

## NOTE D'INFORMATION relative au contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n°2795N

Cette note d'information vous concerne si, à l'adhésion, vous êtes âgé entre 65 ans et 70 ans. Dans ce cas, vous êtes assuré uniquement pour le risque Décès.

Entreprises contractantes :

Association Cap Protection, Association Loi 1901 - 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux

CNP Assurances, Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux – 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Nanterre – Entreprise régie par le code des assurances

### 1. NOM COMMERCIAL DU CONTRAT

Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts **CNP PREMIUM** n°2795N.

### 2. CARACTERISTIQUES DU CONTRAT

#### 2.1 - Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative **CNP PREMIUM** n°2795N comporte une garantie qui permet le remboursement sous forme de capital des prêts immobiliers en cas de survenance du risque décès intervenant **avant votre 85ème anniversaire**.

#### 2.2 - Durée du contrat

##### Durée du contrat d'assurance de groupe

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

##### Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de votre adhésion et de vos garanties visés à l'article 11 de la notice d'information.

#### 2.3 - Modalités de versement des cotisations

Vous vous engagez à payer les cotisations, calculées en pourcentage du capital initial du prêt et proportionnellement à la quotité d'assurance retenue lors de l'adhésion à l'assurance. Le taux de cotisation est indiqué dans l'attestation d'assurance. La cotisation est exigible dès la prise d'effet de la garantie et peut être prélevée par l'Assureur sur un compte ouvert à votre nom auprès d'un établissement de crédit domicilié en France.

**Vous êtes tenu au paiement de l'intégralité de vos cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. En cas de non-paiement des cotisations, vous pouvez être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.**

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

#### 2.4 - Délais et modalités de renonciation au contrat

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au contrat dans les **trente jours** calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 7.1 de la notice d'information.

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

« Je soussigné(e) (M. Mme).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance **CNP PREMIUM** n°2795N que j'ai signée le...../...../ (lieu d'adhésion). Le (date et signature) ».

La renonciation est effective à la date de réception par l'Assureur de la lettre de renonciation en recommandé avec Avis de Réception. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. En cas d'accord exprès de votre part pour la prise d'effet immédiate de la garantie, le contrat prend fin à la date de réception de la lettre de renonciation. L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la 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 à vos ayants droit de fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès :**

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité en cours de validité,
- un bulletin de décès ou un acte de décès original,
- une attestation de décès indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis à l'article 13 de la notice d'information. En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront en apporter la preuve par tout moyen. Pour les ressortissants de pays étrangers, ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

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 emprunt déjà couvert**, le taux annuel de cotisation applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement; et la cotisation est calculée sur le montant du nouveau capital assuré.

**En cas de remboursement anticipé total**, seules les cotisations encaissées postérieurement au remboursement anticipé total feront l'objet d'un remboursement.

En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un coemprunteur ou d'une caution, la cotisation perçue est alors calculée sur le montant du capital restant dû au jour de la signature de la demande d'admission.

#### 2.7 - Indications générales relatives au régime fiscal

Conformément à la législation fiscale française, 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. PROCEDURE D'EXAMENDES LITIGES

**Pour toute réclamation relative à la décision d'admission**, vous pouvez, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, vous adresser à : CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service Souscription - Réexamens - TSA 57161 - 75716 PARIS CEDEX 15..

**Pour toute réclamation relative à un sinistre**, vous ou vos ayants droit pouvez-vous adresser à Cbp France – Services Réclamation – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, vous ou vos ayants droit pourrez saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09 ou sur le site internet : [www.mediation-assurance.org](http://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 SOLVABILITE ET LA SITUATION FINANCIERE 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/Analyse-investisseur>.



## NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ASSURE

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative en couverture de prêts immobiliers **CNP PREMIUM** n° 2795N est souscrit par l'Association Cap Protection, dénommée 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.

### INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE (VAD)

#### **Ce que vous devez savoir avant de vous engager :**

- 1** - Le contrat **CNP PREMIUM** n° 2795N est garanti par CNP Assurances -Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux – 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Nanterre – Entreprise régie par le code des assurances et distribué par iAssure Société par actions simplifiée au capital de 100 000 € - Siège social 3 rue Victor Schoelcher - Bâtiments E et F - 44800 Saint Herblain - Numéro SIREN 524 114 600 R.C.S. Nantes - N° ORIAS 10057441.  
L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)- 4 Place de Budapest 75436 Paris Cedex09.
- 2** - Les montants de cotisations mentionnés à l'article 14 de la présente notice sont indiqués dans votre attestation d'assurance.
- 3** - La durée de l'adhésion est fixée à l'article 7.1 de la présente notice.  
Les garanties de votre adhésion sont mentionnées aux articles 3 et 4 de la présente notice.  
Les exclusions au contrat sont mentionnées à l'article 13 de la présente notice.
- 4** - L'offre contractuelle d'assurance définie dans la présente notice d'information est valable 6 mois à compter de la date d'établissement du Projet d'assurance.  
Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 7 de la présente notice.  
L'adhésion au contrat **CNP PREMIUM** n° 2795N s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 6 de la présente notice.  
Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article 14 de la présente notice.  
Les frais afférents à la vente à distance sont à votre charge. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par vous et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- 5** - Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 8 de la présente notice. En contrepartie de la prise d'effet à la date de signature de l'offre de prêt, vous devez acquitter un premier versement de cotisation.
- 6** - Les relations précontractuelles et contractuelles entre vous et l'Assureur sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.
- 7** - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 19 de la présente notice.  
Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25 juin 99 - article L. 423-1 du code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23 janvier 90).

