plus de 18 ans et de moins de 71 ans** au jour de la demande d'adhésion et bénéficiaires de prêts « Personnel, Mobilité ou Social » du Ministère de la Défense consentis par l'IGESA. L'assurance est facultative pour les coemprunteurs en accord avec l'IGESA.

- a) peuvent demander leur adhésion pour les garanties Décès et PTIA (garanties « standards »), les emprunteurs âgés de moins de 66 ans** (date anniversaire de naissance) au jour de la demande d'adhésion.
- b) peuvent demander leur adhésion pour la garantie Décès seul, les emprunteurs âgés de 66 ans et plus et de moins de 71 ans** (date anniversaire de naissance) au jour de la demande d'adhésion.

Dans la suite de la présente Notice d'information, ces personnes sont dénommées « l'Emprunteur » avant la prise d'effet de l'assurance. Lorsque l'assurance a pris effet, ces personnes sont dénommées « l'Assuré ».

4. QUOTITE

Chaque Emprunteur doit s'assurer à 100% du montant du prêt. Ce taux, appelé «quotité» s'applique pour l'ensemble des risques couverts.

5. FORMALITES D'ADHESION

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent au moment de la demande de prêt.

L'admission dans l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur **pour les prêts supérieurs à 8.000 euros**.

Elles comportent un bulletin individuel de demande d'adhésion à l'assurance, une Déclaration d'Etat de Santé (DES) ou un questionnaire de santé qui doivent être intégralement renseignés et signés par l'Emprunteur.

Les formalités d'adhésion sont à accomplir de la manière suivante :

- Si le montant total du (des) prêt(s) **est inférieur ou égal à 8 000 euros** et que **l'emprunteur est âgé de moins de 66 ans** (date anniversaire de naissance) au jour de la demande d'adhésion, il doit :
 - Il doit remplir la déclaration d'acceptation d'entrée dans l'assurance figurant dans son (ses) offre(s) de prêt.
- Si le montant total du (des) prêt(s) **est supérieur à 8 000 euros** et que **l'emprunteur est âgé de moins de 66 ans** (date anniversaire de naissance) au jour de la demande d'adhésion, il doit :
 - compléter le bulletin individuel de demande d'adhésion à l'assurance,
 - compléter, dater et signer la DECLARATION D'ETAT DE SANTE s'il remplit toutes les conditions précisées dans cette déclaration, sinon il doit remplir, dater et signer le QUESTIONNAIRE DE SANTE.
- Si **l'emprunteur est âgé de 66 ans et plus et de moins de 71 ans** (date anniversaire de naissance) au jour de la demande d'adhésion, il doit :
 - compléter le bulletin individuel de demande d'adhésion à l'assurance,
 - compléter, dater et signer le QUESTIONNAIRE DE SANTE.

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 fermée doit être remise au prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir.

Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'examens médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur aux frais de ce dernier.

L'Emprunteur peut en outre être invité à produire toute copie de documents, dont le coût est à sa charge, se rapportant à son état de santé, et à se soumettre à un bilan biologique et/ou passer une visite médicale auprès d'un médecin désigné par l'Assureur et aux frais de ce dernier.

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, l'Emprunteur 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.

Si une évolution de l'état de santé de l'Emprunteur survient durant le délai de 3 mois et avant la date de conclusion de l'adhésion et modifie les réponses portées sur le questionnaire signé lors de la demande d'adhésion, l'Emprunteur est tenu d'en informer l'Assureur.

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

6. DECISION DE L'ASSUREUR

Au terme de l'examen des formalités d'admission, l'Assureur peut :

- **soit accepter le Candidat à l'assurance.** Cette décision peut être donnée :
 - Sans réserve, l'acceptation vaut pour tous les risques couverts.
 - Avec réserve, l'acceptation est prononcée en excluant certaines pathologies et/ou certaines garanties. 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.
- **Soit ajourner la décision** : dans ce cas le Candidat à l'assurance n'est pas assuré mais pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué par l'Assureur.
- **Soit refuser au Candidat à l'assurance le bénéfice de l'assurance.** Cette décision déclenche automatiquement et dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ») une étude du dossier dans un contrat de 2^{ème} niveau. Si à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier sera examiné (sous condition d'âge et de montant emprunté) par un 3^{ème} niveau national.

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

Toute autre opération d'emprunt nécessite une nouvelle demande d'adhésion.

Toute modification des conditions initiales de l'emprunt induisant un report d'échéances supérieur à 60 mensualités et/ou d'un montant supérieur à 8000 euros nécessite obligatoirement une nouvelle demande d'adhésion, selon les conditions contractuelles applicables au jour du report et dont l'assiette de calcul du taux est le montant du capital restant dû après report. Ces dispositions ne sont pas applicables aux emprunteurs qui, au moment de leur demande d'adhésion ont contracté un prêt d'un montant inférieur ou égal à 8 000 euros.

