

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

## BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION

### CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7372 N

#### PERSONNE À ASSURER

M.  Mme  Mlle.  Né(e) le   /   /     à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Partenaire d'un PACS  Concubin(e)

Nom (de naissance) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom usuel ou marital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle rémunérée

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3 Cadres, Professions libérales
- 4 Techniciens, agents de maîtrise
- 5 Employés
- 6 Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)
- 7 Retraités
- 8 Autres (sans activité, chômeurs)

Qualité :

#### CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT ET QUOTITÉ ASSURÉE

Organisme prêteur	N° du prêt	Type de prêt	Montant du prêt en euros	Durée en mois	Quotité assurée en %	Capital assuré en euros
		non amortissable		mois	%	
		non amortissable		mois	%	
		non amortissable		mois	%	

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance dont je conserve un exemplaire, ainsi que les informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance et par démarchage.

Je déclare :

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7372 N pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles en les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français ;
- Avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apéríteur entraînera la nullité de l'assurance (article L.113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'apéríteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'apéríteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'apéríteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers 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, aux coassureurs, responsable du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et liberté - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature :

MFP Révoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances I 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré I 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré I 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances



MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

## BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION

### CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7372 N

#### PERSONNE À ASSURER

M.  Mme  Mlle.  Né(e) le / /  à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Partenaire d'un PACS  Concubin(e)

Nom (de naissance) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom usuel ou marital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle rémunérée

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3 Cadres, Professions libérales
- 4 Techniciens, agents de maîtrise
- 5 Employés
- 6 Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)
- 7 Retraités
- 8 Autres (sans activité, chômeurs)

Qualité :

#### CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT ET QUOTITÉ ASSURÉE

Organisme prêteur	N° du prêt	Type de prêt	Montant du prêt en euros	Durée en mois	Quotité assurée en %	Capital assuré en euros
		non amortissable		mois	%	
		non amortissable		mois	%	
		non amortissable		mois	%	

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance dont je conserve un exemplaire, ainsi que les informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance et par démarchage.

Je déclare :

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7372 N pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles en les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français ;
- Avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apérteur entraînera la nullité de l'assurance (article L.113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'apérteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'apérteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'apérteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers 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, aux coassureurs, responsable du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et liberté - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature :

MFP Révoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré | 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances



MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

□ □ □ □ □ □

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION

CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7372 N

PERSONNE À ASSURER

M.  Mme  Mlle.  Né(e) le □□/□□/□□□□ à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Partenaire d'un PACS  Concubin(e)

Nom (de naissance) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom usuel ou marital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle rémunérée

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3 Cadres, Professions libérales
- 4 Techniciens, agents de maîtrise
- 5 Employés
- 6 Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)
- 7 Retraités
- 8 Autres (sans activité, chômeurs)

Qualité :

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT ET QUOTITÉ ASSURÉE

Organisme prêteur	N° du prêt	Type de prêt	Montant du prêt en euros	Durée en mois	Quotité assurée en %	Capital assuré en euros
		non amortissable		mois	%	
		non amortissable		mois	%	
		non amortissable		mois	%	

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance dont je conserve un exemplaire, ainsi que les informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance et par démarchage.

Je déclare :

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7372 N pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles en les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français ;
- Avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apéríteur entraînera la nullité de l'assurance (article L.113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'apéríteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'apéríteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'apéríteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers 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, aux coassureurs, responsable du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et liberté - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature :

MFP Révoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances I 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré I 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré I 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances



MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

□ □ □ □ □ □

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION

CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS IMMOBILIERS 7372 N

PERSONNE À ASSURER

M.  Mme  Mlle.  Né(e) le □□/□□/□□□□ à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Partenaire d'un PACS  Concubin(e)

Nom (de naissance) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom usuel ou marital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle rémunérée

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3 Cadres, Professions libérales
- 4 Techniciens, agents de maîtrise
- 5 Employés
- 6 Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)
- 7 Retraités
- 8 Autres (sans activité, chômeurs)

Qualité :

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT ET QUOTITÉ ASSURÉE

Organisme prêteur	N° du prêt	Type de prêt	Montant du prêt en euros	Durée en mois	Quotité assurée en %	Capital assuré en euros
		non amortissable		mois	%	
		non amortissable		mois	%	
		non amortissable		mois	%	

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance dont je conserve un exemplaire, ainsi que les informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance et par démarchage.

