



Notice d'information



SOMMAIRE

NOTE D'INFORMATION	5
NOTICE D'INFORMATION	7
LEXIQUE	8
CNP PROTECT	11
1. OBJET DU CONTRAT	11
2. RECAPITULATIF DES GARANTIES ET DES OPTIONS	11
COMMENT S'ASSURER	12
3. PERSONNES ASSURABLES	12
4. PRETS ASSURABLES	12
5. FORMALITES D'ADHESION	12
6. DECISION DE L'ASSUREUR ET DU CANDIDAT A L'ASSURANCE	13
QUE GARANTIT VOTRE ADHESION ?	14
7. LES GARANTIES OBLIGATOIRES	14
7.1. LA GARANTIE DECES	14
7.2. LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	14
8. LES GARANTIES FACULTATIVES	14
8.1. LES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)	15
8.1.1 LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)	15
8.1.2 LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)	16
8.3 LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)	17
8.4 LA GARANTIE INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE MÉDICALE (IPM)	18
8.4 LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (IS) AERAS	19
8.5 LA GARANTIE EXONÉRATION	19
9. LES OPTIONS D'EXTENSION DE GARANTIE	19
9.1 OPTIONS ZEN ET ZEN+	19
9.2 OPTION CONFORT	20
9.3 OPTION SENIOR	20
9.4 GARANTIE SPORT PROFESSIONNEL	20
CE QUE NE GARANTIT PAS VOTRE ADHESION	21
10. EXCLUSIONS DE GARANTIE	21
LA VIE DE VOTRE ADHESION	22
11. DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION	22
12. DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES	22
13. CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES	22
14. FACULTE DE RESILIATION	23
15. FACULTE DE RENONCIATION	23
15.1 DELAI POUR EXERCER LA FACULTE DE RENONCIATION	23
15.2 MODALITES DE RENONCIATION	23
15.3 EFFETS DE LA RENONCIATION	24
16. TERRITORIALITE	24
17. LA MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES	24
17.1 LISTE DES JUSTIFICATIFS A FOURNIR	24
17.2 CONTROLE MEDICAL	26
17.3 TIERCE EXPERTISE	26

18. BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS	26
LES COTISATIONS	27
19. LE CALCUL DES COTISATIONS	27
20. LE PAIEMENT DES COTISATIONS	27
21. LES CONSEQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	27
INFORMATIONS GENERALES	28
22. CHANGEMENT DE SITUATION	28
23. MODIFICATION DU PRÊT SANS CHANGEMENT D'ORGANISME PRÊTEUR	28
24. FACULTE OFFERTE PAR LE CONTRAT EN CAS DE CHANGEMENT D'ORGANISME PRETEUR	28
25. DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE	28
26. PRESCRIPTION	28
27. RECLAMATION	28
28. INFORMATIQUE ET LIBERTES	29
29. AUTORITE DE CONTROLE	29
30. LOI APPLICABLE	29
31. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	29
32. OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE	30
33. ADHESION A L'ASSOCIATION « LE COLLEGE DES ASSURES »	30
33.1 OBJET	30
33.2 ADHESION	30
33.3 COTISATION	30



NOTE D'INFORMATION

relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°3007T

Cette note d'information concerne les Candidats à l'assurance âgés entre 66 ans et moins de 85 ans. Dans ce cas, ils sont assurés uniquement pour le risque Décès.

Entreprises contractantes :

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 - Entreprise régie par le code des assurances.

Association « Le Collège des Assurés » - Association régie par la loi de 1901 – 38, rue de la Condamine – 75017 Paris – APE : 9499Z – SIRET : 80308779000017.

1 - Nom commercial du contrat

Contrat d'assurance en couverture de prêts CNP PROTECT n° 3007T.

2 – Caractéristiques du contrat

2.1 Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance CNP PROTECT n° 3007T comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital des prêts assurables au titre du présent contrat en cas de survenance du risque décès intervenant avant votre 90^{ème} anniversaire.

2.2 Durée du contrat

Durée du contrat d'assurance de groupe conclu entre l'Association "Le Collège des Assurés" et CNP Assurances

Le contrat d'assurance de groupe n° 3007T 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 ou des prêts mentionnés dans le bulletin d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 13 de la notice d'information.

2.3 Modalités de versement des cotisations

L'Adhérent s'engage à payer les cotisations, calculées selon le choix qu'il a effectué au moment de l'adhésion :

- Cotisations variables : le montant des cotisations varie chaque année en fonction de votre âge et du capital restant dû ;
- Cotisations constantes : le montant des cotisations reste fixe pendant toute la durée de l'adhésion. Le choix de la prime constante est réservé aux prêts amortissables, à mensualités constantes, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts à paliers.

La cotisation est calculée notamment sur la base du montant du prêt garanti, de la durée de l'emprunt ou de l'acte de cautionnement, de l'âge de l'Assuré, de sa situation de santé, des risques déclarés, de la quotité assurée et de la formule d'assurance choisie.

Concernant les contrats de crédit-bail, outre la situation et les garanties choisies, la cotisation est calculée sur le cumul de l'ensemble des loyers restant dus toutes taxes comprises auquel on ajoute la valeur résiduelle du bien toutes taxes comprises.

La cotisation est exigible dès la prise d'effet de la garantie et peut être prélevée par le Gestionnaire sur un compte ouvert au nom de l'Adhérent auprès d'un établissement bancaire situé en France.

L'Adhérent est tenu au paiement de l'intégralité de ses cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. En cas de non-paiement des cotisations, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. À défaut de

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

2.4 Délais et modalités de renonciation au contrat

L'Adhérent 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 11 de la notice d'information.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse du Gestionnaire selon le modèle suivant :

«Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance en couverture de prêts CNP PROTECT n° 3007T que j'ai signé le ...à (lieu d'adhésion)....

Fait à....., le

La renonciation est effective à la date de réception par le Gestionnaire de la lettre de renonciation en recommandé avec AR. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé.

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la cotisation éventuellement versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

2.5 Formalités à remplir en cas de sinistre

Il revient aux ayants-droit de l'Assuré de fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès soit en ligne via l'espace client, soit par voie postale à l'adresse suivante : CNP Assurances – Département relations clients Emprunteurs – TSA 67162 – 75716 PARIS CEDEX 15:

- un bulletin de décès ou un acte de décès original mentionnant la date de naissance de l'Assuré,
- l'attestation de décès (imprimé fourni par l'Assureur) à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès,
- le certificat d'assurance,
- le tableau d'amortissement, ou l'échéancier du prêt ou du crédit-bail en vigueur au jour du sinistre,
- une copie du contrat de prêt ou de crédit-bail.

En cas de décès accidentel, les ayants droit de l'Assuré devront fournir par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse.

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

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

2.6 Informations sur les cotisations relatives aux garanties principales et complémentaires

En cas de remboursement anticipé partiel, la nouvelle assiette de cotisation est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

En cas de renouvellement des formalités d'adhésion consécutive à une modification des conditions d'origine d'un prêt déjà couvert, le taux annuel de cotisation applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement (ce taux peut être inférieur au taux initial) ; et la cotisation est calculée sur le montant du nouveau capital assuré.

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

2.7 Indications générales relatives au régime fiscal

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 ou ses ayants droits peuvent, pendant la durée de la validité de la

décision d'acceptation, s'adresser à CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs – Services Souscriptions - TSA 57161 - 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, les ayants droits de l'Assuré peuvent s'adresser à CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs – Unité 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, les ayants droit de l'Assuré pourront saisir à la Médiation de l'Assurance soit par courrier postal adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 soit directement sur : www.mediation-assurance.org.

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.

4 – Consultation du rapport sur la solvabilité et la situation financière de l'Assureur

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) du groupe CNP Assurances est consultable sur son site internet : <http://www.cnp.fr/Analyste-investisseur>



NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE

Le contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts CNP PROTECT n° 3007T est souscrit par l'Association "Le Collège des Assurés", dénommé le Souscripteur, auprès de CNP Assurances, dénommée l'Assureur.
Ce contrat est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation française en vigueur.
Ce contrat relève des branches 1,2 et 20 de l'article R.321-1 du code des assurances.

INFORMATION PRECONTRACTUELLE SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE (VAD)

Ce que vous devez savoir avant de vous engager :

- Le présent contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts CNP PROTECT n° 3007T est souscrit par l'Association « Le Collège des Assurés » - association Loi 1901 – siège social : 38, rue de la Condamine – 75017 Paris, auprès de CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - RCS Paris 341 737 062 - siège social : 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15 - Entreprise régie par le code des assurances.

Les coordonnées du distributeur du contrat d'assurance et son numéro ORIAS sont indiqués dans le certificat d'adhésion remis par celui-ci.

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

- Les modalités de calcul des cotisations d'assurance sont indiquées à l'article 19 « Le calcul des cotisations » de la présente notice.

- La durée de l'adhésion est fixée aux articles 11 « Date de conclusion et durée de l'adhésion » et 13 « Cessation de l'adhésion et des garanties » de la présente notice. Les garanties sont mentionnées aux articles 7 « Les garanties obligatoires », 8 « Les garanties facultatives » et 9 « Les options d'extension de garantie ».

Les exclusions au contrat 3007T sont mentionnées à l'article 10 « Exclusions de garantie » de la présente notice.

- L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à l'émission du certificat d'assurance. Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 11 « Date de conclusion et durée de l'adhésion » et 12 « Date de prise d'effet des garanties » de la présente notice.

L'adhésion au contrat 3007T s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 5 « Formalités d'adhésion » et 6 « Décision de l'Assureur et du Candidat à l'assurance » de la présente notice.

Les modalités de paiement des cotisations d'assurance sont indiquées à l'article 20 « Le paiement des cotisations » de la présente notice.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée - coûts des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires, des connexions Internet, des frais d'impression et d'envois postaux par l'Emprunteur sont à la charge de ce dernier et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

- Il existe un droit à renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation, sont prévues à l'article 15 « Faculté de renonciation » de la présente notice.

En contrepartie de la prise d'effet immédiate à la date de conclusion de l'adhésion pour les garanties autres que la garantie Décès Temporaire Accident, le Candidat à l'assurance doit acquitter un premier versement de cotisation. La garantie Décès Temporaire Accident prend effet à la date de signature de la demande d'adhésion, et ce sans contrepartie financière.

- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assuré et l'Assureur sont régis par le droit français. L'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion.

- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 27 « Réclamation » de la présente notice.

Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n°99-532 du 25/06/99 - article L. 423-1 du code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

- Le Document d'information sur le produit d'assurance vous a été remis en même temps que la présente Notice d'Information, et de la Note d'information.



LEXIQUE

A

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

Actes ordinaires de la vie courante : s'habiller, se laver, s'alimenter, se déplacer.

Adhérent : personne physique ou morale qui paie les cotisations et qui est le client de l'Assureur. Il peut s'agir soit de l'Entreprise adhérente soit de l'Assuré lorsque ce dernier ne porte pas le risque pour l'Entreprise adhérente.

Affections psychiatriques : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation.

Affections du dos : atteinte discale, vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale.

Assistance d'une tierce personne : activité qui consiste à effectuer de façon constante et à la place de la personne dépendante, les actes ordinaires de la vie courante (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer).