Dans le cas où la durée du report fixée par la commission de surendettement entraîne un dépassement de l'âge limite de garantie initialement fixé à 75 ans, l'Emprunteur sera assuré en décès seul jusqu'à son 77^{ème} anniversaire (date anniversaire de naissance).

Si l'Emprunteur est âgé de 66 ans ou plus au jour de cette nouvelle adhésion, il ne pourra bénéficier, sous réserve de la décision de l'Assureur, que de la garantie Décès seule.

Notification de la décision de l'Assureur

L'Assureur informe par courrier le Candidat à l'assurance de sa décision.

En cas d'acceptation avec réserves, le Candidat à l'assurance devra, s'il accepte les conditions particulières d'assurance proposées ; retourner à l'IGESA, un des deux exemplaires dûment complété, daté et signé.

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

7. DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION

7.1 - Date de conclusion de l'adhésion :

- Lorsque l'Emprunteur a été admis dans l'assurance sans formalité médicale (prêt inférieur ou égal à 8 000 euros), l'adhésion est conclue à la date de signature de la déclaration d'acceptation d'entrée dans l'assurance figurant dans son (ses) offre(s) de prêt.
- Lorsque l'Emprunteur a été admis dans l'assurance en signant une Déclaration d'Etat de Santé (DES), l'adhésion est conclue à la date de signature de la DES.
- Lorsque l'Emprunteur a été admis dans l'assurance en signant un questionnaire de santé, l'adhésion est conclue à la date de signature par l'Emprunteur des conditions particulières d'assurance.

7.2 - Durée de l'adhésion :

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans le bulletin individuel de demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 10.

8. DROIT A RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

La signature du bulletin individuel de demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

Si le contrat est vendu à distance :

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

Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 121-20-11 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

Conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, **pour les assurés bénéficiant des garanties décès et PTIA, un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus** s'applique en cas de Vente A Distance.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie décès seul, un délai de 30 jours calendaires révolus s'applique.

Ces délais commencent à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 7.1.

Si le contrat est vendu en face à face :

Le contrat est vendu en face à face lorsque le client, n'ayant pas préalablement fait l'objet d'une sollicitation personnalisée - envoi d'un courrier ou autre-, à son domicile, son lieu de résidence ou son lieu de travail, se rend dans les locaux du professionnel de l'assurance pour adhérer au contrat.

Pour les Assurés bénéficiant de la garantie décès seul, **le délai de renonciation est de 30 jours calendaires révolus** à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

b) Modalités de la renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser au Prêteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigé selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme, Mlle).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n° 0117C que j'ai signé le..... à..... (lieu d'adhésion). Le (date et signature).».

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la prime versée dans un délai de **30 jours calendaires** à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec AR.

Lorsque l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face (et uniquement pour les assurés bénéficiant de la garantie décès seul), l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec AR.

9. DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

- à la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 7.1,
- ou
- à la date de l'acceptation de l'offre préalable de crédit par l'Emprunteur.

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

10. CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent :

1. **au terme contractuel du prêt,**
2. **à la date de remboursement total anticipé du prêt ;**
3. **en cas de renonciation expresse de l'Emprunteur à l'offre de prêt ;**
4. **à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt ;**
5. **à la date de versement de la prestation en cas de Décès ou PTIA ;**
6. **en cas de non-paiement de la prime selon les modalités prévues à l'article 17 ;**
7. **en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur et en cas de renégociation du contrat de prêt ;**
8. **au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement ;**
9. **au jour de réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 8.**

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

- **Pour les garanties « Standard » (telles que visées à l'article 3a) :**
 - en ce qui concerne la garantie Décès, **au 71^{ème} anniversaire de l'Assuré** (date anniversaire de naissance).
 - en ce qui concerne la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, **au 31 décembre suivant le 65^{ème} anniversaire** de l'Assuré.
- **Pour la garantie Décès seule (telle que visée à l'article 3b) :**
 - **au 75^{ème} anniversaire de l'Assuré** (date anniversaire de naissance).

11. DEFINITIONS DES GARANTIES

Sous réserve de la décision de l'Assureur et des cas d'exclusion précisés à l'article 13 et dans les conditions prévues à l'article 12, l'assurance couvre les risques énumérés ci-dessous :

11.1 - Garantie Décès seul (telle que visée à l'article 3b):

Le Décès seul est garanti jusqu'au **75^{ème} anniversaire** de l'Assuré (date anniversaire de naissance).

11.2 - Garanties « standards » (telles que visées à l'article 3a):

a) Le Décès.