Je déclare :

- Demander à adhérer au contrat d'assurance n° 7372 N pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ;
- Donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles en les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français ;
- Avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire ;
- M'engager à payer les primes d'assurance que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- Être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apéríteur entraînera la nullité de l'assurance (article L.113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'apéríteur toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion ;
- Accepter que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'apéríteur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel ;
- Reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'apéríteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- Accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers 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, aux coassureurs, responsable du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et à leurs réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et liberté - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature :

MFP Révoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances I 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré I 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré I 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances





## DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

### CANDIDAT À L'ASSURANCE

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom usuel ou marital : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_ Né(e) le /  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'ensemble des prêts constituant mon opération de financement est inférieur ou égale à 80 000 Euros et je suis âgé(e) de moins de 50 ans.

#### Je déclare sur l'honneur :

- ne pas être actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé, ne pas être titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité, ne pas être pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale, n'être soumis à aucun traitement médical ;
- ne pas avoir, au cours des 5 dernières années,
  - été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ;
  - subi d'intervention chirurgicale autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ;
- ne pas avoir, au cours des 10 dernières années,
  - suivi de traitement médical de plus de 30 jours pour maladie du sang, affection rénale ou de l'appareil digestif, diabète, hypertension artérielle, affection cardiaque, vasculaire, respiratoire (hors allergies), cancéreuse, neurologique, psychiatrique, dépression nerveuse, maladie osseuse, articulation, rhumatismale, lumbago ou sciatique ;
  - fait l'objet d'exclusion, de refus ou de surprime lors de la demande d'adhésion à un autre contrat d'assurance décès, invalidité, incapacité ;
- ne pas devoir subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), un traitement médical, une hospitalisation, une intervention chirurgicale dans les 12 mois à venir.

OUI, je peux signer les déclarations ci-dessus,

NON, je ne peux pas signer les déclarations ci-dessus. Par conséquent, je remplis le Questionnaire de Santé ci-joint.

Je reconnais être informé(e) que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'apôtre entraîne la nullité du contrat (article L. 113-8 du code des assurances).

Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers 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, aux coassureurs, responsable du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, et aux réassureurs éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature :



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

N° contrat 7372 N

Collectivité N°

Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence.  
Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical »  
à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise à votre interlocuteur qui la transmettra sans l'ouvrir.

## CANDIDAT À L'ASSURANCE

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_ Né(e) le   /   /

Nom usuel ou marital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

1 Indiquez : Votre taille : \_\_\_\_\_ cm Votre poids : \_\_\_\_\_

Répondez obligatoirement **OUI** ou **NON** dans chaque case et si **OUI**, complétez.

Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en section. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical »,  
à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise à la Mutuelle qui la lui transmettra sans l'ouvrir.  
**TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

2	Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?	_____	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____																																										
3	Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une d'invalidité ?	_____	Pourquoi ? _____ Depuis quelle date ? _____ À quel taux ou quelle catégorie ? _____ Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? _____																																										
4	Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?	_____	Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____ Durée ? _____																																										
5	Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?	_____	Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____ Durée ? _____																																										
6	Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ?	_____	Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____ Durée ? _____																																										
7	Avez-vous subi au cours de votre existence, une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ?	_____	Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____																																										
8	Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence : d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou hypertension artérielle ? d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ? d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? de diabète ? d'une affection digestive ? d'une affection neurologique ou du système nerveux ? d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ? d'une affection rénale ? d'une affection respiratoire ? d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ? de lombalgie, lumbago ou sciatique	_____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Laquelle ?</th> <th>Quand ?</th> <th>Durée ?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Laquelle ?	Quand ?	Durée ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Laquelle ?	Quand ?	Durée ?																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
_____	_____	_____																																											
9	Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ?	_____	Précisez pour chacun traitement : Lequel : _____ Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____ Durée ? _____																																										
10	Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ?	_____	Lesquelles ? _____ Depuis quand ? _____																																										
11	Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ? Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	_____	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____ Lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Quand (mois/année) ? _____																																										
12	Hors médecine préventive, médecin du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de : réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ?  être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)	_____	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Lesquels ? _____ Hospitalisé <input type="checkbox"/> traité <input type="checkbox"/> opéré <input type="checkbox"/> Pourquoi ? _____ Quand ? _____																																										

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature. J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

N° contrat 7372 N

Collectivité N°

Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence.  
Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical » à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise à votre interlocuteur qui la transmettra sans l'ouvrir.