## SOMMAIRE

---

<b>CNP PREMIUM</b> .....	<b>5</b>
1 – OBJET DU CONTRAT .....	5
2 – RECAPITULATIF DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT .....	5
<b>CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT</b> .....	<b>6</b>
3 – LES GARANTIES EMPRUNTEUR .....	6
3.1 – GARANTIE DÉCÈS .....	6
3.2 – GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) .....	6
3.3 – GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT) .....	6
3.4 – GARANTIES INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) .....	7
3.5 – LA GARANTIE INVALIDITÉ AERAS (IA) .....	8
3.6 – REGLE DE CALCUL DES PRESTATIONS .....	8
4 – LES GARANTIES FAMILLE .....	9
4.1 – UN AVANTAGE NAISSANCE .....	9
4.2 – UNE GARANTIE « ENFANT MALADE » .....	9
4.3 – UNE GARANTIE « PARENT DÉPENDANT » .....	9
<b>VOS CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION</b> .....	<b>9</b>
5 – QUI PEUT ADHERER? .....	9
5.1 QUELS SONT LES TYPES DE PRÊTS ASSURABLES ? .....	9
5.2 QUELLE EST LA QUOTITÉ ASSURÉE ? .....	9
5.3 QUELS SONT LES MONTANTS ASSURABLES ? .....	9
6 – COMMENT ADHERER? .....	9
<b>VIE DU CONTRAT</b> .....	<b>10</b>
7 – LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE ADHESION .....	10
7.1 DATE DE CONCLUSION DE VOTRE ADHÉSION .....	10
7.2 DATE DE PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES .....	10
8 – QU'EST-CE QUE LA FACULTÉ DE RENONCIATION ? .....	11
9 – VOS DÉCLARATIONS EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION .....	11
10 – TERRITORIALITE DE VOTRE CONTRAT .....	11
11 – CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES .....	11
12 – VOTRE FACULTÉ DE RÉSILIATION .....	12
13 – EXCLUSIONS DU CONTRAT .....	12
14 – CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS .....	12
<b>QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE</b> .....	<b>13</b>
15 – LES FORMALITÉS À REMPLIR .....	13
15.1 QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS ? .....	13
15.2 QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE PTIA ? .....	13
15.3 QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS D'ITT ? .....	13
15.4 QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS D'IPT OU IPP ? .....	13
15.5 QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS D'INVALIDITÉ AERAS (IA) ? .....	14
15.6 QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE NAISSANCE? .....	14
15.7 QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS D'ENFANT MALADE ? .....	14
15.8 QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE PARENT DÉPENDANT ? .....	14
16 – BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS .....	14
17 – CONTRÔLE ET EXPERTISE .....	14
18 – TIERCE EXPERTISE .....	14
<b>INFORMATIONS GENERALES</b> .....	<b>15</b>
19 – COMMENT FAIRE UNE RECLAMATION? .....	15
20 – INFORMATION DES ASSURÉS .....	15
21 – PRESCRIPTION .....	15
22 – LUTTE ANTI-BLANCHIMENT .....	15
24 – LOIS APPLICABLES .....	15
25 – ADHESION A L'ASSOCIATION CAP PROTECTION .....	16
25.1 OBJET .....	16
25.2 ADHÉSION .....	16
25.3 COTISATION .....	16
26 – AUTORITE DE CONTRÔLE .....	16

## 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.

#### ACTIVITES NON-PROFESSIONNELLES

Pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle, il s'agit des activités ménagères et de la gestion des affaires familiales et personnelles, réalisées de manière autonome et habituelle.

#### ADHERENT

Personne physique qui adhère au Contrat d'assurance de groupe. Dans le présent contrat l'Adhérent est également la personne Assurée.

**AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)** Signée par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs, la convention AERAS a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un grave problème de santé. (Source: site AERAS - La Convention AERAS en 10 points)

#### ASSURANCE DE GROUPE

Contrat d'assurance souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise, appelé Souscripteur, en vue de l'adhésion d'un ensemble de personne (appelés Adhérent) répondant à des conditions définies dans le contrat, pour la couverture de risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage.

**Attention dans le présent Contrat le risque Chômage n'est pas couvert.**

#### ASSURÉ

Personne sur la tête de laquelle portent les garanties prévues par le Contrat. Il s'agit d'une personne physique.

#### ASSUREUR

Personne morale qui s'engage, moyennant le paiement de vos 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

Personne morale désignée par l'Adhérent pour recevoir les Prestations garanties en cas de Sinistre pris en charge. Dans le présent Contrat, le Bénéficiaire des Prestations est le Prêteur.

### C

#### CAPITALASSURÉ

Part du Capital emprunté couvert par le Contrat d'assurance. Il s'agit du capital initial multiplié par la quotité.

#### CAPITAL INITIAL

Montant emprunté au jour de la souscription du contrat de crédit.

#### CAPITAL RESTANT DÛ

Part du Capital emprunté que l'emprunteur doit encore rembourser à l'organisme Prêteur, appréciée à une date déterminée.

#### CAUTION

Personne physique qui s'engage auprès du Prêteur à rembourser les échéances du prêt contracté par l'emprunteur, personnes physique ou morale, à la place de celui-ci en cas de non-paiement.

#### CONSOLIDATION

Stabilisation de l'état de santé de l'Assuré en arrêt de travail, médicalement reconnue par le médecin conseil de l'Assureur, suite à un accident ou une maladie garantie, dans les conditions prévues par le Contrat. Cet état n'est plus amené à évoluer ni vers une amélioration, ni vers une aggravation, compte tenu des connaissances de la médecine. Avant Consolidation, on parle d'incapacité. Après Consolidation, on parle d'invalidité.

#### CONTRAT D'ASSURANCE

Votre Contrat d'assurance se compose des documents d'adhésion suivants.

##### La Demande d'Admission

**Le Questionnaire de Santé lorsque la complétude d'un questionnaire de santé est requis**

**La Note d'information définit les dispositions pour les Assurés garantis uniquement contre le risque de Décès.**

**La Notice d'information** définit les dispositions communes à tous les Assurés et décrit les garanties proposées ainsi que les obligations de l'Assuré et de l'Assureur.

**Le Bon pour Accord** formalise la décision de l'Assureur.

**L'Attestation d'assurance** indique les conditions dans lesquelles l'Assureur vous a accepté dans le Contrat d'assurance, lesquelles peuvent déroger aux dispositions de la Notice d'information.

Il est important de prendre connaissance de tous ces documents et de les conserver.

#### COTISATIONS

Versement périodique effectué par l'Assuré à l'Assureur, en contrepartie des garanties accordées par celui-ci. Les cotisations sont prélevées par Cbp France - Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € - Siège social 3 rue Victor Schoelcher - Bâtiments E et F - 44800 Saint Herblain - Numéro SIREN 524 114 600 R.C.S. Nantes - N° ORIAS 10057441.