Le décès est garanti jusqu'au **71^{ème} anniversaire** de l'Assuré (date anniversaire de naissance).

b) La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Pour ouvrir droit à prestation, la PTIA doit répondre aux conditions suivantes :

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

1. l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit ;
2. elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer ;
3. la date de survenance du sinistre reconnue par l'Assureur se situe **avant le 31 décembre suivant son 65^{ème} anniversaire**.

12. MONTANTS DES PRESTATIONS VERSEES

12.1 - BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

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

12.2 - MONTANT DES PRESTATIONS

Les prestations de l'Assureur n'incluront aucune échéance échue et non payée par l'Assuré préalablement au sinistre.

Lorsque l'assurance repose sur la tête de plusieurs Assurés, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures au capital ou aux échéances dues au titre du ou des prêts garantis.

• Prestation garantie en cas de Décès seul telle que visée à l'article 3b):

En cas de Décès survenant **avant le 75^{ème} anniversaire** de l'Assuré (date anniversaire de naissance), l'Assureur rembourse au Prêteur le montant du capital restant dû à la date du sinistre au titre du prêt assuré.

• Garanties « standards » (telles que visées à l'article 3a):

► **Prestation garantie en cas de Décès**

En cas de décès d'un Assuré survenant en période de garantie et avant son 71^{ème} anniversaire (date anniversaire de naissance), l'Assureur rembourse au Prêteur et selon le tableau d'amortissement, le paiement :

- soit du capital restant du au lendemain du décès, à l'exclusion de toutes échéances arriérées,
- soit du capital initial, si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

► **Prestation garantie en cas de PTIA**

En cas de PTIA d'un Assuré survenant avant le 31 décembre suivant son 65^{ème} anniversaire, la prestation versée par l'Assureur est identique à celle définie ci-dessus pour la garantie Décès. Cette prestation est calculée à la date de survenance du sinistre reconnue par l'Assureur.

Le versement de la prestation est également subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de survenance du sinistre.

13. RISQUES EXCLUS

LES EXCLUSIONS PREVUES EN 3), 4), 5) 6) 7) et 8) NE S'APPLIQUENT PAS AUX MILITAIRES DANS LE CADRE DE LEUR PROFESSION.

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

1. le suicide de l'Assuré dans la 1^{ère} année d'assurance ;
2. les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances ;
3. les conséquences de faits de guerres civiles ou étrangères quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active ;
4. les conséquences de faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active;
5. les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
6. 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 ;
7. les conséquences de vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parapente, parachute ascensionnel, des vols d'essai, vols sur prototype, tentatives de records, des sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne ;
8. les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome.

14. FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs visés au présent article 14.

Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du risque.

14.1 - Formalités à remplir en cas de Décès

Il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir au Prêteur qui transmettra à l'Assureur les pièces justificatives suivantes, dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- un bulletin de décès ou acte de décès original,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus par l'article 13 « Risques exclus ». En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droits) : 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.

14.2 - Formalités à remplir en cas de PTIA

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

- une attestation médicale d'incapacité/invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin,
- un certificat médical attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte,

Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel secret-médical » à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir,

Si l'Assuré concerné est Assuré social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

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

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

15. CONTROLE MEDICAL

La production des justificatifs demandés en cas de PTIA est indispensable mais nullement 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 mandaté par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA tel que défini à l'article 11.

Au vu des conclusions du rapport du médecin mandaté, 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 à l'article 16.1.

16. PROCEDURE DE CONCILIATION ET TIERCE EXPERTISE

16.1 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 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.

16.2 Tierce expertise

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

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

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

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

17. PRIMES ET CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES

17.1- PRIMES

Les garanties sont consenties moyennant le paiement par l'Assuré d'une prime unique assise sur le montant du capital initial du prêt.

Le taux d'assurance est indiqué dans l'offre de prêt.

17.2 – CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRIMES

La prime d'assurance est due dès la date de prise d'effet des garanties. Elle est prélevée notamment par le Prêteur et incluse dans la première mensualité de remboursement du prêt, sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de sa prime. En cas de non paiement de cette prime, 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. A 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.

18. RECLAMATIONS - MEDIATION

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

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

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droits peuvent s'adresser à CNP Assurances – Département Gestion Emprunteurs - Service réclamations – 4 place Raoul Dautry - 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 la **Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09**.

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

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

La saisine par l'Assuré du Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article 19.

19. DELAI DE PRESCRIPTION

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

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

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

20. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

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, au co-assureur, à l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant informatique et libertés - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Par ailleurs, l'organisme 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.

21. AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

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

22. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

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.

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477euros entièrement libéré - 341.737.062 RCS Paris
Entreprise régie 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 DEPOTS

IGESA – Caserne Saint Joseph – BP 190 – 20293 BASTIA CEDEX