## CANDIDAT À L'ASSURANCE

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_ Né(e) le   /   /

Nom usuel ou marital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

1 Indiquez : Votre taille : \_\_\_\_\_ cm Votre poids : \_\_\_\_\_

**Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI, complétez.**  
Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en section. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical », à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise à la Mutuelle qui la lui transmettra sans l'ouvrir.  
**TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

2 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_

3 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une d'invalidité ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_  
À quel taux ou quelle catégorie ? \_\_\_\_\_  
Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? \_\_\_\_\_

4 Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée ? \_\_\_\_\_

5 Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?  Précisez pour chacun des arrêts :  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée ? \_\_\_\_\_

6 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée ? \_\_\_\_\_

7 Avez-vous subi au cours de votre existence, une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_

Etes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence :		Laquelle ?	Quand ?	Durée ?
d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou hypertension artérielle ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
de diabète ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
d'une affection digestive ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
d'une affection neurologique ou du système nerveux ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
d'une affection rénale ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
d'une affection respiratoire ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ?	<input type="text"/>	_____	_____	_____
de lombalgie, lumbago ou sciatique	<input type="text"/>	_____	_____	_____

9 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ?  Précisez pour chacun traitement : Lequel : \_\_\_\_\_  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_ Durée ? \_\_\_\_\_

10 Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ?  Lesquelles ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_

11 Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_  
Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Lequel ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_

12 Hors médecine préventive, médecin du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de :  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_  
réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ?  Lesquels ? \_\_\_\_\_

être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)  
 Hospitalisé  traité  opéré  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature. J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

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

Je conserve l'exemplaire du questionnaire de santé qui m'est destiné, dûment complété et signé par mes soins.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS N° 7372 N

## ARTICLE 1

### OBJET DE L'ASSURANCE

Le présent contrat d'assurance de groupe souscrit par les mutuelles et organismes ci-après dénommés « le souscripteur » est coassuré par CNP Assurances et CNP IAM dénommées ci-après « l'apérateur » pour une quote-part de 10 % et MFPrévoyance SA dénommée ci-après « le coassureur » pour une quote-part de 90 %.

Le présent contrat a pour objet de garantir, **durant une durée ne pouvant excéder 3 ans**, dans les conditions fixées ci-après, les assurés désignés à l'article 5 contre la survenance des risques de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le paiement des sommes dues au titre de prêts relais cautionnés ou non sous réserve des limites prévues à l'article 3.

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

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

Il répond aux recommandations de la Convention AERAS (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) révisée du 1<sup>er</sup> février 2011.

Dans le présent contrat, l'emprunteur, le coemprunteur, la caution personne physique d'un emprunteur sont dénommés « l'emprunteur » avant prise d'effet de l'assurance. Lorsque l'assurance prend effet, ces personnes sont dénommées « l'assuré ».

## ARTICLE 2

### INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

**2.1** – Le contrat 7372 N est souscrit auprès de CNP Assurances - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15, France et CNP IAM - 383 024 189 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15, France.

L'Autorité chargée du contrôle des coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

**2.2** – Le montant de la prime d'assurance est indiqué à l'annexe tarifaire de la présente notice d'information. La prime d'assurance est exigible dès la prise d'effet des garanties.

**2.3** – La durée de l'adhésion est fixée à l'article 10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION. Les garanties du contrat sont mentionnées aux articles 16 – DÉFINITION DES GARANTIES ET MONTANT DES PRÉSTATIONS . Les exclusions au contrat n° 7372 N sont mentionnées à l'article 17 - RISQUES EXCLUS.

**2.4** – L'offre contractuelle d'assurance définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement joint. Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 10 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION et à l'article 11 - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES. L'adhésion au contrat n° 7372 N s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 7 – ADHÉSION DANS L'ASSURANCE – FORMALITÉS MÉDICALES. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 20 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DE LA PRIME. 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'apérateur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) emprunteur(s) 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 13 - DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE.

**2.6** – Les relations précontractuelles et contractuelles entre les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français. Les coassureurs s'engagent à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

**2.7** – Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 24 - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION de la notice.

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25 juin 1999 – Article L. 423-1 du code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).

## ARTICLE 3

### MONTANT MAXIMUM GARANTI ET QUOTITÉ ASSURÉE

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même assuré est fixé à 900 000 euros et ce, quels que soient le nombre et le montant total des prêts garantis au titre de l'ensemble des contrats en couverture de prêts n° 7371 M, 7372 N et 6741 C en prenant en compte la quotité assurée.

**Il n'y a pas la possibilité de modifier la quotité du prêt assuré par le présent contrat.**

L'encours est égal au capital garanti sur la tête de l'assuré au jour de l'adhésion au titre de l'ensemble de ses prêts.

## ARTICLE 4

### PRÊTS ASSURABLES

Le présent contrat couvre les prêts relais non amortissables d'une durée inférieure ou égale à 3 ans.

## ARTICLE 5

### PERSONNES ASSURABLES

Peuvent être assurées, les personnes physiques n'ayant pas atteint leur 65<sup>ème</sup> anniversaire à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et ayant la qualité suivante :

- emprunteur titulaire du prêt relais et membre d'un souscripteur,

ou

- coemprunteur ou caution personne physique du titulaire du prêt même si ces deux personnes n'ont pas la qualité de fonctionnaire,

ou

- emprunteurs, coemprunteurs, cautions personnes physiques tels que définis ci-dessus qui participent par leurs apports en compte courant au financement d'une SCI. **La SCI doit être constituée exclusivement entre parents et alliés jusqu'au 4<sup>ème</sup> degré.**

Ci-après dénommés « l'emprunteur ».