### D

#### DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION

Date à laquelle le Contrat d'assurance est conclu, c'est-à-dire lorsque l'Assureur a accepté votre demande d'adhésion et, en cas d'acceptation de l'Assureur avec des restrictions, que vous avez accepté les éventuelles restrictions.

#### DATE D'EFFET DES GARANTIES

Date à laquelle les garanties prennent effet et peuvent être mises en jeu.

#### DEMARCHAGE

Le fait d'être sollicité à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail, même à votre demande, en vue de conclure un contrat d'assurance.

## F

### FACULTE DE RENONCIATION

Faculté qui vous permet de revenir sur une demande d'adhésion sans motifs et sans pénalités, dans un certain délai et sous réserve qu'aucun sinistre ne soit en cours de prise en charge.

### FACULTE DE RESILIATION

Faculté qu'a l'Assuré de changer librement d'assurance emprunteur, sous réserve que le nouveau contrat présente un niveau de garanties équivalentes.

### FAIT INTENTIONNEL

Fait commis volontairement pour provoquer un Sinistre.

### FAUSSE DÉCLARATION

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui sont fournies à l'Assureur tant à l'adhésion qu'à l'occasion d'un Sinistre.

### FINANCEMENT

Opération composée d'un ou plusieurs prêts de type définis à l'article 5.1 et souscrits auprès du même établissement Prêteur. Seuls les prêts en euros sont assurables.

### FRANCHISE

Période entre la date de survenance d'un Sinistre et le début de sa prise en charge par l'Assureur. La Franchise concerne uniquement la garantie Incapacité Temporaire Totale. Elle est de 90 jours. En cas de sinistre, la prise en charge commencera à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.

## G

### GESTIONNAIRE

Organisme qui gère le Contrat d'assurance pour le compte de l'Assureur. Dans le présent Contrat il s'agit de Cbp France. Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € - RCS Nantes 433 841285 NAF 6622 Z, dont le siège social est situé 3, rue Victor Schœlcher, Bâtiment E et F, 44800 SAINT HERBLAIN- Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 009 023.

## I

### INACTIF

Personne qui n'est ni en emploi, ni en recherche d'emploi (chômage). Exemples : *personne au foyer, investisseur vivant des revenus de ses investissements...* Les retraités ne sont pas considérés comme des inactifs.

### INTERMEDIAIRE D'ASSURANCE

Personne qui, contre rémunération, exerce une activité qui consiste à présenter, proposer ou aider à conclure des contrats d'assurance ou à réaliser d'autres travaux préparatoires à leur conclusion. Tout intermédiaire d'assurance doit être immatriculé à l'ORIAS.

## M

### MÉDIATEUR

Lors d'un litige ou d'un désaccord avec l'Assureur, l'Assuré a la possibilité de faire appel au Médiateur en dernier recours. Le recours au Médiateur ne prive pas l'Assuré de la faculté d'une action judiciaire. Les coordonnées du Médiateur de l'assurance sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

## P

## PRESTATION

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

## PRÊTEUR

Le Prêteur désigne l'établissement de crédit qui vous a octroyé ou qui est susceptible de vous octroyer votre (vos) prêt(s) immobilier(s). Le Prêteur est le Bénéficiaire des Prestations.

## Q

### QUOTITÉ ASSURÉE

La Quotité, exprimée en pourcentage, représente la part du Capital assuré sur la tête de chaque Assuré. En cas de pluralité d'emprunteurs, cette Quotité peut être différente pour chacun des co-emprunteurs. La Quotité choisie s'applique sur l'ensemble des garanties.

*Exemple d'un prêt de 100 000 €, où l'Emprunteur choisit une Quotité de 100 % et le co-emprunteur une quotité de 40 % :*

*- L'emprunteur sera couvert à hauteur de 100 000 € (soit la part assurée du Capital emprunté). En cas de Sinistre couvert, la Prestation de l'Assureur s'élèvera à 100 % du Capital restant dû ou de l'échéance de remboursement du prêt.*

*- Le co-emprunteur sera couvert à hauteur de 40 000 €. En cas de Sinistre couvert, la Prestation de l'Assureur s'élèvera à 40 % du Capital restant dû ou de l'échéance de remboursement du prêt.*

## R

### RECHUTE

Cas d'un Assuré qui, suite à une même maladie ou un même événement, se trouve en situation d'Incapacité Temporaire Totale après :

- une première période d'ITT indemnisée,
- et une reprise de son activité professionnelle ou de ses occupations quotidiennes pendant moins de 60 jours.

### RÉSIDENT FRANÇAIS

Personne physique, quelle que soit sa nationalité, qui réside fiscalement en France.

Vous devez être résident français pour souscrire le Contrat.

### RISQUE

Événement incertain quant à sa survenance ou sa date de survenance indépendant de la volonté de l'assuré, et pour lequel l'adhérent souhaite s'assurer.

## S

### SINISTRE

Événement susceptible de faire jouer les garanties du Contrat (exemples : décès, accident ou maladie provoquant un arrêt de travail...).

### 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 Cap Protection.

## V

### VENTE À DISTANCE

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

## CNP PREMIUM

### 1 – OBJET DU CONTRAT

**CNP PREMIUM** a pour objet de vous garantir, suivant la nature de votre prêt, contre les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Invalidité AERAS (IA), tels que définis aux articles 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 et 3.5 de la présente notice d'information.

Vous disposez également de trois garanties Famille, qui complètent vos garanties Emprunteur: un avantage « naissance », une garantie « Enfant malade » et une garantie « Parent dépendant ». Ces garanties vous sont expliquées aux articles 4.1, 4.2 et 4.3 de la présente notice d'information.