Assuré : tout Candidat à l'assurance dont au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet. L'Assuré est désigné par Vous dans la notice d'information.

Assureur : Personne morale qui s'engage, moyennant le paiement des Cotisations et conformément aux conditions prévues par le Contrat d'assurance, à garantir les conséquences des risques couverts par le Contrat.
Dans le présent Contrat, l'Assureur est CNP Assurances.

B

Bénéficiaire : il s'agit de l'Organisme prêteur

C

Candidat à l'assurance : toute personne physique sollicitant une couverture d'assurance. Cette demande de couverture est soumise à l'acceptation de l'Assureur. Il s'agit de l'Adhérent et, si c'est une personne différente, de l'Assuré.

Capital assuré : montant du prêt qui peut faire l'objet d'une garantie. Il s'agit du Capital initial multiplié par la Quotité.

Capital initial : montant emprunté au jour de la souscription du contrat de prêt.

Capital restant dû : montant total du prêt (ou somme des échéances) dont l'Adhérent est redevable, en tant qu'Emprunteur, à une date donnée.

Caution : personne qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'Emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir. Pour pouvoir prétendre à la prise en charge, la Caution doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou

judiciaire depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre.

Certificat d'assurance : document indiquant les conditions dans lesquelles l'Assureur a accepté l'Assuré. Ce document complète et personnalise la notice d'information.

CoEmprunteur : personne qui signe, avec d'autres Emprunteurs, un même crédit. Chaque CoEmprunteur est responsable des remboursements de prêts : en cas d'impayé, la banque peut se retourner contre chacun des CoEmprunteurs.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

Convention AERAS : convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

Cotisations : versement périodique effectué à l'Assureur pendant toute la durée de l'adhésion au contrat d'assurance, en contrepartie des garanties accordées. Les cotisations sont réglées par l'Adhérent.

Crédit-bail : contrat de location d'une durée déterminée entre une entreprise et un établissement de crédit, avec une promesse de vente à l'échéance du contrat de location. Il est précisé, à titre purement informatif, qu'en principe, le bien est mis à la disposition de l'utilisateur, moyennant loyers, sans qu'il en soit propriétaire, et qu'en principe, ce dernier le devient s'il décide de racheter le bien à un prix fixé à l'avance par le contrat de crédit-bail ; sinon, il restitue le matériel ou négocie une prolongation du crédit-bail.

E

Emprunteur : personne physique ou morale qui demande et obtient d'un Organisme prêteur une somme d'argent à rembourser, moyennant intérêts et frais.

Entreprise adhérente : personne morale ayant souscrit le ou les prêts auprès de l'Organisme prêteur. L'Entreprise adhérente désigne un Candidat à l'assurance sur lequel pèse le risque assuré.

F

Fait intentionnel : fait commis volontairement pour provoquer un Sinistre.

Franchise : période à expiration de laquelle intervient la réalisation du risque et durant laquelle, après survenance d'un sinistre, les prestations ne sont pas dues.

La période de franchise peut être de 30, 60, 90 ou 180 jours selon votre choix réalisé au moment de votre adhésion.

G

Gestionnaire : Organisme qui gère le contrat d'assurance. Dans le présent contrat, le gestionnaire est BPSIs.

I

Inactif : situation lorsque l'Assuré n'est ni en emploi, ni en recherche d'emploi (chômage). Par exemple : personnes au foyer,

investisseur vivant des revenus de ses investissements....
Les retraités ne sont pas considérés comme des inactifs.

Incapacité temporaire totale (ITT) : l'Assuré est en état d'ITT reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat :

- dans le cas où il exerce une activité professionnelle ou est en Recherche d'emploi au jour du sinistre, il se trouve dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ou dans l'impossibilité reconnue médicalement d'effectuer une recherche d'emploi s'il est privé de son emploi suite à une rupture de son contrat de travail;

ou

- dans le cas où il n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre, il est contraint d'observer, sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles non-professionnelles.

L'incapacité doit être temporaire, totale et reconnue par l'Assureur. Elle doit persister au-delà du délai de franchise choisi lors de l'adhésion.

Invalidité professionnelle médicale (IPM) : état reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat, l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer la profession occupée au jour du sinistre, en fonction des conditions normales d'exercice de sa profession et de ses possibilités restantes de l'exercer après prise en compte des aides techniques disponibles. Cette garantie est réservée aux Assurés exerçant, en France, à l'adhésion, la profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien(ne), de kinésithérapeute, d'infirmier(ère) ou de vétérinaire.

Invalidité permanente partielle (IPP) : état reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat, et après consolidation de son état de santé, l'Assuré présente un taux d'invalidité supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 %, selon les dispositions de la présente notice.

Invalidité permanente totale (IPT) : état reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis par le contrat, et après consolidation de son état de santé, l'Assuré présente un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 %, selon les dispositions de la présente notice.

N

Non-Fumeur : l'Assuré est considéré comme non-fumeur s'il déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigarettes électroniques contenant de la nicotine, cigares ou pipes, même occasionnellement au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et/ou ne pas avoir été contraint de cesser de fumer à la demande expresse du corps médical.

O

Organisme prêteur : personne morale qui prête le montant à assurer. Dans le présent contrat, il s'agit d'une banque.

P

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : état reconnu par l'Assureur si, à la suite d'un accident ou d'une maladie constatée médicalement, l'Assuré est définitivement dans l'impossibilité totale de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit et s'il est définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie courante (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

Prestation : prise en charge par l'Assureur du remboursement du Capital ou de (des) l'échéance(s) ou loyers, dans la limite de la Quotité assurée à la date du Sinistre.

Prêt immobilier amortissable : prêt immobilier dont le capital et les intérêts sont remboursés par échéances, en général mensuelles.

Prêt in fine : prêt dont le capital est remboursé à la fin du contrat d'emprunt. Seuls les intérêts sont payés par échéances périodiques.

Prêt relais : prêt de courte durée permettant à l'Emprunteur d'acheter un nouveau logement en attendant la vente de son ancien logement. Les intérêts sont payés par échéances périodiques ou avec le capital en fin de contrat.

Profession médicale : profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien(ne), de kinésithérapeute, d'infirmier(ère) ou de vétérinaire.

Q

Quotité assurée : part garantie du capital emprunté, exprimée en pourcentage. Il est précisé que la prise en charge par l'Assureur, en cas de sinistre, est proportionnelle à la quotité, dans les conditions prévues par la présente notice. Deux quotités peuvent être définies : une pour les garanties obligatoires et une pour les garanties facultatives. La quotité définie pour les garanties facultatives doit être inférieure ou égale à celle définie pour les garanties obligatoires.

Le montant assuré, proratisé par la quotité choisie, ne peut être supérieur à 100% du montant du prêt.

R

Recherche d'emploi : est considéré en recherche d'emploi l'Assuré percevant des allocations d'assurance chômage versées par Pôle emploi ou tout organisme assimilé conformément aux articles L.5421-1 et suivants du code du travail.

Rechute : Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un nouvel arrêt de travail, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve :

- que l'adhésion soit toujours en vigueur ;
- et que la période de reprise de travail ne soit pas supérieure à 60 jours.

Dans les cas contraires, il s'agira d'une nouvelle ITT qui débutera à la fin d'un nouveau délai de franchise sous réserve que l'adhésion soit toujours en vigueur.

S

Sinistre : événement qui est de nature à entraîner la mise en jeu des garanties.

Sports amateurs : les activités sportives pratiquées en amateur par l'Assuré au moment de la demande d'adhésion et qui ne font pas partie des sports à risques sont couverts quelle que soit la garantie.

Sports à risques :

- sports mécaniques : sports nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (terrestre, maritime, aérien) ;

- sports maritimes et de rivière : pratique de la voile à plus de 25 milles des côtes, plongée sous-marine (autre que la pratique à moins de 20 mètres de profondeur pour la plongée en bouteille et à moins de 10 mètres pour la plongée sans bouteille), canyoning, rafting;

- sports de spéléologie, de montagne et de glace: spéléologie (si elle nécessite un équipement spécial), sports de neige (autre que la pratique amateur sur piste du ski alpin ou de fond, du monoski et du surf), de glace (autre que la pratique amateur de patinage), de montagne ou d'alpinisme (dont varappe, escalade, randonnée en montagne nécessitant l'usage de cordes, piolets ou crampons) ; sports aériens non motorisés : deltaplane, parapente, parachutisme, montgolfière, planeur, vol à voile.

- Pour les garanties ITT/IPT/IPP/IPM, s'y ajoutent les sports équestres et de combat.

Souscripteur : personne morale ou chef d'entreprise qui conclut le Contrat d'assurance de groupe avec l'Assureur.

Dans le présent Contrat le Souscripteur est l'Association « le Collège des Assurés ».

Surprime : supplément de cotisation destiné à couvrir un risque plus important que celui couvert dans les conditions normales du contrat.

V

Valeur Crédit-bail : dans le cadre d'un crédit-bail, il s'agit du montant des loyers restant dus constaté à une date (jour du décès ou jour de reconnaissance de la PTIA ou de l'IPT ou de l'IPM (hors impayés), augmenté de la valeur résiduelle du bien. Il ne s'agit pas du capital restant dû du prêt.

Valeur résiduelle : prix, prédéfini dans un contrat de crédit-bail, que devra payer l'utilisateur du bien s'il veut l'acquérir à la fin du contrat de crédit-bail.

Vente à distance : Système de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance (Internet et téléphone notamment).



CNP PROTECT

1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts CNP PROTECT n° 3007T a pour objet de garantir l'Assuré, en tout ou partie, contre les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Invalidité Spécifique (IS) AERAS et Invalidité Professionnelle Médicale (IPM), tels que définis au lexique et aux articles 7 et 8 de la présente notice d'information.