## ARTICLE 6

### RÉPARTITION DE L'ASSURANCE

**Il ne peut y avoir plus de deux assurés au titre d'un même prêt.**

Lorsque l'assurance repose sur deux têtes, les parts de garantie de l'emprunteur, du coemprunteur ou de la caution personne physique de l'emprunteur sont librement fixées par ces personnes sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

## ARTICLE 7

### ADHÉSION DANS L'ASSURANCE – FORMALITÉS MÉDICALES

**L'admission dans l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires et conditionnées de la façon suivante :**

**a) Les candidats à l'assurance âgés de moins de 50 ans à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion :**

- qui sollicitent un prêt inférieur ou égal à **80 000 euros**, peuvent être admis sur production d'une Déclaration d'Etat de Santé .

Si les intéressés ne sont pas en mesure de signer la Déclaration d'Etat de Santé, l'adhésion est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

- qui sollicitent un prêt supérieur à **80 000 euros**, peuvent être admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

**b) Les candidats à l'assurance âgés de 50 ans et plus à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion :**

- qui sollicitent un prêt inférieur, égal ou supérieur à **80 000 euros**, peuvent être admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

#### **Formalités particulières**

Pour les prêts supérieurs à 300 000 euros : l'acceptation dans l'assurance est soumise à un Questionnaire de Santé et, selon l'âge, à la production d'analyses biologiques et d'exams médicaux.

#### **Règle générale**

Le souscripteur met à la disposition de l'emprunteur qui le souhaite, une enveloppe qui permet l'envoi du Questionnaire de Santé au médecin conseil de l'apériteur sous couvert du secret médical.

Sur cette enveloppe, sont mentionnées les informations suivantes : **CONFIDENTIEL – SECRET MÉDICAL - CNP ASSURANCES - Médecin Conseil de CNP Assurances - Service Médical d'Assurances - TSA 77163 - 75716 PARIS Cedex 15.**

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété à la demande de l'apériteur, par une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'apériteur et à ses frais, avec production d'analyses médicales biologiques et d'exams médicaux de laboratoire. Le candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.

**Le Questionnaire de Santé dûment complété et signé par le candidat à l'assurance est valable trois mois à compter de sa date de signature.**

Si l'apériteur ne l'a pas reçu dans ce délai, le candidat à l'assurance doit remplir un nouveau Questionnaire de Santé.

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

**Si une évolution de l'état de santé de l'emprunteur survient avant la date de conclusion de l'adhésion et modifie les réponses portées sur le Questionnaire de Santé signé lors de la demande d'adhésion, l'emprunteur est tenu d'en informer l'apériteur par l'intermédiaire du souscripteur.**

## ARTICLE 8

### FAUSSE DÉCLARATION

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

## ARTICLE 9

### DÉCISION DE L'APÉRITEUR

Au terme de l'examen des formalités d'adhésion, l'apériteur peut :

**Accepter la demande d'adhésion.** Cette acceptation peut être donnée :

- **Aux conditions normales** : elle vaut pour tous les risques couverts dans les limites du présent contrat. Dans ce cas, la décision est notifiée au souscripteur à charge pour lui d'en informer le candidat à l'assurance.
- **Avec exclusion totale de garantie** : l'apériteur notifie l'exclusion de garantie au candidat à l'assurance par l'envoi en double exemplaire, des conditions particulières d'assurance. L'emprunteur doit adresser au souscripteur un des exemplaires signé pour accord.
- **Avec exclusion partielle** : l'apériteur adresse au candidat à l'assurance dans un même envoi :
  - un courrier composé de deux documents à conserver par le candidat à l'assurance, l'un comportant la mention « avec réserve » et le second précisant le détail des restrictions signé par le médecin conseil de CNP Assurances ;
  - si le candidat à l'assurance accepte les conditions particulières d'assurance, il transmet directement au souscripteur le courrier comportant la mention « avec réserve » daté et signé dans l'encadré prévu à cet effet.



**Ajourner sa décision.** Dans ce cas, l'emprunteur n'est pas assuré mais peut présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui est indiqué.

**Refuser la demande d'adhésion.** Une telle décision déclenche automatiquement une étude sur les conditions d'assurance possibles dans un dispositif de deuxième ou de troisième niveau conformément aux dispositions de la convention AERAS (« s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé »). Sur le courrier de notification de la décision de l'apériteur, sont indiquées les coordonnées de la Commission de médiation AERAS et la possibilité pour l'emprunteur de prendre contact par courrier avec le médecin de l'apériteur, soit directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine de la décision de l'assurance.