### 2 – RECAPITULATIF DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

Les garanties Emprunteur	Prise en charge	Prestation pour les actifs (en fonction de la quotité assurée)	Prestation pour les inactifs (en fonction de la quotité assurée)
Décès	Jusqu'à 85 ans	Capital Restant Dû	Capital Restant Dû
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Jusqu'à 67 ans	Capital Restant Dû	Capital Restant Dû
Incapacité Temporaire Totale	Jusqu'à 67 ans	100 % de la mensualité du prêt	100 % de la mensualité du prêt
Invalidité Permanente Totale	Jusqu'à 67 ans	100 % de la mensualité du prêt	100 % de la mensualité du prêt
Invalidité Permanente Partielle	Jusqu'à 67 ans	50 % de la mensualité du prêt	
Invalidité AERAS	Jusqu'à 67 ans	100 % de la mensualité du prêt	

Les garanties Famille	Prise en charge	Prestation
Un avantage « naissance »	Jusqu'à 67 ans	Exonération des cotisations d'assurance *
Une garantie « Enfant malade »	Jusqu'à 67 ans	50 % de la mensualité du prêt * (en fonction de la quotité assurée)
Une garantie « Parent dépendant »	Jusqu'à 67 ans	50 % de la mensualité du prêt * (en fonction de la quotité assurée)

\* Limité à 3 mois

#### Sous quelles conditions pouvez-vous bénéficier des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP, IA?

- Si vous adhérez au contrat d'assurance en tant que caution, vous devez avoir actionné vos obligations de caution pendant plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre PTIA, ITT, IPT ou IPP pour demander le bénéfice des garanties.
- Les garanties ITT, IPT, IPP et IA ne s'appliquent pas durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les crédits en comportant, ni aux crédits non amortissables (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts),
- L'IPP, et l'IA s'appliquent exclusivement aux assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre.

Vous pouvez renoncer aux garanties ITT, IPT et IPP si vous réalisez un investissement immobilier à caractère locatif. Ce choix est exercé lors de l'adhésion et est définitif pour toute la durée du prêt.

Pour les prêts avec différé total (différé de capital et intérêts), l'assurance couvre, pendant le différé, uniquement les risques de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

**PTIA** : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie  
**ITT** : Incapacité Temporaire Totale  
**IPT** : Invalidité Permanente Totale  
**IPP** : Invalidité Permanente Partielle

## CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT

### 3 - LES GARANTIES EMPRUNTEUR

En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucune conséquence d'un sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion du candidat à l'assurance ne pourra être prise en charge. Un sinistre en cours s'entend :

- pour une personne qui exerce une activité professionnelle, de tout arrêt de travail en cours au moment de l'adhésion, que cet arrêt soit consécutif à une maladie ou à un accident et qu'il soit indemnisé ou non ;
- pour une personne qui exerce des activités non professionnelles, de toute impossibilité d'exercer ses activités habituelles au moment de l'adhésion.

Sous réserve de la décision de l'Assureur et du paiement des cotisations, tout ou partie des garanties vous est accordée selon la nature du (des) prêt(s). Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre attestation d'assurance.

#### 3.1 - GARANTIE DÉCÈS

Cette garantie vous couvre en cas de décès survenant pendant la durée de votre adhésion et **avant votre 85<sup>ème</sup> anniversaire**.

##### Qu'est-ce que la garantie Décès et que prenons-nous en charge ?

Nous versons au Prêteur proportionnellement à la Quotité assurée :

- pour les prêts amortissables :
  - le capital restant dû figurant au tableau d'amortissement après l'échéance précédant immédiatement la date du décès (l'échéance qui se situerait le jour du décès serait réputée due),
  - les intérêts courus depuis cette dernière échéance jusqu'au jour du décès.
- Pour les prêts non amortissables en capital et pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital (pendant la période de différé) :
  - le montant initial du prêt,
  - les intérêts courus depuis la dernière échéance d'intérêts jusqu'au jour du décès.

#### 3.2 - GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

##### Qu'est-ce que la PTIA ?

Vous êtes reconnu en état de PTIA lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'invalidité dont vous êtes atteint vous place dans l'impossibilité totale et définitive de vous livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée pouvant vous procurer gain ou profit,
- cette invalidité vous met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
- la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur se situe **avant votre 67<sup>ème</sup> anniversaire**.

##### Que prenons-nous en charge en cas de PTIA ?

Le versement de la prestation est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical à l'issue duquel l'Assureur fixera la date de reconnaissance du sinistre. En cas de PTIA, la prestation versée par l'Assureur est identique à celle définie ci-dessus pour la garantie Décès. Cette prestation est calculée à la date de survenance du sinistre reconnue par l'Assureur.

Si vous êtes pris en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Invalidité Permanente Partielle (IPP) vous pouvez bénéficier d'une prise en charge du capital au titre de la garantie PTIA si vous venez à en remplir les conditions. Toutefois, les prestations ITT ou IPT ou IPP qui vous auront été versées postérieurement à la date de reconnaissance de la PTIA seront imputées sur les capitaux restant dus à cette date.

### 3.3 - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

##### Qu'est-ce que l'ITT ?

Vous êtes en état d'ITT lorsque, en cours d'assurance, les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

- **Si vous exercez une activité professionnelle au jour du Sinistre**

1. Vous vous trouvez, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant votre 67<sup>ème</sup> anniversaire**, dans l'incapacité reconnue médicalement, d'exercer votre activité professionnelle, même à temps partiel.

2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de franchise de 90 jours, **période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur**.

3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 15.3.

- **Si vous n'exercez pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre**

1. Vous vous trouvez, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant votre 67<sup>ème</sup> anniversaire**, dans l'incapacité reconnue médicalement, d'exercer vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel.

2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de franchise de 90 jours, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 15.3.

##### Que prenons-nous en charge en cas d'ITT ?

En cas d'ITT survenue **avant votre 67<sup>ème</sup> anniversaire**, et après expiration du **délai de franchise de 90 jours**, l'Assureur règle au Prêteur en fonction de la quotité du prêt garantie :

- les échéances en capital et intérêts pour les prêts amortissables et pour la phase d'amortissement des prêts comportant un différé,
- les échéances en intérêts seulement pour les prêts non amortissables en capital, ou avec différé d'amortissement du capital (pendant la phase de différé).