2. RECAPITULATIF DES GARANTIES ET DES OPTIONS

Type de garanties	Conditions d'âge à l'adhésion	Conditions d'âge au moment de la prise en charge	Prestations pour les actifs au jour du sinistre (en fonction de la quotité assurée)	Prestations pour les inactifs au jour du sinistre (en fonction de la quotité assurée)
GARANTIES OBLIGATOIRES				
Décès	Plus de 18 ans et moins de 85 ans	Jusqu'à 90 ans	Versement du capital restant dû	Versement du capital restant dû
PTIA	Plus de 18 ans et moins de 65 ans	Jusqu'à 65 ans, extension jusqu'à 70 ans avec l'option SENIOR		
GARANTIES FACULTATIVES				
ITT(*)	Plus de 18 ans et moins de 65 ans	Jusqu'à 65 ans, extension jusqu'à 70 ans avec l'option SENIOR	Prise en charge des échéances de prêt jusqu'à 100% et jusqu'à 50% en cas de MTT pendant 6 mois maximum	Prise en charge des échéances du prêt jusqu'à 50% ou 100% avec l'option Confort
IPT(*)			Versement d'une rente ou du capital restant dû	-----
IPP(*)			Prise en charge des échéances du prêt selon le taux d'invalidité	-----
IPM			Versement du capital restant dû	-----
IS AERAS(*)			Prise en charge des échéances du prêt	-----
*Exonération : pendant la période de prise en charge des garanties ITT, IPT (versement d'une rente), IPP et IS AERAS, vous ne payez pas vos cotisations d'assurances				
LES OPTIONS D'EXTENSION DE GARANTIE				
ZEN	Condition d'âge à l'adhésion : Plus de 18 ans et moins de 65 ans	En complément des garanties ITT et/ou IPT jusqu'à 65 ans extension jusqu'à 67 ans avec l'option SENIOR	La prise en charge intervient : • sans condition d'hospitalisation pour les affections du dos ; • avec une hospitalisation minimale de 6 jours pour les affections psychiatriques.	
ZEN+		(couverture jusqu'à 1 500 000€ possible si l'Organisme prêteur requiert ce niveau)	La prise en charge intervient sans condition d'hospitalisation pour les affections du dos et pour les affections psychiatriques	
CONFORT		En complément de l'ITT	Pour les Assurés n'exerçant plus d'activité professionnelle au moment du sinistre ITT : Prise en charge des échéances à 100% multiplié par la quotité assurée	
SENIOR		En complément des garanties PTIA, ITT, IPT (versement d'une rente), IPP, IPM, IS AERAS	Extension de la couverture des garanties jusqu'au 70 ^{ème} anniversaire et extension de la couverture des options ZEN et ZEN+ jusqu'au 67 ^{ème} anniversaire	
Garantie SPORT PROFESSIONNELLE		En complément des garanties DECES et PTIA	Couverture de la pratique de sport à titre professionnel	

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
ITT : Incapacité Temporaire Totale

IPT : Invalidité Permanente Totale
IPP : Invalidité Permanente Partielle
IPM : Invalidité Professionnelle Médicale

IS AERAS : Invalidité Spécifique AERAS (cf. Article 8.4)
MTT : Mi-temps thérapeutique



COMMENT S'ASSURER

3. PERSONNES ASSURABLES

Pour adhérer au contrat d'assurance CNP Protect, il faut :

- être membre de l'Association « Le Collège des Assurés »,
- avoir la qualité d'Emprunteur, de CoEmprunteur ou de caution d'un prêt souscrit auprès d'un Organisme prêteur situé en France (métropole, DROM);
- souscrire un prêt ou un crédit-bail rédigé en français, libellé en Euros et dont la période de différé si elle existe ne peut être supérieure à 36 mois (sauf pour le prêt à taux zéro).

Pour les personnes physiques :

- être âgé de plus de 18 ans et de moins de 65 ou moins de 85 ans selon les garanties couvertes telles que décrites aux articles 7 et 8;
- être de nationalité française résidant en France (métropole, DROM) ou à l'étranger à l'exception des Etats-Unis, du Canada, de Singapour, de l'Australie, des Emirats Arabes Unis et du Japon. En cas de résidence en dehors d'un pays de l'Espace économique européen, vous devez vous adresser au Gestionnaire, qui remettra votre dossier à l'Assureur. Les dossiers seront étudiés au cas par cas.

ou

- être de nationalité monégasque ou suisse et résident dans un pays de l'Espace économique européen, à Monaco ou en Suisse,

ou

- être de nationalité appartenant à l'Espace économique européen et résidant dans un pays de l'Espace économique européen, à Monaco ou en Suisse,

Pour les personnes morales :

- le représentant de l'Entreprise adhérente doit être mandaté par ladite entreprise.

4. PRETS ASSURABLES

Le prêt souscrit doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- prêt immobilier amortissable ou in fine, ou prêt immobilier à taux zéro, ou prêt immobilier relais, ou prêt professionnel, ou crédit-bail,
- d'une durée minimum de 12 mois, et d'une durée maximum de 420 mois (35 ans). Les prêts relais ne doivent pas excéder une période de 36 mois
- d'un montant assuré minimum de 22 000 € et maximum de 20 000 000 € pour une quotité assurée à 100%. Pour tout prêt supérieur à ce montant, le Gestionnaire devra être consulté.

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré au jour de l'adhésion est fixé à 20 000 000 €, quel que soit le nombre de prêts consentis par l'Organisme prêteur. Seuls les prêts en euros sont assurables.

5. FORMALITES D'ADHESION

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

Les formalités d'adhésion sont obligatoires.

Elles comportent :

- **S'il s'agit d'une Entreprise adhérente :**
 - Une demande d'adhésion complétée et signée par le représentant de l'Entreprise adhérente
 - La complétude des formalités précisées ci-après pour le Candidat à l'assurance sur lequel pèse le risque assuré
- **Pour le Candidat à l'assurance :**
 - une demande d'adhésion complétée et signée par le Candidat à l'assurance.
Dans le cadre d'une adhésion faite par l'Entreprise adhérente, les formalités d'adhésion du Candidat à l'assurance ne pourront intervenir qu'après la signature du bulletin d'adhésion par le représentant de l'entreprise adhérente.
 - selon le montant du prêt à assurer et de son âge au jour de l'adhésion, une déclaration d'état de santé (DES), un questionnaire de santé simplifié (QSS) ou un questionnaire de santé (QS).
Ces formalités pourront être complétées d'examens médicaux de laboratoire et le cas échéant d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais.
Le Candidat à l'assurance pourra en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.
 - De plus, lorsque le montant du prêt assuré est au moins égal à 1 500 001 €, il devra compléter et signer une déclaration personnelle et financière.

Le Candidat à l'assurance peut choisir de compléter et signer la DES/le QSS/le QS :

- Soit par signature électronique, procédure de télédéclaration sécurisée. La DES, ou le QSS ou le QS sera transmis directement en fin de procédure à l'Assureur.
- soit sur un formulaire papier. Dans ce cas, il a la possibilité de l'adresser sous enveloppe portant la mention « Confidential-secret médical » à l'attention du Médecin-conseil par délégation de l'Assureur.

La durée de validité de la DES ou du QSS ou du QS est fixée à 6 mois à partir de la date de sa signature. Si l'Assureur n'a pas reçu ce document dans ce délai, le Candidat à l'assurance devra renouveler ses formalités d'adhésion.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 12 mois à partir de la date à laquelle ils ont été effectués.

Attention : si le Candidat à l'assurance ne donne pas suite à sa demande d'adhésion ou s'il refuse les conditions proposées par l'Assureur alors qu'elles sont sans surprime ou sans réserve, les honoraires relatifs aux examens médicaux restent à sa seule charge.

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations fournies à l'Assureur entraînera l'application des dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances et la nullité du contrat. Les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dédommagement.

6. DECISION DE L'ASSUREUR ET DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

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

- accepter sa demande adhésion sans réserves pour toutes les garanties sollicitées. Un certificat d'assurance de prêt lui sera alors adressé via son client personnel.
- accepter sa demande d'adhésion avec réserves et lui soumettre une proposition d'accord avec majoration de cotisation et/ou restriction de certaines garanties et/ou pathologies pour des garanties précises. Le Candidat à l'assurance dispose alors d'un délai de quatre (4) mois à compter du jour où la décision de l'Assureur est prise pour accepter par écrit ou par signature électronique les nouvelles conditions d'assurance en retournant le « Bon pour accord » au Gestionnaire. S'il refuse cette proposition ou n'adresse pas le « Bon pour accord » au Gestionnaire dans le délai de 4 mois, il ne sera pas assuré.
- ajourner sa décision. Dans ce cas, le Candidat à l'assurance n'est pas assuré mais il pourra présenter une nouvelle

demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué.

- refuser sa demande adhésion. Cette décision déclenche automatiquement dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude de 2nd niveau de son dossier. En cas de refus d'assurance au 2nd niveau, son dossier sera transmis par l'Assureur au pool de réassurance du 3^{ème} niveau du dispositif de la convention AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la demande d'adhésion et des règles de confidentialité..

La durée de validité de la décision rendue par l'Assureur est de 4 mois à compter de sa date de communication au Candidat à l'assurance. L'acceptation de l'offre préalable de prêt par l'Emprunteur doit intervenir durant cette période ; à défaut, le renouvellement des formalités d'adhésion est nécessaire.

Il est rappelé que chaque décision d'admission dans l'assurance est prononcée pour une opération d'emprunt déterminé et aux conditions initiales de cette opération. Toute autre opération d'emprunt fera l'objet d'une nouvelle procédure de demande d'adhésion à l'assurance.



QUE GARANTIT VOTRE ADHESION ?

EN CAS DE FRAUDE, TENTATIVE DE FRAUDE OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE SUR LA NATURE, LES CAUSES, LES CIRCONSTANCES OU LES CONSÉQUENCES D'UN SINISTRE, L'ASSURÉ SERA DÉCHU DU DROIT À GARANTIES.

Pour l'ensemble des garanties, les prestations correspondent au dernier certificat d'assurance de prêt qui porte sur le dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance et expressément accepté par l'Assureur multiplié par la quotité assurée. L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'Organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).

7. LES GARANTIES OBLIGATOIRES

7.1. LA GARANTIE DECES

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie Décès, l'Assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 85 ans à l'adhésion.

Cette garantie couvre l'Assuré en cas de Décès pendant la durée de son adhésion et jusqu'à son 90ème anniversaire.

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

L'Assureur prend en charge le capital restant dû au jour du décès dans la limite d'un plafond de 20 000 000 €.

Concernant les contrats de crédit-bail, l'Assureur prend en charge la Valeur Crédit-bail.

Le bénéficiaire de la prestation est l'Organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, pour la Valeur Crédit-bail.

GARANTIE DÉCÈS TEMPORAIRE ACCIDENT

Le contrat intègre également une garantie Décès Temporaire Accident. La garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion. Elle est limitée à soixante (60) jours et prend fin au plus tard à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. Elle prend également fin automatiquement si l'Entreprise adhérente ou le Candidat à l'assurance ne donne pas suite à sa demande d'adhésion. La garantie décès temporaire accident couvre le montant prévu pour la garantie décès dans la limite de 300 000 € (trois cent mille euros). En cas de sinistre, après la signature du contrat de prêt, de crédit-bail ou de l'acte de cautionnement et avant le déblocage des fonds la garantie produit tous ses effets si le projet est poursuivi.

Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de la garantie Décès à l'Organisme prêteur met fin à l'assurance.

7.2. LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Cette garantie est indissociable de la garantie Décès. Elle ne peut être souscrite qu'avec cette dernière.

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie PTIA, l'Assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

La reconnaissance de la PTIA par l'Assureur intervient si, à la suite d'un accident ou d'une maladie constatée médicalement, et garanti par le contrat, l'Assuré est :

- définitivement dans l'incapacité totale de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer un gain ou un profit,
- obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante (se laver, se habiller, s'alimenter, se déplacer), cette assistance devant avoir lieu jusqu'à la fin de sa vie.
- La PTIA doit être reconnue par l'Assureur avant la date de cessation de la garantie (voir article 13).

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnue par l'Assureur et consécutive à une maladie constatée médicalement ou un accident garantis par le contrat, l'Assureur paye le capital restant dû figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou échéancier porté à sa connaissance, multiplié par la quotité assurée. Le capital restant dû est déterminé au jour où l'Assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur.

Concernant les contrats de crédit-bail, l'Assureur prend en charge, en fonction de la quotité assurée, la Valeur Crédit-bail, à la date à laquelle l'Assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur et ce, en fonction du dernier échéancier ou tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur.

Le bénéficiaire de la prestation est l'Organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, pour la Valeur Crédit-bail.