**La décision émise par l'apériteur est valable 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'assurance. Passé ce délai, elle devient caduque.**

**Toute contestation est recevable dans un délai de 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'assurance. Si, avant ce délai, la prise d'effet de l'assurance n'est pas intervenue ou si l'offre de prêt devient caduque, les formalités d'adhésion doivent être renouvelées.**

## ARTICLE 10

### DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

#### 10.1 – Date de conclusion de l'adhésion

Si l'acceptation est donnée sans exclusion sur production d'une Déclaration d'Etat de Santé ou sur production d'un Questionnaire de Santé, l'adhésion est conclue le jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

Si l'acceptation est donnée avec exclusion totale de garantie ou avec exclusion partielle, l'adhésion est conclue le jour de la date de signature par l'emprunteur de la notification des conditions particulières d'assurance.

#### 10.2 – Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt garanti mentionnée sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 12 de la présente notice.

Par ailleurs, l'assuré dispose d'une faculté annuelle de résiliation, sous réserve d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception au souscripteur au moins deux mois avant la date d'échéance (date anniversaire de l'adhésion). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle. **Cette résiliation peut, le cas échéant, avoir des conséquences sur l'offre de prêt de l'assuré.**

Conformément aux articles L. 312-9 du code de la consommation et de l'article L. 113-12-2 du code des assurances, l'assuré dispose d'une faculté de substitution et de résiliation du présent contrat d'assurance dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'assuré notifie au souscripteur sa demande de résiliation par courrier recommandé au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois.

La demande de substitution s'effectue auprès du prêteur selon les modalités qui sont fixées dans l'offre de prêt.

Ensuite, l'assuré notifie par lettre recommandée la décision du prêteur au souscripteur. En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- soit 10 jours après réception de la décision du prêteur par le souscripteur,
- soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

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

## ARTICLE 11

### DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

- à la date de conclusion de l'adhésion,
- à la date du jour de la dernière acceptation de l'offre de prêt.

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 date de conclusion de l'adhésion.

## ARTICLE 12

### CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque assuré :

- **au terme contractuel du prêt garanti quelle qu'en soit la cause,**
  - **en cas de non-paiement de prime selon les modalités prévues à l'article 21,**
  - **pour la caution personne physique assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord de l'organisme prêteur,**
  - **à la date de remboursement anticipé total du prêt,**
  - **à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,**
  - **au jour du versement de la prestation en cas de Décès ou de PTIA,**
  - **au jour de la réception par le souscripteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 13,**
  - **au jour de la prise d'effet de la résiliation de l'assurance par l'assuré et ce, dans les conditions fixées à l'article 10.2,**
  - **en cas de substitution, et ce, dans les conditions fixées à l'article 10.2,**
  - **au jour de la réception par le souscripteur, de la lettre de l'assuré informant de sa renonciation à la réalisation de l'opération immobilière.**
- L'intégralité des primes payées depuis la prise d'effet des garanties est remboursée.

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

- **Pour la garantie Décès : à l'échéance de prime mensuelle qui suit la date du 68ème anniversaire de l'assuré,**
- **Pour la garantie PTIA : à l'échéance de prime mensuelle qui suit la date du 65ème anniversaire de l'assuré sans entraîner de modification du montant des primes,**
- **Trois ans après la date de versement des fonds.**

## ARTICLE 13

## DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE

La signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion ou la signature par l'emprunteur de la notification des conditions d'acceptation par l'apériteur 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 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, l'assuré peut renoncer à son adhésion au contrat dans **les quatorze jours calendaires** révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.1 de la présente notice.

#### - Si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un adhérent, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat. En vertu de l'article L. 112-9 alinéa 1er du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins que 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 **quatorze jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 10.1 de la présente notice, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

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

### b) Modalités de la renonciation

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée au souscripteur à l'adresse suivante : Mutuelle ou Organisme (adresse du souscripteur) - Service des adhésions (...).

Elle peut être faite selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e), M. Mme. Mlle (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 7372 N que j'ai signée le...à... (Lieu d'adhésion).  
Le... (Date et signature). »

### c) Effets de la renonciation

Le souscripteur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de **30 jours calendaires** à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. 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 ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le souscripteur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

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

L'assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

## ARTICLE 14

## TERRITORIALITÉ

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

**La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) doit être constatée en France (France métropolitaine, Départements, Territoires et Pays d'Outre Mer), quel que soit le lieu de survenance du sinistre.**

Les prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont calculées selon la quotité assurée sur la base du capital restant dû figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou sur l'échéancier établi par l'organisme prêteur, arrêté au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'assuré par l'apériteur sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'apériteur sur le sol français restent à la charge de l'assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'apériteur sont à la charge de ce dernier.