**Cette prise en charge s'effectue au prorata du nombre de jours d'incapacité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur dans la limite de 1095 jours décomptés après expiration du délai de franchise de votre Incapacité Temporaire Totale, et ce au plus tard jusqu'à votre 67<sup>ème</sup> anniversaire.**

Toutefois en cas de reprise du travail en mi-temps thérapeutique, la prise en charge s'effectuera dans la limite de 50% de l'échéance, au prorata de la quotité assurée, pendant une durée maximum de 180 jours au titre d'une même mise en jeu de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

Si vous êtes indemnisé de façon continue au titre de la garantie ITT depuis plus de trois ans et si les éléments médicaux de votre dossier conduisent à conclure au caractère définitif de votre état d'incapacité, l'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre des garanties Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle.

##### Que se passe-t-il si vous modifiez vos échéances en cours d'adhésion ?

###### a) Hors sinistre

Lorsque vous décidez de modifier à la hausse le montant de vos échéances de prêt, le surplus d'échéance ne sera pris en compte par l'Assureur qu'au terme d'un délai d'attente de 90 jours, et ce pour autant qu'aucun sinistre ne soit survenu pendant ledit délai.

- En cas de sinistre survenant pendant le délai d'attente, l'indemnisation portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation.

- En cas de sinistre survenant après le délai d'attente, l'indemnisation portera sur le montant de la nouvelle échéance. Lorsque vous décidez de modifier à la baisse le montant de vos

échéances de prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

#### b) **En cours de sinistre**

Lorsque vous décidez, en cours de sinistre, de modifier le montant de vos échéances de prêt, l'Assureur indemniserà sur les bases suivantes:

- modification à la hausse : la prise en charge portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation, et ce pendant toute la durée du sinistre ;
- modification à la baisse : la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

#### Que se passe-t-il en cas de rechute ITT ?

La période de franchise n'est pas appliquée en cas de nouvelle période d'ITT justifiée conformément à l'article 15.3, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à **60 jours**.

#### De quels délais disposez-vous pour déclarer votre état d'ITT ?

Il vous appartient de fournir à l'Assureur, à l'issue du délai de franchise et au plus tard 90 jours après la fin de ce délai, les documents ci-après. **A défaut de respect de ce délai, une déchéance partielle de garantie pourra vous 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 date de prise en charge pour l'évaluation et la mise en œuvre des prestations est celle de la réception de la demande de prestations par l'Assureur.**

#### En cas de prise en charge au titre de la garantie ITT, quand cesse le versement de vos prestations ?

En complément des causes de cessation des garanties visés à l'article 11, les prestations ITT cessent :

- dès que vous reprenez une activité professionnelle même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès que vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 15.3,
- dès que vous bénéficiez de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite (ou pré-retraite) résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat,
- dès que vous bénéficiez de prestations d'incapacité partielle (et notamment indemnités journalières, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3, pension de première catégorie pour les salariés sauf en cas de temps partiel thérapeutique),
- dès le moment où, après visite médicale initiée par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer votre activité professionnelle que vous exercez à la veille du sinistre,
- dès le moment où, après visite médicale initiée par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer vos activités habituelles non professionnelles, si vous n'exercez pas d'activité professionnelle à la veille du sinistre,
- dès que vous percevez une prise en charge au titre de la garantie IPT ou de la garantie IPP,
- au 1095<sup>ème</sup> jour décompté après expiration du délai de franchise de votre Incapacité Temporaire Totale, date à laquelle l'assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou de la garantie Invalidité Permanente Partielle.

### 3.4 - GARANTIES INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

#### Comment fonctionnent vos garanties IPT et IPP ?

Vous êtes reconnu en état d'IPT ou d'IPP à partir du jour de Consolidation de votre état de santé, et au plus tard **1095 jours** décomptés après expiration du délai de franchise de votre Incapacité Temporaire Totale par l'Assureur. A cette date, le Médecin Conseil de l'Assureur fixe, sur la base des documents médicaux transmis et/ou d'une expertise médicale,  **votre taux global d'incapacité** (cf. tableau ci-dessous).

**Si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au**

#### jour du sinistre :

- ce taux est déterminé en fonction de votre taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

#### Si vous êtes sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :

- ce taux est déterminé en fonction de votre taux d'incapacité fonctionnelle.

#### 1 Taux d'incapacité fonctionnelle

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique ou mentale, suite à votre accident ou à votre maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

#### 2 Taux d'incapacité professionnelle

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité totale par rapport à votre profession. Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à votre accident ou à votre maladie, des conditions d'exercice normales de votre profession et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces deux taux permettent de définir votre taux global d'incapacité, d'après le tableau suivant :

TAUX GLOBAL D'INCAPACITE										
1 Taux d'incapacité fonctionnelle en %	2 Taux d'incapacité professionnelle en %									
	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
Vous bénéficiez d'une prestation égale à 50% de celle prévue dans le cadre de la garantie ITT	Vous bénéficiez d'une prestation identique à celle prévue dans le cadre de la garantie ITT

#### Comment lire ce tableau ?

Votre **taux global d'incapacité** détermine la garantie applicable et son niveau de prise en charge correspondant.

Par exemple, si vous avez un taux d'incapacité fonctionnelle de 50% et un taux d'incapacité professionnelle de 40%, alors vous avez un taux global d'incapacité de 43%. Vous êtes alors en état d'IPP.

#### Que prenons-nous en charge en cas d'IPT ou d'IPP ?

- **Votre taux global d'incapacité, fixé sur la base de ce tableau, est supérieur ou égal à 66 % :** vous êtes reconnu en état d'IPT. La prestation est identique à celle de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge.
- **Votre taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau se situe entre 33 % et 65 % inclus :** vous êtes reconnu en état d'IPP. La prestation correspond à 50% de la prise en charge au titre de la garantie ITT, selon les mêmes limites de montant et de prise en charge que pour la garantie ITT.
- **Votre taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est strictement inférieur à 33 % :** vous n'êtes éligible à aucune des deux garanties et ne bénéficiez alors d'aucune prestation. Toutefois en cas de reprise du travail en mi-temps thérapeutique, la prise en charge s'effectuera dans la limite de 50% de l'échéance, au prorata de la quotité assurée pour la

garantie IPT et de à 50% de celle prévue dans le cadre de la garantie ITT pour la garantie IPP, pendant une durée maximum de 180 jours au titre d'une même mise en jeu de la garantie invalidité permanente totale et de la garantie invalidité permanente partielle.