Les modalités de versement des prestations en cas de PTIA sont les mêmes que pour la garantie Décès. Le versement de la prestation met fin à l'ensemble des garanties.

8. LES GARANTIES FACULTATIVES

Les garanties ITT, IPT, IPP et IPM sont facultatives. Si elles sont choisies, elles sont indissociables des garanties Décès/PTIA.

L'Assuré doit exercer une activité professionnelle au moment de l'adhésion aux garanties ITT, IPT, IPP et une activité professionnelle médicale au moment de l'adhésion à la garantie IPM.

8.1. LES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

8.1.1 LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

La garantie ITT doit être souscrite conjointement à la garantie IPT ou IPM. Elle ne peut être souscrite seule.

Pour pouvoir souscrire à la garantie ITT, l'Assuré doit, à l'adhésion, avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans et avoir une activité professionnelle.

L'Assuré doit en outre être affilié au moment de l'adhésion et au moment du sinistre à un régime obligatoire de protection sociale française ou assimilé. En l'absence d'une telle affiliation, une étude sera réalisée par l'Assureur qui examinera les dossiers au cas par cas.

Si au moment de la réalisation du sinistre ITT, l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite, qu'elle qu'en soit la cause, il ne pourra pas mettre en œuvre cette garantie. Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie ITT, l'Assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'Assuré est reconnu en ITT par l'Assureur lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti par le contrat et survenant avant la date de cessation de la garantie, il remplit les trois conditions cumulatives suivantes :

- **L'Assuré exerce une activité professionnelle au jour du sinistre ou est en Recherche d'emploi :**
 - il se trouve dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ou dans l'impossibilité d'effectuer une recherche d'emploi s'il est privé de son emploi suite à une rupture de son contrat de travail Cette incapacité continue doit persister au-delà de la période de franchise de 30, 60, 90 ou 180 jours, selon le choix réalisé au moment de l'adhésion dans l'assurance,
 - Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 17.
- **L'Assuré n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre :**
 - il est contraint d'observer, sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles non-professionnelles,
 - Cette incapacité continue doit persister au-delà de la période de franchise qui sera soit au minimum de 90 jours à compter de la prescription médicale même si le choix au moment de l'adhésion était de 30 ou 60 jours,
 - Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 17.

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

L'incapacité doit être temporaire, totale, et reconnue par l'Assureur.

La prise en charge de ou des échéances/loyers intervient après une période de franchise dont la durée doit être choisie lors de l'adhésion: 30, 60, 90 ou 180 jours.

Si, au jour du sinistre, l'Assuré n'exerce plus d'activité professionnelle, les prestations sont versées au terme d'un délai de franchise minimum de 90 jours à compter de la prescription médicale l'obligeant à observer un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation.

L'Assureur prend en charge, au titre de l'ITT, le montant de chaque échéance/loyer exigible, multiplié par la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives, soit au maximum :

- 100 % si l'Assuré exerce une activité professionnelle au jour du sinistre ;
- 50 % si l'Assuré n'exerce aucune activité professionnelle au jour du sinistre (100% avec l'option Confort sous réserve que l'Organisme prêteur ait requis ce niveau de garantie)

L'échéance ou le loyer est calculé(e) par rapport aux caractéristiques du prêt ou du crédit-bail fournis dans la demande d'adhésion et en fonction du dernier échéancier ou du dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur.

Le montant des échéances de prêt ou des loyers du crédit-bail indemnisés par l'Assureur est calculé dans la limite de 100 % du montant des échéances/loyers assurés exigibles et d'un plafond par Assuré et par mois de :

- 10 000 € si l'Assuré exerce une activité professionnelle au jour du sinistre ;
- 3 800 € si l'Assuré n'exerce aucune activité professionnelle au jour du sinistre.

Une demande de déplafonnement peut être effectuée auprès du Gestionnaire lors de la demande d'adhésion.

En cas de pluralité d'Assurés sur un même prêt, le total des sommes indemnisées par l'Assureur est limité à 100 % des échéances/loyers assurés exigibles.

Cette prise en charge s'effectue au prorata du nombre de jours d'incapacité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur après expiration du délai de franchise choisi à l'adhésion, et ce au plus tard jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré (70^{ème} anniversaire avec l'option SENIOR).

L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).

Pour les prêts in fine et relais, seuls les intérêts sont pris en charge, le remboursement du capital ne faisant pas partie de la prestation d'assurance.

La valeur résiduelle prévue au crédit-bail n'est pas couverte si l'état d'ITT persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

Modification des échéances/loyers en cours d'indemnisation ITT

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'ITT ne peut être prise en compte par l'Assureur.

En cas de modification à la baisse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance/loyer.

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire.

En cas de rechute ITT

Si après avoir repris le travail pendant une période inférieure ou égale à 60 jours, l'Assuré est victime d'une rechute provenant du même accident ou de la même maladie, la durée de la reprise du travail sera considérée comme une simple suspension de paiement des prestations qui reprendra dès survenance de la prochaine échéance de prêt.

Une rechute survenant plus de 60 jours après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera l'application d'un nouveau délai de franchise.

Mi-temps thérapeutique

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique (ou temps partiel thérapeutique) autorisé par le corps médical et l'employeur (ou assimilé), l'Assureur indemnise 50 % des sommes dues au

titre de l'ITT, selon la quotité assurée. La prestation est versée au maximum pendant 180 jours.

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

- il a bénéficié d'une prise en charge au titre de la garantie ITT,
- il reprend une activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit médicalement.
- il doit justifier de son incapacité de travail en produisant les pièces demandées par l'Assureur.

L'ASSUREUR CESSE L'INDEMNISATION :

- A la date de cessation de la garantie visée à l'article 13 ;
- en cas de reprise du travail à temps plein ou à temps partiel (sauf dans le cas du mi-temps thérapeutique tel que décrit au paragraphe précédent);
- dès que l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 17,
- dès que l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat,
- dès que l'Assuré bénéficie de prestations d'invalidité partielle ou totale (notamment pension d'exploitant agricole invalide au 2/3, pension de première, deuxième ou troisième catégorie ou assimilé attribué par le régime obligatoire de base auquel l'Assuré est affilié). Une étude de prise en charge pour invalidité permanente (IPT ou IPP) est alors engagée si la garantie IPT ou IPP est souscrite,
- si une expertise médicale, demandée par l'Assureur, établit que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité totale et continue d'accomplir son activité professionnelle ou d'effectuer une recherche d'emploi;
- si une expertise médicale, demandée par l'Assureur, établit que, si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, il n'est pas dans l'obligation d'observer un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques, bricolage, jardinage et gestion des affaires familiales et personnelles) ;
- à la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré;
- au plus tard au 1095^{ème} jour de prise en charge par l'Assureur. Une étude de prise en charge pour invalidité permanente (IPT ou IPP) est alors engagée si la garantie IPT ou IPP est souscrite et si l'Assuré exerce une activité professionnelle au moment de la réalisation du sinistre ITT.
- Dès que l'Assuré est indemnisé au titre de la garantie PTIA, IPT ou IPP.

8.1.2 LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

Pour pouvoir souscrire et être couvert au titre de la garantie IPT, l'Assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion et avoir une activité professionnelle.

Si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment de la réalisation du sinistre, il ne pourra pas être garanti en IPT.

Si au moment de la réalisation du sinistre ITT, l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite, qu'elle qu'en soit la cause, il ne pourra pas mettre en œuvre cette garantie. Toutefois, lorsque la mise à la retraite ou pré-retraite résulte d'un état d'incapacité indemnisé par le présent contrat, la garantie IPT pourra être mise en œuvre.

L'Assuré est reconnu en état d'IPT par l'Assureur lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie garanti par le contrat, et après consolidation de son état de santé ou au plus tard au 1095^{ème} jour de prise en charge au titre de l'ITT, l'Assuré présente un taux

d'invalidité constaté par le Médecin conseil de l'Assureur supérieur ou égal à 66%.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle (selon le tableau d'invalidité ci-après). Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi d'après le barème de droit commun du Concours médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction de l'activité professionnelle exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

L'IPT doit être reconnue avant la date de cessation de la garantie (voir article 13).

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

Au moment de l'adhésion à la garantie IPT, l'Adhérent choisit sur le bulletin d'adhésion le mode d'indemnisation : sous forme de capital ou sous forme de rente.

Versement des prestations sous forme de capital :

Dès lors que l'état d'Invalidité Permanente Totale est reconnu par l'Assureur, le paiement des prestations s'effectue en capital, si ce mode de paiement a été choisi au moment de l'adhésion à l'assurance.

Pour le versement des prestations sous forme de capital, quel que soit le type de prêt (y compris in fine ou relais), l'Assureur indemnise, à la date de reconnaissance de l'état d'IPT, le capital restant dû, multiplié par la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives, dans la limite de 2 500 000 €. Si le capital restant dû est supérieur à 2 500 000 €, l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès et PTIA. Par ailleurs, une demande de déplafonnement peut être effectuée auprès du Gestionnaire lors de la demande d'adhésion.

Concernant le contrat de crédit-bail, l'Assureur indemnise, à la date de reconnaissance de l'état d'IPT, la Valeur Crédit-bail dans la limite de 2 500 000 €. Si la Valeur Crédit-bail excède 2 500 000 €, l'Assureur ne prend en charge que la somme des loyers restant dus. L'Assuré reste couvert pour la valeur Crédit-Bail (éventuellement excédante) au titre des garanties Décès et PTIA. Par ailleurs, une demande de déplafonnement peut être effectuée auprès du Gestionnaire lors de la demande d'adhésion.

En cas de pluralité d'Assurés sur un même prêt, le total des sommes payées par l'Assureur est limité à 100 % du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, à la Valeur Crédit-bail.

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, pour la Valeur Crédit-bail.

Le paiement du capital met fin à l'ensemble des garanties sauf en cas d'excédent pour le Crédit-bail comme indiqué ci-dessus.

Versement des prestations sous forme de rente :

Dans ce cas, dès lors que l'état d'Invalidité Permanente Totale est reconnu par l'Assureur, ce dernier indemnise le montant de chaque échéance/loyer exigible :

- en fonction des quotités assurées définies au titre des garanties facultatives
- au prorata du nombre de jours d'invalidité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt ou du loyer,
- dans la double limite de 100 % du montant des échéances/ loyers pour l'ensemble des Assurés et d'un plafond

mensuel de garantie de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par Assuré. Si l'échéance du prêt ou le loyer du crédit-bail assuré est supérieur(e) à 10 000 € par mois (ou 120 000 € par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par Assuré.

Une demande de déplaçonnement peut être effectuée auprès du Gestionnaire lors de la demande d'adhésion.

L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).

Pour les prêts in fine et relais, seuls les intérêts sont pris en charge, le remboursement du capital ne faisant pas partie de la prestation d'assurance. La valeur résiduelle prévue au crédit-bail n'est pas couverte si l'état d'IPT persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire.

Modification des échéances/loyers en cours d'indemnisation IPT

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'IPT ne peut être prise en compte par l'Assureur.

En cas de modification à la baisse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance/loyer.