## ARTICLE 15

## BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'organisme prêteur ou, le cas échéant l'organisme qui a accordé sa caution, est le bénéficiaire exclusif des prestations dues par l'apériteur.

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont réglées jusqu'à concurrence des sommes restant dues selon le tableau d'amortissement ou de l'attestation de l'organisme prêteur.

Les prestations sont versées directement au souscripteur à charge pour lui de les reverser à qui de droit.

Le souscripteur informe l'assuré ou ses ayants droit du versement des prestations à l'organisme prêteur ou à l'organisme de caution.

Les prestations sont garanties à hauteur de la quotité assurée.

## ARTICLE 16

## DÉFINITION DES GARANTIES ET MONTANT DES PRÉSTATIONS

### 16.1 – En cas de décès

En cas de décès d'un assuré survenant en cours d'assurance et avant la fin du mois qui suit son 68<sup>ème</sup> anniversaire, l'apériteur garantit sous réserve des risques exclus figurant à l'article 17 :

soit le paiement en une seule fois des sommes dues par l'assuré au jour du sinistre, d'après le tableau d'amortissement du prêt en cours à la date de sinistre ou de l'attestation de l'organisme prêteur (à l'exclusion de toutes échéances arriérées), augmentées des intérêts éventuellement dus,

soit le paiement du capital initial selon la quotité assurée, si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement.

### **Limite des obligations de l'apérateur**

Les prestations servies par l'apérateur sont limitées :

Au montant maximum garanti visé à l'article 3, que l'assurance repose sur une tête ou deux têtes : Quand cette limite joue, la dégressivité incluse dans le tableau d'amortissement du total du capital emprunté s'applique au montant maximum pouvant être garanti au jour de la conclusion de l'adhésion, de façon telle qu'en cas de décès, les sommes prises en charge par l'apérateur et rapportées au total des sommes encore dues à la date du sinistre, demeurent dans la même proportion que le total des sommes plafonnées au moment de la conclusion de l'adhésion par rapport au total de la dette de l'emprunteur.

Lorsque l'assurance repose sur deux têtes : Les prestations de l'apérateur sont déterminées selon la quotité assurée. Lorsque deux assurés sont garantis au titre d'un ou plusieurs prêts tels que définis à l'article 4, les prestations de l'apérateur ne seront en aucun cas supérieures au montant dû au titre du (des) prêt(s) garanti(s) et figurant sur le tableau d'amortissement ou sur l'attestation de l'organisme prêteur.

### **16.2 – En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont calculées selon les mêmes principes que ceux de la garantie Décès.

**Un assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsque les trois conditions suivantes sont remplies simultanément :**

1. l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée pouvant lui procurer gain ou profit,
2. l'invalidité dont il est atteint le met dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, s'habiller, se laver),
3. la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnue par l'apérateur doit être survenue avant la fin du mois qui suit son 65<sup>ème</sup> anniversaire.

La détermination de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'effectue en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées. L'apérateur se réserve le droit de faire effectuer un contrôle médical tel que prévu à l'article 19.1 de la présente notice, pour apprécier la réalisation du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

**Délai d'attente : la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dont la date de survenance reconnue par l'apérateur se situe au cours des 365 jours suivant la prise d'effet des garanties, n'est pas couverte quelle que soit sa durée, sauf lorsqu'elle résulte d'un accident tel que défini ci-après et survenant durant cette même période.**

**L'accident s'entend de toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant directement et exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombe à l'assuré ou à ses ayants droit. Elle doivent être communiquées à l'apérateur.**

## **ARTICLE 17**

### **RISQUES EXCLUS**

Sont exclus du présent contrat et n'entraîne aucun paiement à la charge de l'apérateur :

#### **17.1 – Pour les deux garanties**

- Le suicide de l'assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale de l'assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
  - les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires),
  - les conséquences de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante (\*),
  - les conséquences de faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrection, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active (\*),
  - les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome (\*\*),
  - les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou licence valide,
  - les conséquences de vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parachute ascensionnel et parapente (\*),
- (\*) Cette exclusion ne s'applique pas aux militaires et aux policiers dans l'exercice de leur profession,  
(\*\*) Cette exclusion ne s'applique pas aux sapeurs-pompiers non militaires dans l'exercice de leur profession.

#### **17.2 – Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

Outre les exclusions prévues ci-dessus, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie n'est pas garantie si elle résulte :

- d'une tentative de suicide.