#### En cas de prise en charge au titre des garanties IPT et IPP, quand cesse le versement de vos prestations ?

En complément des causes de cessation des garanties visés à l'article 11, les prestations IPT et IPP cessent dès que vous reprenez une activité professionnelle même à temps partiel sauf en cas de temps partiel thérapeutique, -dès que vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 15.4,

-dès que vous bénéficiez de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause sauf si la mise à la retraite (ou pré-retraite) résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat,

- dès que vous n'êtes plus en état d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle au sens du contrat,

- si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre : dès que votre taux contractuel d'incapacité est inférieur à 33%,

- si vous êtes Sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre : dès que votre taux d'incapacité fonctionnelle devient inférieur à 66%.

#### Que se passe-t-il en cas de reprise de travail suite à une prise en charge IPT ou IPP ?

Si après avoir repris votre travail pendant une période inférieure ou égale à 60 jours, vous êtes 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.

### 3.5 - LA GARANTIE INVALIDITÉ AERAS (IA)

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

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

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

Vous êtes en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement:

1. Votre invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.

2. Votre état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.

3. Votre taux d'incapacité fonctionnelle est **supérieur ou égal à 70 %** (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N° 2001-99 du 31 janvier 2001).

La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu au paragraphe « CONTROLE MEDICAL » pour apprécier ce taux

et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.

4. Vous devez justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :

- Si vous êtes salarié : d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale ;

- Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;

- Si vous êtes non salarié : d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de votre profession.

5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe **avant votre 67ème anniversaire.**

#### A quelles prestations avez-vous droit en cas d'Invalidité AERAS?

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

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

#### Quand cessent les prestations de la garantie Invalidité AERAS?

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

-dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés au paragraphe « CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES»;

-lorsque vous n'êtes plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini au paragraphe « DEFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITE AERAS »;

-lorsque vous n'êtes plus en mesure de fournir les attestations de versement de votre régime de protection sociale visé au point 4 de la définition de la garantie ;

-lorsque après contrôle médical votre taux d'incapacité fonctionnel est **inférieur à 70%** ;

-en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle sauf en cas de temps partiel thérapeutique.

### 3.6 - REGLE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Les prestations de l'Assureur sont déterminées selon la quotité garantie, quelle que soit la garantie mise en jeu.

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

Lorsque plusieurs Assurés sont garantis au titre d'un même prêt immobilier, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures aux montants dus au titre des prêts garantis, et figurant soit sur le tableau d'amortissement, soit sur l'échéancier du contrat de prêt. Dans le cas où vous avez souscrit plusieurs prêts immobiliers couverts par l'Assureur au titre du contrat

**CNP PREMIUM**, la prise en charge sera plafonnée au montant maximum garanti défini à l'article 5.3. En cas de dépassement du plafond maximum assurable, les prestations versées au titre des garanties ITT, IPT et IPP seront réduites proportionnellement.

Pour le financement dont la mise en place a pour incidence de porter l'encours de prêts reposant sur un même Assuré au-delà du plafond de **1 200 000 euros**, les prestations en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité Permanente Totale (IPT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), seront calculées, pour ce financement, proportionnellement au ratio

Capital garanti pour ce financement

Capital initial emprunté pour ce financement pondéré par la quotité

Le capital garanti pour ce financement est égal à la différence entre **1 200 000 euros** et la somme des capitaux restant dus pondérés par les quotités assurées pour les prêts réalisés antérieurement et toujours en cours à la date du sinistre.

## 4 - LES GARANTIES FAMILLE

### 4.1 – Un avantage naissance

En cas de naissance ou d'adoption pendant la durée de l'assurance, vous bénéficiez de l'exonération de vos cotisations d'assurance pendant 3 mois. **Cet avantage n'est accordé qu'une seule fois pendant toute la durée de votre adhésion au contrat d'assurance.**

### 4.2 – Une garantie « Enfant malade »

Vous bénéficiez d'une garantie « Enfant malade » lorsque, en cours d'assurance, les quatre conditions suivantes sont réunies cumulativement:

- votre enfant est hospitalisé avant son 16<sup>ème</sup> anniversaire, y compris en cas d'hospitalisation à domicile dans le cadre défini par les articles D 6124-306 et suivants du Code de la santé publique,
- votre enfant est atteint d'une maladie ou d'un handicap, ou victime d'un accident, qui nécessite votre présence à ses côtés,
- vous bénéficiez de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 à L544-9 du code de la sécurité sociale,
- vous devez cesser ponctuellement et totalement votre activité professionnelle pour vous occuper de votre enfant hospitalisé.

Cette garantie concerne votre enfant légitime, naturel ou adopté, à charge du foyer fiscal de l'Assuré.

#### Quelle est la prestation de la garantie Enfant malade ?

En cas de mise en œuvre de la garantie Enfant malade, et **avant le 16<sup>ème</sup> anniversaire de votre enfant**, l'Assureur règle au Prêteur en fonction de la Quotité assurée :

- 50 % des échéances en capital et intérêts pour les prêts amortissables et pour la phase d'amortissement des prêts comportant un différé,
- 50 % des échéances en intérêts seulement pour les prêts non amortissables en capital, ou avec différé d'amortissement du capital (pendant la phase de différé).

**La prestation ne pourra excéder 3 mois d'indemnisation maximum.** Le versement de cette prestation peut être continu ou discontinu sur une année calendaire. Vous pourrez bénéficier d'une nouvelle indemnisation au titre de la garantie Enfant malade à expiration d'un délai d'attente de 12 mois décompté après le dernier jour indemnisé par l'Assureur. Cette nouvelle mise en jeu de la garantie devra répondre aux quatre conditions ci-dessus énumérées.

**La prestation de la garantie Enfant malade ne peut pas se cumuler avec une autre garantie.**

### 4.3 - Une garantie « Parent dépendant »

Vous bénéficiez d'une garantie « Parent dépendant » lorsque, en cours d'assurance, les quatre conditions suivantes sont réunies cumulativement:

- votre Parent souffre d'une perte d'autonomie classée au niveau Gir 1, 2 ou 3 dans la grille Aggir (Autonomie Gérontologique Groupes Iso- Ressources)\*,
- votre Parent bénéficie d'une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA),
- vous devez cesser votre activité professionnelle totalement pendant 2 mois minimum pour vous occuper de votre Parent dépendant,
- vous bénéficiez du « congé de proche aidant », défini aux articles L3142-16 à L3142-27 du code du travail.