L'ASSUREUR CESSE L'INDEMNISATION :

- à la date de cessation de la garantie visée à l'article 13 ;
- dans le cas où l'état de santé de l'Assuré évolue en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) telle que définie dans le présent contrat. Dans ce dernier cas, l'Assureur intervient au titre de cette garantie ;
- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle même à temps partiel ;
- dès que l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 17 ;
- dès que l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'invalidité permanente qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat.
- en cas d'évolution favorable de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité déterminé par l'Assureur devient inférieur à 66 %. Une étude est alors réalisée au titre de la garantie IPP (si celle-ci a été souscrite).

8.3LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

La souscription de cette garantie ne peut avoir lieu qu'en complément de la garantie ITT et/ou IPT au moment de la demande d'adhésion.

Pour pouvoir souscrire et être couvert au titre de la garantie IPP, l'Assuré doit, à l'adhésion, avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans et avoir une activité professionnelle.

Si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment de la réalisation du sinistre, il ne peut pas être garanti en IPP.

Si l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite au moment de la réalisation du sinistre IPP, qu'elle qu'en soit la cause (y compris retraite pour invalidité, inaptitude, réforme ou autre), il ne pourra pas mettre en œuvre cette garantie. Toutefois, lorsque la mise à la retraite ou pré-retraite résulte d'un état d'incapacité ou d'invalidité indemnisé par le présent contrat, la garantie IPP pourra être mise en œuvre.

L'IPP doit être reconnue avant la date de cessation de la garantie (voir article 13).

L'Assuré est reconnu en état d'IPP par l'Assureur lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti par le contrat, et après consolidation de son état de santé ou au plus tard au 1095^{ème} jour d'indemnisation au titre de l'ITT, il présente un taux d'invalidité constaté par le Médecin conseil de l'Assureur, supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 % (Voir «Tableau d'invalidité» ci-dessous).

Le taux d'invalidité peut être révisable en fonction de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'Assuré. Le montant de la prestation varie en conséquence, selon la formule de «Calcul de la prestation versée par l'Assureur» ci-dessous.

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'IPP par l'Assureur, celui-ci effectue le paiement partiel des échéances du prêt ou des loyers du crédit-bail exigibles par rapport au dernier échéancier ou au dernier tableau d'amortissement porté à sa connaissance, et en fonction de la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives.

L'Assureur indemnise les prestations d'assurance dues :

- en fonction des quotités assurées, définies au titre des garanties facultatives
- au prorata du nombre de jours d'invalidité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt ou du loyer,
- dans la double limite de 100 % du montant des échéances/loyers pour l'ensemble des Assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par Assuré. Si l'échéance du prêt ou le loyer du crédit-bail Assuré est supérieur(e) à 10 000 € par mois (ou 120 000 € par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par Assuré.

L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais)

Calcul de la prestation versée par l'Assureur

Le calcul de la prestation s'effectue selon la formule suivante : («T» représente le taux d'IPP reconnu à l'Assuré) :

$$[(T - 33\%) / 33\%] \times \text{montant de l'échéance de prêt ou du loyer de crédit-bail} \times \text{quotité assurée définie au titre des garanties facultatives.}$$

Dans tous les cas, la somme des prestations indemnisées au titre d'un même prêt ne peut excéder 100 % des échéances ou loyers.

Modification des échéances/loyers en cours d'indemnisation IPP

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'IPP ne peut être prise en compte par l'Assureur.

En cas de modification à la baisse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance/loyer.

La valeur résiduelle prévue au crédit-bail n'est pas couverte si l'état d'IPP persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

Pour les prêts in fine et relais, seuls les intérêts sont pris en charge, le remboursement du capital ne faisant pas partie de la prestation d'assurance.

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire.

L'ASSUREUR CESSE L'INDEMNISATION :

- à la date de cessation de la garantie prévue à l'article 13 ;
- en cas d'évolution favorable de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33 % ;
- en cas de reprise du travail à temps plein ou à temps partiel ;
- dès que l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite

ou préretraite résulte de l'état d'invalidité permanente qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat

- en cas d'indemnisation au titre des garanties IPT (taux d'invalidité qui devient supérieur ou égal à 66 %), Décès ou PTIA.

TABLEAU D'INVALIDITE

TABLEAU D'INVALIDITÉ									
Taux d'incapacité fonctionnelle (1)									
Taux d'incapacité professionnelle (2)	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%					33%	37%	40%	43%	46%
20%				37%	42%	46%	50%	55%	58%
30%			36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40%		33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50%		36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60%		38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70%		40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80%		42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

Etat d'IPP

Etat d'IPT

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle (selon le tableau d'invalidité ci-dessus).

Le taux d'incapacité fonctionnelle (1) est établi d'après le barème de droit commun du Concours médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle (2) est apprécié en fonction de l'activité professionnelle exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercice restantes de la profession de l'Assuré.

Par exemple :

"J'ai un taux d'incapacité fonctionnelle de 70 % et un taux d'incapacité professionnelle de 40 % ; donc, d'après le tableau ci-dessus, mon taux d'invalidité permanente partielle est de 58 %."

8.4 LA GARANTIE INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE MÉDICALE (IPM)

Cette garantie ne peut être souscrite que si l'Assuré a au moins 18 ans et moins de 65 ans et s'il exerce une profession médicale en France incluse dans cette liste au moment de l'adhésion : médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien(ne), kinésithérapeute, infirmier(ère) ou vétérinaire.

Cette garantie doit être souscrite à l'adhésion. Elle peut être souscrite en complément de l'ITT et n'est pas compatible avec la souscription des garanties IPT ou IPP.

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie IPM au moment de la réalisation du sinistre, l'Assuré doit exercer une profession médicale à cette date.

L'état d'IPM de l'Assuré est apprécié par le Médecin conseil de l'Assureur. L'Assuré doit être dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer la profession médicale occupée au moment de la maladie ou de l'accident garanti par le contrat, en fonction des conditions normales d'exercice de sa profession et de ses possibilités restantes de l'exercer après prise en compte des aides techniques disponibles.

La réalisation du risque doit intervenir avant la cessation de la garantie (voir article 13).

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

L'Assureur indemnise le capital restant dû, multiplié par la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives, dans les mêmes conditions que la garantie Décès mais dans la limite de 2 500 000 €. Toutefois, si le capital restant dû excède 2 500 000 €, l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès et PTIA. Par ailleurs, une demande de déplafonnement peut être effectuée auprès du Gestionnaire lors de la demande d'adhésion.

Concernant le contrat de crédit-bail, l'Assureur indemnise, à la date de reconnaissance de l'IPM, la Valeur Crédit-bail, multipliée par la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives, dans la limite de 2 500 000 €. Si la Valeur Crédit-bail excède 2 500 000 €, l'Assureur ne prend en charge que la somme des loyers restant dus. Toutefois, l'Assuré reste couvert pour la valeur résiduelle et la somme des loyers restants dus (éventuellement excédante), au titre des garanties Décès et PTIA. Par ailleurs, une demande de déplafonnement peut être effectuée auprès du Gestionnaire lors de la demande d'adhésion.

En cas de pluralité d'Assurés sur un même prêt, le total des sommes indemnisées est limité à 100 % du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, à la Valeur Crédit-bail.

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, la Valeur Crédit-bail.

8.4 LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (IS) AERAS

Cette garantie est réservée aux prêts immobiliers et professionnels.

Si les garanties ITT, IPT, IPP sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec des réserves portant sur certaines pathologies, l'Assureur peut soumettre dans la proposition d'accord la garantie Invalidité Spécifique AERAS.

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) en vigueur à la date de l'adhésion. Ces dispositions sont consultables sur le site www.aeras-infos.fr.

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

Si l'Assuré estime que les dispositions de la convention AERAS n'ont pas été correctement appliquées, il peut saisir la commission de médiation : Commission de médiation de la convention AERAS - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

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

1. son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle,
2. cet état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. le taux d'incapacité fonctionnelle de l'Assuré est égal ou supérieur à 70% (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret n°2001-99 du 31 janvier 2001). La détermination du taux d'incapacité s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical de l'Assuré comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque IS AERAS.
4. l'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - Si l'Assuré est salarié : d'une pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé de Longue Durée ;
 - Si l'Assuré est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré (70^{ème} avec l'option SENIOR).

PRISE EN CHARGE DE L'ASSUREUR

L'Assureur prend en charge le montant de chaque échéance :

- en fonction des quotités assurées,

- au prorata du nombre de jours d'invalidité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt,
- dans la double limite de 100 % du montant des échéances de prêt assuré exigibles pour l'ensemble des Assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par Assuré. Si l'échéance du prêt assuré est supérieure à 10 000 € par mois (ou 120 000 € par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par Assuré en fonction du dernier échéancier ou du dernier tableau d'amortissement porté à sa connaissance.

L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).

Modification des échéances/loyers en cours d'indemnisation IS AERAS

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'IS AERAS ne peut être prise en compte par l'Assureur.

En cas de modification à la baisse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance/loyer.

La valeur résiduelle prévue au crédit-bail n'est pas couverte si l'état d'IS AERAS persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

Bénéficiaire des prestations

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire.

L'ASSUREUR CESSE L'INDEMNISATION :

- à la date de cessation de la garantie visée à l'article 13 ;
- lorsqu'après contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnel de l'Assuré est inférieur à 70% ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'IS AERAS tel que défini ci-dessus
- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle même à temps partiel ;
- dès que l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (y compris retraite pour invalidité, inaptitude, réforme ou autre) sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'invalidité qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat.
- dès que l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 17.

8.5 LA GARANTIE EXONÉRATION

Les garanties ITT, IPT (uniquement pour le versement sous forme de rente), IPP et IS AERAS sont assorties d'une garantie Exonération. Dans le cadre de cette garantie Exonération, lorsque l'Assuré se trouve en état d'invalidité ou d'incapacité reconnue par l'Assureur, il ne paye aucune cotisation d'assurance qui serait due au titre du contrat et qui viendrait à échéance pendant la prise en charge de l'ITT, de l'IPT, de l'IPP ou de l'IS AERAS ; le paiement des cotisations d'assurance est suspendu durant cette période.

9. LES OPTIONS D'EXTENSION DE GARANTIE

Ces options ne peuvent être souscrites qu'au moment de la demande d'adhésion.

9.1 OPTIONS ZEN ET ZEN+

Ces options ne peuvent être souscrites qu'en complément des garanties Décès, PTIA, ITT et/ou IPT, lorsqu'elles ont été choisies

avec une franchise minimale de 90 jours et pour un capital assuré limité à un montant maximal de 500 000 €.

La couverture jusqu'à 1 500 000 € est possible si l'Organisme prêteur requiert ce niveau de garantie.

Pour pouvoir être couvert au titre des garanties ZEN/ZEN+, l'Assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'état d'invalidité ou l'état d'incapacité de l'Assuré est pris en charge en cas de sinistre résultant des deux types d'affections suivantes:

1/ les affections du dos (voir le lexique) ;

2/ les affections psychiatriques (voir le lexique).

Avec l'option ZEN, la prise en charge intervient :

- sans condition d'hospitalisation pour les affections du dos ;
- avec une hospitalisation minimale de 6 jours pour les affections psychiatriques.

Avec l'option ZEN+, la prise en charge intervient :

- sans condition d'hospitalisation ni pour les affections du dos, ni pour les affections psychiatriques.

9.2 OPTION CONFORT

Cette option ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie ITT.