## **ARTICLE 18**

### **FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE SINISTRES**

La demande de prise en charge doit se faire auprès du souscripteur. Les frais liés à l'obtention et à l'envoi des pièces justificatives sont à la charge de l'assuré ou de ses ayants droit. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'apérateur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

**Pour demander le bénéfice des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'assuré caution personne physique de l'emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois mois au moins à la date de survenance du sinistre médicalement reconnu par l'apérateur et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge. Par conséquent, outre les pièces justificatives demandées, une copie du document justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement amiable ou judiciaire engagée à son encontre depuis trois mois au moins à la date du sinistre doit être transmise.**

#### **18.1 – En cas de décès de l'assuré**

Il revient aux ayants droit de l'assuré de fournir au souscripteur dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement du (des) prêt(s) en cours à la date de sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré,
- un extrait d'acte de décès original,
- un certificat médical original indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle et s'il est dû non aux risques exclus définis à l'article 17.

## 18.2 – En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Il revient à l'assuré ou à ses ayants droit de fournir au souscripteur dans un délai de **six mois (\*\*\*)** à compter de la date de survenance de la PTIA, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une copie de la décision d'acceptation aux conditions normales prise par l'apéríteur ou la copie des conditions particulières d'assurance acceptées par l'assuré en cas d'acceptation avec exclusion totale de garantie ou d'acceptation avec exclusion partielle,
- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement du (des) prêt(s) en cours à la date du sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré,
- toutes pièces que la situation particulière de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie rend nécessaire pour l'examen de la demande notamment :
  - une Attestation Médicale d'Incapacité/Invalidité (document CNP Assurances) complétée et signée par l'assuré et son médecin et valant certificat médical. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical.
  - **dans tous les cas** : un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que l'invalidité dont est atteint l'assuré le place dans l'impossibilité de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et le met dans l'obligation de recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer) ;  
Ce certificat devra préciser le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident qui en est la cause,
- **si l'assuré concerné relève d'un régime d'Assurance Maladie** : joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution de pension d'invalidité majorée pour tierce personne délivré par ledit régime. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'apéríteur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.
- **si l'assuré concerné est fonctionnaire** : joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.

**En sus des justificatifs prévus ci-dessus à remettre, l'apéríteur peut indiquer aux ayants droit, d'autres pièces justificatives qui peuvent être fournies et ce, afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du code civil.**

**Lorsque la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survient dans les 365 premiers jours de la prise d'effet des garanties, il est nécessaire de joindre aux justificatifs ci-dessus, une déclaration détaillée des circonstances de l'accident (procès-verbal de police, de gendarmerie, coupure de presse, témoignage).**

**(\*\*\*) A défaut de présentation des pièces ci-dessus dans un délai de six mois suivant la survenance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, la date de survenance retenue par l'apéríteur sera au plus tôt celle de la réception des pièces décrites ci-dessus par l'apéríteur.**

## ARTICLE 19

## CONTRÔLE MÉDICAL ET RECOURS

### 19.1 – Contrôle médical

La production des justificatifs définis à l'article 18.2 est indispensable mais parfois insuffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'apéríteur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'assuré à la demande de l'apéríteur 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 (PTIA) tel que défini à l'article 16.2 de la présente notice. L'assuré peut se faire assister du médecin de son choix.

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

En cas de refus, l'apéríteur notifie sa décision au souscripteur, à charge pour lui d'en informer l'assuré.

Si après un contrôle, la décision de l'apéríteur est contestée par l'assuré, une procédure de conciliation peut être demandée par l'assuré selon les modalités prévues à l'article 19.2.

### 19.2 – Conciliation

L'assuré qui conteste la décision de l'apéríteur 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'apéríteur lui est 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'apéríteur, accompagné d'un certificat médical demandé dans ce document, ou à défaut, dans ce même délai, faire parvenir à l'apéríteur :

- 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'apéríteur 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.

### 19.3 – Tierce Expertise

L'apéríteur 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.

Les frais et honoraires du médecin-expert sont à la charge de la partie perdante, l'assuré en faisant l'avance.

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

## ARTICLE 20

## TAUX DE PRIME – PAIEMENT DE LA PRIME

### 20.1 – Taux de prime

Le montant de la prime est calculé en fonction d'un taux annuel appliqué au capital initial assuré en tenant compte de la quotité assurée et défini selon l'âge de l'assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion. Les taux annuels de prime sont indiqués à l'annexe tarifaire.

L'âge retenu pour le calcul de la prime est celui de l'assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion. La prime reste inchangée jusqu'à la fin du prêt.

## 20.2 – Paiement de la prime

**Le paiement de la prime est dû à partir de la date de prise d'effet des garanties.**

Le paiement de la prime peut être notamment effectué directement par prélèvement sur un compte bancaire ouvert au nom de l'assuré, auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

Le souscripteur procède à ces prélèvements.