\* La grille nationale Aggir permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), afin de déterminer d'une part l'éligibilité à l'allocation, et d'autre part le niveau d'aide dont il a besoin.

Cette garantie concerne vos ascendants directs 1<sup>er</sup> degré, ici dénommés Parent, en situation de dépendance telle que définie ci-dessus.

#### Quelle est la prestation de la garantie Parent dépendant?

En cas de mise en œuvre de la garantie Parent dépendant, l'Assureur règle au Prêteur en fonction de la Quotité assurée :

- 50 % des échéances en capital et intérêts pour les prêts amortissables et pour la phase d'amortissement des prêts

comportant un différé,

- 50 % des échéances en intérêts seulement pour les prêts non amortissables en capital, ou avec différé d'amortissement du capital (pendant la phase de différé).

**Cette prestation est limitée à 3 mois par Parent sur la durée de votre adhésion au contrat d'assurance.**

**La prestation de la garantie Parent dépendant ne peut pas se cumuler avec une autre garantie.**

## VOS CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION

### 5 - QUI PEUT ADHERER ?

**Vous pouvez adhérer au présent Contrat si :**

- Vous êtes membre de l'Association Cap Protection.
- Vous êtes âgé de moins de 70 ans au jour de la demande individuelle d'adhésion (date anniversaire de naissance) pour la garantie Décès et de moins de 65 ans (date anniversaire de naissance) pour les autres garanties.
- Vous résidez fiscalement en France.

Vous avez souscrit un emprunt en qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur ou, en tant que caution d'un emprunteur, personne physique ou personne morale, au titre des prêts assurables, tels que définis à l'article 5.1 de la notice d'information.

#### 5.1 Quels sont les types de prêts assurables ?

Le/les prêt(s) assurable(s) peut/peuvent être un/des :

- Prêt(s) immobilier(s) amortissable(s) d'une durée maximale de 25 ans hors différé total (différé de capital et intérêts) ou différé partiel (différé de capital seulement) d'une durée maximale de 3 ans,
- Prêt(s) In fine d'une durée maximale de 10 ans,
- Prêt(s) Relais d'une durée maximale de 2 ans.

Seuls les prêts en euros sont assurables.

#### 5.2 Quelle est la quotité assurée ?

Le montant du capital assuré dépend de la quotité que vous indiquez sur la demande d'adhésion.

Vous pouvez choisir la quotité assurée par tranche de 1% à 100 %, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

La quotité d'assurance retenue s'applique à l'ensemble des risques couverts. En cas de modification des quotités en cours d'assurance qui entraîne une augmentation du capital garanti, vous devez renouveler les formalités d'adhésion définies à l'article 6.

#### 5.3 Quels sont les montants assurables ?

L'encours, tel que défini par le présent article, correspond au capital garanti par l'Assureur au titre de l'ensemble de vos prêts consentis par le Prêteur et assurés par CNP Assurances.

*Par exemple, si vous empruntez 100.000 euros avec une quotité de 50%, votre encours (capital garanti) est de 50.000 euros.*

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré au jour de l'adhésion est fixé à **1 200 000 euros** pour le contrat **CNP PREMIUM**, quel que soit le nombre de prêts consentis par le Prêteur, en prenant en compte la quotité assurée.

### 6 - COMMENT ADHERER ?

#### Quelles sont les formalités d'adhésion ?

**En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucune conséquence d'un sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion du candidat à l'assurance ne pourra être prise en charge. Un sinistre en cours s'entend :**

- pour une personne qui exerce une activité professionnelle, de tout arrêt de travail en cours au moment de l'adhésion, que cet arrêt soit consécutif à une maladie ou à un accident et qu'il soit indemnisé ou non ;
- pour une personne qui exerce des activités non professionnelles, de toute impossibilité d'exercer ses activités habituelles au moment de l'adhésion.

**Pour les prêts Immobiliers mentionnés au 1 de l'article L.313-1 du code de la consommation, et lorsque la part**

**assurée sur l'encours cumulé de vos contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros, et que l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure à votre soixantième anniversaire :**

Vous êtes dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule la signature demande d'adhésion individuelle du est exigée.

L'encours cumulé visé ci-dessus englobe tous vos prêts immobiliers déjà souscrits au moment de l'adhésion, y compris la ou les opérations de prêts immobiliers, objet(s) de cette candidature à l'assurance.

**Pour les prêts assurables qui ne sont pas visés par les conditions énoncées ci-dessus :**

Vous devez compléter et signer une demande d'adhésion individuelle et un questionnaire de santé.

Votre identification et, le cas échéant, votre authentification est (sont) effectuée(s) par votre intermédiaire en assurance.

Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'exams médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur à ses frais. Vous pouvez, en outre, être invité à produire toute copie de documents se rapportant à votre état de santé.

- Lorsque vous avez choisi de signer votre questionnaire de santé sur un formulaire papier, vous avez la possibilité d'adresser ce questionnaire sous enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur.

- Lorsque vous avez choisi de signer votre questionnaire de santé par signature électronique, procédure de télé déclaration sécurisée, le questionnaire de santé est transmis directement à l'Assureur à la fin de la procédure.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à **3 mois** à compter de la date de sa signature. L'Assureur doit recevoir le questionnaire dans ce délai, à défaut vous devez renouveler les formalités d'adhésion. La durée de validité des examens médicaux est fixée à **6 mois** à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

**Si une évolution de votre état de santé survient durant le délai de 3 mois et avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 7.1, et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, vous êtes tenu de renouveler les formalités d'adhésion.**

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances. Les cotisations perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dédommagement.**

**Quelles réponses pouvons-nous apporter à votre demande?**

**Si les formalités d'adhésion ne comportent pas de questionnaire de santé :** vous êtes accepté pour les garanties indiquées sur le bulletin individuel de demande d'adhésion.