Cette option couvre les Assurés sans activité professionnelle (Inactifs) au moment du sinistre en prévoyant la prise en charge de l'ITT à hauteur de 100 % des loyers ou des échéances exigibles (contre 50% sans l'option) multipliés par la quotité définie au titre des garanties facultatives. L'option Confort ne peut être souscrite à l'adhésion que si l'Organisme prêteur requiert ce niveau de garantie.

Elle s'applique dans les conditions suivantes :

- si l'Assuré n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre et qu'il se trouve dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel, cette incapacité étant temporaire, totale, et reconnue par l'Assureur, alors ce dernier prend en charge 100% de chaque échéance ou loyer exigible, multiplié par la quotité assurée dans les conditions prévues à l'article 8.1.1.
- pendant une période maximale allant jusqu'à 1 095 jours, et dans une limite mensuelle de 3800 €.

Le bénéficiaire des prestations est l'Organisme prêteur.

9.3 OPTION SENIOR

L'option Senior permet de couvrir l'Assuré jusqu'à son 70ème anniversaire, pour les garanties PTIA, ITT, IPT (uniquement lorsque le versement des prestations a été choisi sous forme de rente), IPP, IPM ou IS AERAS.

Les options ZEN ou ZEN +, si elles ont été choisies à l'adhésion, sont maintenues jusqu'au 67ème anniversaire de l'Assuré.

L'option Senior n'est pas compatible avec l'IPT lorsque le versement des prestations est en capital.

9.4 GARANTIE SPORT PROFESSIONNEL

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie sport professionnel, l'Assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'Assuré est couvert pour la pratique de sport à titre professionnel, ou rémunérée, ou si l'Assuré figure sur la liste des sportifs de haut niveau (liste telle qu'arrêtée par le ministre français chargé des Sports et qui est en vigueur au moment du sinistre), que ce soit lors de compétitions ou d'entraînements. L'Assuré doit déclarer les sports pratiqués au préalable au Gestionnaire.

L'Assureur se réserve le droit d'accepter, de refuser totalement ou partiellement d'assurer les sports ainsi déclarés et/ou d'imposer une surprime pour cette garantie.

Cette faculté couvre uniquement les risques Décès et PTIA.



CE QUE NE GARANTIT PAS VOTRE ADHESION

10. EXCLUSIONS DE GARANTIE

NE SONT PAS PRISES EN CHARGE AU TITRE DU CONTRAT :

1. Les conséquences des actes intentionnels, des négligences volontaires ou des dissimulations pouvant conduire au décès de l'Assuré, à son invalidité ou à son incapacité, notamment dans les cas suivants :
 - Le suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la date de prise d'effet des garanties. Toutefois, il est couvert dans le cas des prêts qui sont destinés au financement de votre logement principal, dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R.132-5 du code des assurances) ;
 - Les tentatives de suicide, mutilations volontaires ou faits intentionnels de l'Assuré;
 - La conduite en état d'ivresse (caractérisée par un taux d'alcool égal ou supérieur au taux maximal autorisé par la législation en vigueur à la date du sinistre), quel que soit le moyen de transport;
 - L'usage de stupéfiants, de drogues ou de médicaments à des doses non prescrites médicalement.
2. Les conséquences des activités ou des pratiques suivantes :
 - La participation, à titre amateur, avec ou sans engin à moteur, à des tentatives de records, des exhibitions, des essais préparatoires, des essais de réception, des paris, des défis, au base jump, sky flying, wingsuit ou rooftopping.

SAUF DEMANDE DE LA PART DE L'ASSURE (après étude par l'Assureur et votre acceptation des conditions), LES SPORTS OU ACTIVITES CITES CI-DESSOUS SONT EGALEMENT EXCLUS :

- La pratique régulière des « sports à risques » tel que ce terme est défini au lexique. Néanmoins, ces "sports à risques" sont couverts par le contrat dans le cadre d'une pratique exceptionnelle (baptême) et pour autant qu'elle soit encadrée par un professionnel habilité ; les sports amateurs pratiqués au moment de l'adhésion et qui ne font pas partie des sports à risques sont couverts quelle que soit la garantie.
 - La navigation aérienne, sauf si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote qui possédait, d'une part, un brevet (pour l'appareil utilisé) et, d'autre part, une licence non périmée.
 - Le saut à l'élastique (hors baptême pour autant qu'il soit encadré par un professionnel habilité), le sky surfing.
 - La participation, à titre amateur, avec ou sans engin à moteur, à des raids sportifs (course de pleine nature se déroulant généralement par équipe et pendant plusieurs jours, dans une zone peu accessible, et combinant des disciplines sportives variées), des exercices acrobatiques.
3. Les conséquences d'événements et actes suivants :
 - Les faits de guerres civiles ou étrangères, émeutes, mouvements populaires, insurrections, actes de terrorisme (si l'Assuré y a pris une part active). Cette exclusion ne s'applique ni en cas de légitime défense, ni en cas d'assistance à personne en danger, ni dans le cadre de la profession déclarée à l'Assureur dans la demande d'adhésion et acceptée par lui ;
 - Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome, tant par fusion ou fission que par radiation ionisante ou autres. Ces effets sont toutefois pris en charge en cas de dysfonctionnement d'instruments médicaux ;
 - La condamnation du coemprunteur pour avoir causé volontairement le décès de l'Assuré.
 4. Pour les garanties ITT, IPT, IPP, IPM, IS AERAS
 - Les traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident ou d'une maladie;
 - Les affections psychiatriques à savoir : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, ceci sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours (délai réduit ou supprimé dans le cadre des options ZEN / ZEN+ pour les garanties ITT et/ou IPT) ;
 - Les fibromyalgies et le syndrome de fatigue chronique, ceci sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours ;
 - Les atteintes discales, vertébrales: lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours (délai supprimé dans le cadre des options ZEN / ZEN+ pour les garanties ITT et/ou IPT) ou en cas d'intervention chirurgicale, ou s'il s'agit de fracture ;
 - Les séjours en cure thermale, en maison de repos, de plein air ou de sante médicale pour des soins ou des cures esthétiques, de rajeunissement, climatiques, diététiques, d'amaigrissement, de convalescence, de rééducation, de désintoxication, de sommeil. *La garantie est acquise pour les séjours de convalescence ou de rééducation consécutifs à une maladie ou un accident couverts par le contrat.*



LA VIE DE VOTRE ADHESION

11. DATE DE CONCLUSION ET DUREE DE L'ADHESION

La date de conclusion de l'adhésion correspond à la date d'émission du certificat d'assurance.

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnés dans la demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 13.

Cas de l'adhésion électronique : les parties conviennent qu'en cas d'adhésion électronique, les données conservées par l'Assureur ou tout mandataire de son choix sous forme électronique valent signature par vous-même ; vous sont opposables ; peuvent être admises comme preuves de votre identité et de votre consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés.

12. DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La date de prise d'effet des garanties est la date indiquée au certificat d'assurance. Elle correspond à la date de conclusion de l'adhésion, sauf dans le cas où l'Adhérent indique sur la demande d'adhésion une "date d'effet souhaitée" postérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Les garanties prennent effet sous réserve :

1. de l'existence de l'engagement de l'Adhérent vis-à-vis de l'Organisme prêteur, matérialisé par la signature de l'offre de prêt, de crédit-bail ou de l'acte de cautionnement pour la Caution,
2. du paiement de la première cotisation d'assurance,
3. de la validité des formalités d'adhésion selon les conditions définies à l'article 5.

La date de prise d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

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

En cas de décès après la signature de l'offre de prêt, de crédit-bail ou de l'acte de cautionnement et après la date d'effet de l'adhésion, mais avant le déblocage de tout ou partie des fonds, la garantie Décès produit tous ses effets si l'opération pour laquelle le contrat de prêt, de crédit-bail ou l'acte de cautionnement consenti demeure.

GARANTIE DECES TEMPORAIRE ACCIDENT

La garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion. Elle est limitée à soixante (60) jours et prend fin au plus tard à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. Elle prend également fin automatiquement

si l'Adhérent ou l'Assuré si c'est une personne différente ne donne pas suite à son adhésion.

13. CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans le bulletin d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation de l'adhésion mentionnés ci-dessous.

Les garanties et l'adhésion cessent :

- au jour de la réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 15 ;
- au terme contractuel du prêt, du crédit-bail ou du cautionnement ;
- en cas de remboursement total anticipé du prêt ;
- à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure sauf accord express de l'Assureur pour la poursuite des garanties ;
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur ;
- en cas de non-paiement des primes selon les termes de l'article 21 ;
- à la date de versement de la prestation au titre du Décès, de la PTIA, de l'IPT en cas de versement sous forme de capital ou de l'IPM ;
- au cas où l'Assuré Caution résilie son engagement de caution, avec l'accord de l'Organisme prêteur ;
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme, à la date du prononcé de la déchéance du terme ;
- si l'Assuré est admis comme représentant de l'Entreprise adhérente, le jour où il cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de l'Entreprise adhérente ;
- à la date de résiliation du contrat d'assurance comme prévu à l'article 14 ci-dessous ;
- en cas d'exigibilité du prêt ou du crédit-bail avant terme à la date de résiliation de l'adhésion.

Les garanties facultatives ITT, IPT, IPP, IPM et IS AERAS cessent au jour du départ en retraite quelle qu'en soit la cause ou de la mise en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (y compris la retraite pour invalidité, inaptitude au travail, réforme ou autre) en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable.

Et au plus tard :

- pour la garantie Décès temporaire accident :
 - à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion ;
 - si l'Adhérent ou l'Assuré si c'est une personne différente ne donne pas suite à sa demande d'adhésion ;
 - soixante (60) jours suivant la date de signature de la demande d'adhésion au maximum ;
- pour la garantie Décès : au 90ème anniversaire de l'Assuré ;

- pour la garantie PTIA : au 65ème anniversaire de l'Assuré (70ème anniversaire avec l'Option Senior) ;
- pour les garanties facultatives (ITT, IPT, IPP, IPM, IS AERAS) : au 65ème anniversaire de l'Assuré (70ème anniversaire avec l'Option Senior).

14. FACULTE DE RESILIATION

Lorsque le contrat d'assurance garantit un prêt immobilier :

Conformément aux articles L. 313-30 et L. 313-31 du code de la consommation et aux articles L.113-12-2 et L.113-12 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de substitution et de résiliation soit :

- dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt.

Il notifie à BPSIs- 38, rue La Condamine-75017 Paris, sa demande de résiliation par courrier recommandé au plus tard quinze jours avant le terme de cette période de douze mois.

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 l'Assureur,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

- à expiration de ce délai d'un an, à chaque échéance annuelle de son adhésion au contrat d'assurance. L'Adhérent doit alors adresser sa demande de résiliation en lettre recommandée à BPSIs - 38, rue La Condamine-75017 Paris, au moins deux mois avant la date d'effet annuelle de l'adhésion. Une copie de la lettre de résiliation sera transmise par le Gestionnaire à l'Organisme prêteur. En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, la résiliation entraîne la cessation des garanties.

Si l'Assuré est uniquement couvert pour la garantie Décès à l'adhésion, il ne dispose pas de cette faculté de résiliation à chaque échéance annuelle.