La prime reste exigible en cas de cessation de la garantie PTIA ainsi qu'en cas de refus de prise en charge d'un sinistre par l'apéríteur. Le taux de prime a été nivelé sur la durée du prêt ; par conséquent, la cessation de la garantie PTIA n'a pas d'incidence sur le montant de la prime.

**L'assuré est tenu d'informer le souscripteur en cas de remboursement total ou partiel du prêt.**

En cas de remboursement partiel d'un prêt, le montant du capital assuré est égal au nouveau montant du prêt, la quotité assurée restant inchangée.

Dans ce cas, la décision d'assurance émise par l'apéríteur lors de la demande initiale d'adhésion au contrat pour couvrir le prêt concerné par ce remboursement anticipé partiel est maintenue.

**Le remboursement anticipé total du prêt, volontaire ou forcé, met immédiatement fin aux garanties pour toutes les personnes assurées au titre du prêt garanti.**

## 20.3 – Modalités de paiement de la prime

Les primes dues par l'assuré sont annuelles, payables d'avance par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, et selon la date de pris d'effet des garanties :

- si les garanties prennent effet entre le 1<sup>er</sup> et le 15 du mois, la prime est alors appelée le 1<sup>er</sup> jour du mois en cours,
- si les garanties prennent effet entre le 16 et la fin du mois, la prime est alors appelée le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.

## ARTICLE 21

### DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA PRIME

**L'assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes jusqu'à la date de cessation des garanties. Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'a pas pu être prélevée dans un délai minimum de 10 jours à compter de son échéance, ou si l'assuré qui a exercé le droit à remboursement de son prélèvement n'a pas régularisé le paiement de sa prime ou fraction de prime, le souscripteur adresse une lettre recommandée de mise en demeure à l'assuré, conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances ; cette lettre recommandée est envoyée par le souscripteur dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.**

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

Le règlement des primes est indépendant du recouvrement que le souscripteur doit faire auprès des assurés.

## ARTICLE 22

### NOTICE D'INFORMATION

**Le souscripteur est tenu :**

- de remettre aux assurés, l'exemplaire du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion qui leur est destiné, accompagné de la notice d'information dont la rédaction incombe à l'apéríteur. Elle définit les modalités d'entrée en vigueur, le champ d'application des garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- d'informer par écrit, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur, les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations sur la base d'une nouvelle notice dont la rédaction incombe à l'apéríteur.

## ARTICLE 23

### PRESCRIPTION

En vertu de l'article L. 114-1 du code des assurances, toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui lui 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 apéríteur 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré, ce délai est porté à dix (10) ans à compter de sa connaissance du décès. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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'apéríteur à l'assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'apéríteur en ce qui concerne le règlement des prestations.

## ARTICLE 24

### RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

- **pour toute réclamation relative à la décision d'adhésion** de l'assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à : **CNP Assurances – Service souscription – Réexamens – TSA 57161 – 4 place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.**
- **pour tout renseignement relatif à un sinistre**, l'assuré ou ses ayants droit (peut) peuvent s'adresser à : **CNP Assurances – Université de gestion sinistres M243 – TSA 67162 – 4, place Raoul Dautry 75016 PARIS CEDEX 15**
- **pour toute réclamation relative à un sinistre**, l'assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à : **CNP Assurances – Unité réclamations M221 – TSA 81566 – 4 Place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.**

- En cas de désaccord avec une décision de l'apériteur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'assuré ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser au Médiateur la FFSA à l'adresse suivante : **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.**

## ARTICLE 25

### INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique, fichiers 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, aux coassureurs, responsables du traitement, au souscripteur 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.

## ARTICLE 26

### LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les coassureurs et l'assuré sont régies par le droit français. Les coassureurs et le souscripteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

## ARTICLE 27

### COÛT INHÉRENT AU MODE DE COMMERCIALISATION

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'apériteur et de ses partenaires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) emprunteur(s) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

## ARTICLE 28

### FONDS DE GARANTIE

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 L. 423-1 du code des assurances). Et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

## ARTICLE 29

### AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61 rue Tailbout 75436 PARIS CEDEX 09.

MFPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13

Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

CNP IAM | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88

Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré | 383 024 189 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

**ANNEXE TARIFAIRE**  
**AU CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS N° 7372 N**  
**AU 1<sup>er</sup> JUILLET 2015**

TAUX DE PRIMES

Le montant de la prime est calculé en fonction d'un taux appliqué au capital initial assuré en tenant compte de la quotité assurée et défini selon l'âge de l'assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.

Âge de l'assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion	Taux annuel en % du capital initial assuré
< 35 ans	0,12 %
de 35 ans à ≤ 49 ans	0,23 %
de 50 ans à < 65 ans	0,37 %