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

Lorsque le contrat d'assurance garantit un prêt professionnel ou un crédit-bail, à expiration du délai d'un an à compter de la signature de l'offre de prêt :

Conformément à l'article L.113-12 du code des assurances, l'Adhérent peut résilier le contrat d'assurance à chaque échéance annuelle par lettre recommandée adressée à BPSIs - 38, rue La Condamine - 75017 Paris, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date d'effet annuelle de l'adhésion. Une copie de la lettre de résiliation sera transmise par le Gestionnaire à l'Organisme prêteur. La résiliation entraîne la cessation des garanties.

15. FACULTE DE RENONCIATION

La signature du bulletin individuel de demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif en cas d'adhésion au contrat CNP PROTECT n° 3007T par vente à distance, par démarchage ou uniquement au titre de la garantie décès. L'Assuré dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

NB : L'attention de l'Emprunteur est attirée sur les éventuelles conséquences sur le prêt de l'exercice du droit à renonciation.

15.1 DELAI POUR EXERCER LA FACULTE DE RENONCIATION

Si l'Assuré est uniquement couvert pour la garantie Décès à l'adhésion (car il est âgé entre 66 ans et moins de 85 ans):

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif. L'Assuré peut y renoncer à son adhésion dans un délai de **30 jours calendaires** révolus suivant la date à laquelle il est informé de la date de conclusion de son adhésion telle que définie à l'article 11 ci-dessus.

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

Cette faculté ne s'applique pas au prêt professionnel et au crédit-bail.

- Si le contrat est vendu à distance :

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

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, si l'Assuré bénéficie des garanties Décès, PTIA, ITT, IPT, IPP, IPM un délai de renonciation de **14 jours calendaires** révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 11 ci-dessus.

- Si le contrat est vendu par démarchage:

La vente par démarchage est la sollicitation, même à la demande de l'Assuré, 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 L112-9 alinéa 1er du code des assurances, *"toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités"*. La date de conclusion de l'adhésion est définie à l'article 11 ci-dessus.

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

15.2 MODALITES DE RENONCIATION

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser à BPSIs - 38, rue de la Condamine - 75017 PARIS - une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

«Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance en couverture de prêts CNP PROTECT n° 3007T signé le ... A (lieu d'adhésion)

Fait à....., le»

Une copie de la lettre sera alors envoyée à l'Organisme prêteur par le Gestionnaire.

15.3 EFFETS DE LA RENONCIATION

L'Assureur 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 AR. Les effets sur l'adhésion varient selon le mode de commercialisation du contrat.

Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Gestionnaire de la lettre de renonciation en recommandé avec AR.

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 AR.

Vous restez cependant tenu au paiement intégral de la prime dès lors que, après avoir renoncé, vous demandez la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie mais dont vous n'aviez pas connaissance au jour de la renonciation.

16. TERRITORIALITE

Les garanties sont accordées dans le monde entier sous réserve de leur mise en œuvre dans les conditions visées à l'article 17.

En outre, il est rappelé que seule la législation française reste applicable.

17. LA MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

L'Assureur se réserve le droit de diligenter à tout moment une expertise médicale pour lui permettre l'appréciation du risque assuré.

Seul l'Assureur est habilité à fixer le taux d'IPT ou d'IPP et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire de protection sociale ou assimilé de l'Assuré.

17.1 LISTE DES JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Lorsque il subit un sinistre, l'Assuré ou ses ayants-droit doivent le déclarer soit en ligne via son espace client, soit par voie postale à l'adresse suivante : CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs – TSA 67162 – 75716 PARIS CEDEX 15 et produire les justificatifs suivants nécessaires à l'étude du dossier mais qui n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

DANS TOUS LES CAS	<ul style="list-style-type: none"> - la copie de la carte nationale d'identité de l'Assuré en cours de validité ; - le certificat d'assurance en vigueur ; - le tableau d'amortissement, ou l'échéancier du prêt ou du crédit-bail en vigueur au jour du sinistre; - une copie du contrat de prêt ou de crédit-bail ; - le RIB de l'Organisme prêteur - si l'Assuré est caution, les pièces justifiant qu'il se substitue à l'Emprunteur depuis au moins trois mois ; <p>En cas d'accident, l'Assuré ou ses ayants droit doivent fournir les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ; - les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de presse, articles internet,... <p>En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.</p>
EN CAS DE DÉCÈS	<ul style="list-style-type: none"> - L'acte de décès intégral comportant l'indication de la date de naissance de l'Assuré; - l'attestation de décès (imprimé fourni par l'Assureur), à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès. <p>En cas de décès à l'étranger, l'attestation de décès devra être établie par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné</p>
EN CAS DE PTIA	<p>L'Assuré devra transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie PTIA, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la notification de mise en invalidité de 3ème catégorie si l'Assuré est assujéti à la Sécurité sociale ou un certificat médical attestant de l'invalidité si l'Assuré est non-assujéti ; - une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) complétée et signée par l'Assuré et son médecin, - en cas de refus du médecin d'utiliser ce document, 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 l'Assureur, - une copie du titre de pension de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne, <p>Si l'Assuré 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.</p> <p>Si l'Assuré est fonctionnaire, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.</p>
EN CAS D'ITT	<p>L'Assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie ITT, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin,

<p>EN CAS D'ITT (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - en cas de refus du médecin d'utiliser ce document, un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT, la date de l'accident ou de début de la maladie, la durée probable de l'incapacité, - l'éventuel certificat médical de reprise d'activité à mi-temps thérapeutique consécutive à un arrêt de travail; <p>Joindre également :</p> <p><u>Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - les décomptes de règlement des indemnités journalières de son régime obligatoire d'assurance maladie couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. À défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées sous réserve qu'elles précisent la subrogation. Le titre de pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou de rente au titre de la maladie professionnelle ou accident du travail ne sont pas éligible à l'ITT. <p><u>Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une attestation employeur précisant sa position au regard du régime statutaire des congés maladie, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. <p><u>Si l'Assuré est travailleur non-salarié :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite. - les indemnités journalières si l'Assuré relève du Régime Social des Indépendants, - à défaut, un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant les périodes d'arrêt de travail ou le Titre de pension pour incapacité au métier. <p><u>Si l'Assuré est sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant qu'il est bien en ITT au sens du contrat, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. <p>Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.</p>
<p>EN CAS D'IPT OU IPP</p>	<p>L'Assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre des garanties IPT ou IPP, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin - en cas de refus du médecin d'utiliser ce document, un certificat médical indiquant la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'IPT ou l'IPP, la date de l'accident ou de début de la maladie, <p><u>Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie de la notification par son régime obligatoire d'assurance maladie de sa mise en invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66%. <p><u>Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, - une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ; <p><u>Si l'Assuré est travailleur non-salarié :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite. - une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive ; <p><u>Si l'Assuré est sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant les périodes d'incapacité à ses activités habituelles non professionnelles. <p>Pour la poursuite de l'indemnisation des garanties IPT (en rente) ou IPP, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.</p>
<p>EN CAS D'IS AERAS</p>	<p>L'Assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie IS AERAS, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin, - en cas de refus du médecin de compléter ce document, un certificat médical attestant la date à laquelle l'état de santé de l'Assuré a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité, - un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale si l'Assuré est salarié, un congé de longue maladie s'il est fonctionnaire, - une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession si l'Assuré est non-salarié <p><u>Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie de la notification par son régime obligatoire de protection sociale d'une pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ; <p><u>Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,
<p>EN CAS D'IS AERAS (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,

	<ul style="list-style-type: none"> - une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension <p><u>Si l'Assuré est travailleur non-salarié :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, une attestation d'affiliation à une caisse de retraite. - une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive.
EN CAS D'IPM	<p>L'Assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie IPM, accompagnée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de santé au jour du sinistre, - une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin.

* A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L.113-2 4 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La prise en charge ITT, IPT, IPP ou IS AERAS débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur. La date de reconnaissance de l'état de PTIA, d'IPT (en capital) ou d'IPM interviendra à compter du jour de réception du dossier complet par l'Assureur.

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

Les documents médicaux peuvent-être adressés sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de CNP Assurances – TSA 77163 – 75716 PARIS CEDEX 15.

Par ailleurs, l'Assureur peut demander une expertise médicale supplémentaire réalisée en France métropolitaine.

17.2 CONTROLE MEDICAL

Pour apprécier le bien-fondé de la mise en jeu des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP, IPM et IS AERAS, l'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré à un contrôle médical réalisé en France métropolitaine auprès d'un médecin expert désigné par l'Assureur à cet effet. Les frais relatifs à cet examen médical sont à la charge de l'Assureur. L'Assuré a la possibilité de se faire assister par un médecin de son choix. En cas de refus de sa part de faire l'objet de cet examen médical, il est considéré comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance. L'Assureur peut également procéder à tout contrôle alors que le sinistre est en cours de prise en charge. Les résultats de ce contrôle peuvent entraîner jusqu'à l'arrêt de l'indemnisation. L'appréciation par l'Assureur de la notion d'incapacité ou d'invalidité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale, du médecin de l'Assuré ou de tout autre organisme.

17.3 TIERCE EXPERTISE

Si l'Assuré conteste la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration, il peut demander l'ouverture d'une procédure de tierce expertise 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 TIERCE EXPERTISE EN CAS DE SINISTRE» dans les trois mois suivant son envoi par l'Assureur. Sur ce document, l'Assuré indique les coordonnées du médecin qu'il aura désigné pour le représenter dans cette procédure et il s'engage à prendre en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert, et ce qu'elle que soit l'issue de la procédure.

A réception, l'Assureur invite le Médecin contrôleur à désigner plusieurs médecins tiers experts et soumet les noms et coordonnées de ces praticiens à votre médecin, afin que ce dernier choisisse, parmi ces noms, le médecin tiers expert à qui sera confiée la mission de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur la désignation d'un médecin tiers, la procédure prend fin.

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

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

18. BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le bénéficiaire des prestations d'assurance est l'Organisme prêteur qui a consenti le prêt et/ou le crédit bail. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues et fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du prêt ou du crédit-bail en vigueur au jour du sinistre.

Avec l'accord préalable écrit de l'Organisme prêteur, les prestations ITT, IPT (en rente), IPP et IS AERAS pourront être versées directement sur le compte bancaire de l'Adhérent.



LES COTISATIONS

19. LE CALCUL DES COTISATIONS

L'Adhérent a le choix entre des cotisations variables ou constantes.

- Cotisations variables : le montant des primes varie chaque année en fonction de l'âge de l'Assuré et du capital restant dû ;
- Cotisations constantes : le montant des primes reste fixe pendant toute la durée du contrat. Le choix de la prime constante est réservé aux prêts amortissables, à mensualités constantes, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts à paliers.

Ce choix s'effectue au moment de la demande d'adhésion et ne peut être modifié en cours de vie de l'adhésion.

La cotisation est calculée notamment sur la base du montant initial du prêt garanti, de la durée de l'emprunt ou de l'acte de cautionnement, de l'âge de l'Assuré, de sa situation de santé, des risques déclarés, de la quotité assurée et de la formule d'assurance choisie.

Concernant les contrats de crédit-bail, outre la situation et les garanties choisies, la cotisation est calculée sur le cumul de l'ensemble des loyers restant dus toutes taxes comprises auquel on ajoute la valeur résiduelle du bien toutes taxes comprises.

L'échéancier des cotisations est fixé à l'adhésion:

- En cas de cotisations variables : il détaille les cotisations annuelles qui évoluent tous les ans en fonction des caractéristiques du contrat de prêt ou de crédit-bail (capital restant dû, échéances ou loyers, valeur résiduelle du bien...) et de l'âge de l'Assuré à la date anniversaire de l'adhésion. Les taux de cotisations sont fixés à l'adhésion et sont maintenus pendant toute la durée du contrat.
- En cas de cotisations constantes, l'échéancier reste constant sur toute la durée du prêt.

Les taux de cotisations (en cas de cotisations variables) ou les cotisations (en cas de cotisations constantes) peuvent uniquement évoluer:

- en cas de modification du prêt sans changement d'Organisme prêteur dans les conditions prévues à l'article 23 ;
- en cas de changement d'Organisme prêteur dans les conditions prévues à l'article 24 ;

20. LE PAIEMENT DES COTISATIONS

Chaque cotisation est payable (terme à échoir) à la date indiquée dans l'échéancier des cotisations qui lui est remis, et

prélevée par le Gestionnaire sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

L'Adhérent peut opter, au moment de l'adhésion, pour un paiement par prélèvement annuel, semestriel, trimestriel, ou mensuel, à condition que chaque prélèvement de cotisation soit supérieur à 20 € TTC.

Le montant de la première échéance prélevée est constitué de la première cotisation, des frais d'adhésion à l'association «Le Collège des Assurés», ainsi que de frais de dossier. Le montant de ces frais est indiqué sur la demande d'adhésion.

Annuellement, à date anniversaire du contrat, des frais d'adhésion à l'association « Le Collège des Assurés » sont prélevés par le Gestionnaire avec les cotisations. Le montant de ces frais est déterminé chaque année par le conseil d'administration de l'Association dans la limite d'un plafond mentionné sur la demande d'adhésion.

En cours de vie du contrat, le montant des cotisations est majoré de frais de gestion lorsque le Gestionnaire doit traiter des opérations de rejet de prélèvement bancaire (10 €) ou de mise en demeure pour non-paiement (25 €), uniquement en cas de provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition au prélèvement.

21. LES CONSEQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

L'Adhérent est tenu au paiement de l'intégralité des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

Si l'Adhérent ne règle pas les cotisations ou s'il a exercé son droit de remboursement du prélèvement et qu'il n'a pas régularisé le paiement de sa cotisation ou fraction de cotisation, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, adressée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

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

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



INFORMATIONS GENERALES

22. CHANGEMENT DE SITUATION

Doivent être communiqués au Gestionnaire, sur l'espace client ou par courrier tout changement de coordonnées téléphoniques, électroniques et postales de l'Adhèrent et/ou de l'Assuré, s'il s'agit d'une personne différente, utilisées pour la communication avec le Gestionnaire, dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers, courriels ou SMS seront transmis aux dernières coordonnées connues et produiront tous leurs effets.

23. MODIFICATION DU PRÊT SANS CHANGEMENT D'ORGANISME PRÊTEUR

Toute modification du prêt, du crédit-bail ou de l'engagement de caution couverts, dès que l'Adhèrent en a connaissance doit être communiqué au Gestionnaire, sur l'espace client ou par courrier.

S'il s'agit d'une augmentation du capital emprunté ou s'il s'agit d'un allongement de la durée du financement supérieur à 5 ans (à l'exclusion de toutes autres modifications du financement), la couverture de cette augmentation ou de cet allongement est subordonnée à l'acceptation préalable du Gestionnaire, délégué en cela par l'Assureur.

En cas de renouvellement des formalités d'adhésion, le taux annuel de prime applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement et la prime est calculée sur le montant du nouveau capital assuré.

S'il s'agit d'un remboursement anticipé partiel du prêt, la nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation. En cas de remboursement anticipé total, les primes ne sont pas remboursées.

24. FACULTE OFFERTE PAR LE CONTRAT EN CAS DE CHANGEMENT D'ORGANISME PRETEUR

Dans les 10 ans qui suivent la prise d'effet du prêt et/ou de l'adhésion au contrat CNP PROTECT, l'Adhèrent peut souhaiter changer d'établissement de prêt à l'occasion d'une renégociation ou d'un rachat de crédit. Il peut alors conserver son contrat CNP PROTECT, si :

- l'affectation du prêt est identique,
- la modification à la hausse des conditions du prêt restent dans la limite d'une augmentation du montant des mensualités de 5% maximum,
- elles ne font pas passer l'Assuré à un niveau de formalités médicales supérieur à celui fixé lors de l'adhésion.

La modification se fera aux mêmes conditions que l'adhésion initiale si elle a été acceptée sans majoration ni exclusion et fera l'objet d'un avenant au contrat.

En présence de risques aggravés ou de nouveaux risques, une étude médicale spécifique sera effectuée sur la base de la ou des pathologie(s) déclarée(s) et pourra entraîner le cas échéant l'émission d'une nouvelle proposition d'accord et un avenant au certificat d'assurance.

Si la limite de montant est dépassée ou si la demande est présentée au-delà d'une période de 10 ans suivant la prise d'effet du prêt et/ou de l'adhésion au contrat d'assurance, l'Assuré devra présenter une nouvelle demande d'adhésion.

Pour bénéficier de cette faculté, l'Adhèrent doit en faire la demande à l'Assureur au moment de la souscription du nouveau prêt ou de la renégociation du prêt initial.

25. DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE

Conformément à l'article L113-8 du code des assurances, *«indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts»*.

26. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, «Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui leur donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. »

Conformément à l'article L114-2 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 vous étant adressée en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et adressée par vous à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

27. RECLAMATION

En cas de réclamation relative à l'adhésion ou à la gestion du contrat d'assurance, l'Adhèrent et/ou l'Assuré si c'est une personne différente peuvent dans un premier temps contacter le courtier.

Si la réponse obtenue ne les satisfait pas, ils peuvent contacter

le service client du Gestionnaire, via leur espace client ou par voie postale à l'adresse suivante : 38, rue La Condamine - 75017 Paris.

En cas de réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droits peuvent s'adresser à CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs – Unité réclamation – TSA 81566 – 75716 PARIS CEDEX 15.

Enfin, si le désaccord persiste après la réponse définitive de CNP Assurances sur un sinistre, ils peuvent demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en saisissant directement leur demande sur www.mediation-assurance.org ou par courrier postal adressé à : 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 de l'Assurance n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Les dispositions du présent article sont sans préjudice des autres voies de recours légales, notamment le recours à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

28. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » modifiée et au Règlement général pour la protection des données 2016/679, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par l'Assureur et le Gestionnaire ou leur mandataire.

Les traitements de vos données ont pour finalité : l'étude des besoins spécifiques de chaque demande, la souscription, l'évaluation des risques, la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, l'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, la personnalisation et le ciblage des offres commerciales afin d'améliorer la relation commerciale, la gestion des réclamations et contentieux, les opérations relatives à la gestion des adhérents, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude.

Le recueil de l'ensemble des données à caractère personnel sollicitées est obligatoire pour l'étude des demandes d'adhésion et la conclusion, la modification ou l'exécution du contrat. A défaut, les demandes ne pourront pas être étudiées et le contrat ne pourra être conclu, modifié ou exécuté.

Le responsable du traitement des données en application du présent Contrat est le Gestionnaire.

Les destinataires des données à caractère personnel sont, dans le strict cadre du respect des finalités énoncées ci-dessus: les personnels du Gestionnaire, de l'assureur, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, les intermédiaires d'assurance, l'association souscriptrice du contrat d'assurance de groupe, les personnes intéressées au contrat ainsi que toute autorité administrative ou judiciaire habilitée ou plus généralement tout tiers autorisé pour satisfaire aux obligations légales ou réglementaires.

Le Gestionnaire peut prendre des décisions automatisées, y compris par profilage. En effet, la conclusion, la gestion et l'exécution des contrats impliquent l'évaluation des caractéristiques du risque assurantiel pour en déterminer en particulier la fréquence, son coût moyen, le coût du sinistre maximum possible, en établir la tarification et en vérifier l'assurabilité. Les conditions d'acceptation et les conditions tarifaires sont fixées conformément à la réglementation assurantienne en vigueur. Ces conditions portent notamment sur

des critères actuariels, environnementaux ou comportementaux.

Selon les cas, ces décisions peuvent se traduire par le refus d'accès à un produit ou un service. Cette décision individuelle automatisée est par conséquent nécessaire à la conclusion et à l'exécution des contrats qui nous lient.

Vos données seront conservées jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité des données. Afin de garantir la sauvegarde de vos droits dans le cadre de la prise de décision individuelle automatisée, le Gestionnaire peut vous mettre à disposition sur simple demande les informations utiles concernant la logique sous-jacente ainsi que l'importance et les conséquences du traitement.

Par ailleurs, vous disposez également du droit de donner des instructions relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès.

Pour exercer un ou plusieurs de vos droits ou pour contester une décision individuelle automatisée, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données soit auprès du Gestionnaire BPSIS par courrier à l'adresse suivante Délégué à la protection des données – 38, rue La Condamine – 75017 PARIS ou par mail à dpo@bpsis.fr ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Client en ligne ; soit auprès de l'Assureur CNP Assurances par courrier à l'adresse suivante CNP Assurances – Délégué à la protection des données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15 ou par mail à dpo@cnp.fr.

En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy 75007 Paris, 01 53 73 22 22.

29. AUTORITE DE CONTROLE

L'Assureur et le Gestionnaire sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

30. LOI APPLICABLE

Le contrat est rédigé en langue française, langue que l'Assureur s'engage à utiliser pendant la durée de l'adhésion. Les relations précontractuelles et le contrat CNP PROTECT sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de ce contrat relève de la compétence des juridictions françaises.

L'Assureur contribue annuellement aux ressources du fonds de garantie des assurances de personnes.

31. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

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

32. OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

En application de l'article L.223-2 du code de la consommation, l'Adhérent et l'Assuré si c'est une personne différente ont le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui leur permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels ils n'ont pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

33. ADHESION A L'ASSOCIATION « LE COLLEGE DES ASSURES »

33.1 OBJET

L'Association « Le Collège des Assurés » a pour objet :

- de regrouper des personnes qui souhaitent s'assurer à différents titres,

- de souscrire des contrats d'assurance collectifs en faveur de personnes recherchant des produits d'assurance adaptés à leurs besoins,
- de développer, rechercher et promouvoir des produits d'assurance adaptés aux besoins et aux situations de ses membres
- de représenter et défendre les intérêts de ces derniers.

33.2 ADHESION

Toute personne physique peut devenir Adhérent de l'Association « Le Collège des Assurés » à l'occasion de sa demande d'adhésion au contrat d'assurance CNP PROTECT. Son adhésion est effective dès lors que sa demande d'adhésion est acceptée par l'organisme assureur et que la cotisation annuelle est acquittée.

33.3 COTISATION

Une cotisation associative est due chaque année. Son montant est déterminé chaque année par le conseil d'administration de l'Association dans la limite d'un plafond mentionné sur la demande d'adhésion.

Ce montant est prélevé annuellement, à la date anniversaire du contrat, au début de chaque année par le Gestionnaire en même temps que la cotisation d'assurance.