**Si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé,** au terme de l'examen du dossier médical, l'Assureur peut :

- **Accepter votre adhésion à l'assurance.** L'acceptation peut être donnée :

- **sans réserve :** elle vaut pour tous les risques couverts.
- **avec réserves :** elle exclura certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises.

- **Ajourner la décision.** Dans ce cas, vous n'êtes pas assuré pour le(s) prêt(s), objet de la demande d'adhésion, mais vous pourrez présenter une nouvelle demande d'adhésion à l'assurance à la fin du délai d'ajournement qui vous sera indiqué.

- **Refuser votre adhésion à l'assurance.** Cette décision déclenche automatiquement et dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude de votre dossier dans un contrat de 2ème niveau. Si à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance, effectuée par le Département Gestion Emprunteurs, ne peut toujours pas être établie, votre dossier sera examiné (sous

condition d'âge et de montant emprunté) par le pool de réassurance du 3ème niveau.

**Comment serez-vous informé(e) de notre décision ?**

L'Assureur vous adresse un Bon pour accord ou une Attestation d'assurance par courrier ou par support durable.

Le Bon pour accord est valable **6 mois** à compter du jour de son envoi. Si au terme de ce délai, votre offre de prêt n'a pas été signée, vous devrez renouveler les formalités d'adhésion à l'assurance.

Sur le Bon pour accord, il vous est indiqué la possibilité de prendre contact par courrier avec le Médecin Conseil de l'Assureur, directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine de la décision de l'Assureur.

**Comment nous informez-vous de votre décision ?**

Si vous recevez une Attestation d'assurance vous n'avez rien à faire. Si vous recevez un Bon pour accord

- Si vous **acceptez** la proposition de l'Assureur, vous devez signer électroniquement ou manuscritement le Bon pour accord qui vous a été adressé ; en cas de signature manuscrite, vous retournez un exemplaire à l'Assureur complété daté et signé, et vous conservez l'exemplaire « Assuré ».

- Si vous **refusez** la proposition d'assurance ou à défaut de réponse dans un délai de 6 mois, à compter du jour d'envoi du Bon pour accord, votre demande d'adhésion ne sera pas prise en compte et vous ne serez pas assuré.

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

Une autre opération d'emprunt nécessite un renouvellement de la procédure d'adhésion.

Les formalités peuvent être renouvelées en cours de vie du prêt à la demande d'un nouveau coemprunteur ou d'une nouvelle caution ou en cas de changement de quotité à la hausse.

A réception du Bon pour accord signé, une Attestation d'assurance vous sera transmise soit support papier ou support durable.

## VIE DU CONTRAT

### 7 - LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE ADHESION

#### 7.1 Date de conclusion de votre adhésion

- L'adhésion est conclue au jour de la signature de la demande d'adhésion individuelle :
  - si les formalités d'adhésion ne comportent pas de questionnaire de santé,
  - si les formalités d'adhésion comportent un questionnaire de santé, et en cas d'acceptation « sans réserve ».
- L'adhésion est conclue à la date d'émission du Bon pour accord que vous aurez signé, si l'acceptation est donnée avec réserves L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 11 et que vous ne fassiez pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature de la demande d'adhésion.

#### 7.2 Date de prise d'effet de vos garanties

Vos garanties prennent effet selon une date que vous choisissez sur la demande d'admission, sous réserve :

- du paiement de la première cotisation d'assurance,
- de la signature de votre offre de prêt, du contrat de crédit ou à la signature de l'avenant au contrat de crédit si l'adhésion au présent contrat est accepté en substitution par le Prêteur.
- de la validité des formalités d'adhésion selon les conditions définies à l'article 6,

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

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

## 8 - QU'EST-CE QUE LA FACULTE DE RENONCIATION ?

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif si vous avez adhéré au contrat **CNP PREMIUM** n°2795N par vente à distance, en face à face ou par démarchage. Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

### a) Quel est le délai pour exercer votre faculté de renonciation ?

#### - 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 à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où vous recevez 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 L 112-2-1 du code des assurances, pour les assurés bénéficiant des garanties décès, PTIA, ITT, IPT, IPP un délai de renonciation de **14 jours calendaires** révolus s'applique en cas de vente à distance.

Si au regard de votre âge au moment de la demande d'adhésion, vous ne bénéficiez que de la garantie Décès (car vous êtes âgé de plus de 65 ans et de moins de 70 ans), un délai de **30 jours calendaires** révolus s'applique.

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

#### - Si le contrat est vendu par démarchage (assurés bénéficiant des garanties Décès, PTIA, ITT, IPT et IPP) :

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

En vertu de l'article L 112-9 alinéa 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, à 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 votre adhésion est définie à l'article 7.1.

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

#### - Si le contrat est vendu en face-à-face (emprunteurs assurables uniquement pour la garantie décès à l'adhésion):

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

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

### b) Quelles sont les modalités de renonciation ?

Pour exercer votre droit à renonciation, vous devez adresser à l'Assureur une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante : Cbp France – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9. Le courrier peut être rédigé selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (M. Mme) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à l'adhésion au contrat **CNP PREMIUM** n°2795N que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion). Le (Date et signature) ».

### c) Quelles sont les effets de votre renonciation ?

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de **30 jours calendaires** à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. Les effets sur l'adhésion varient selon le mode de commercialisation du contrat :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face (et uniquement si vous bénéficiez de la garantie Décès seul), l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

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

Vous restez cependant tenu au paiement intégral de la cotisation 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.

## 9 - VOS DÉCLARATIONS EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

Vous devez nous tenir informés si, au cours de votre Contrat :

- vous changez de domicile,
- le tableau d'amortissement de votre emprunt est modifié.

Vous pouvez effectuer vos déclarations en ligne directement sur le site Cbp.France dans la rubrique dédiée, ou nous adresser vos déclarations ainsi que tous les documents justificatifs à l'adresse suivante : Cbp France – CS 20008 - 44967 NANTES Cedex 9

## 10 - TERRITORIALITE DE VOTRE CONTRAT

Pour tous les voyages et séjours dans des lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM-COM, les pays limitrophes de la France métropolitaine:

• le risque de décès est couvert sous réserve que les pièces demandées à l'article 15 » soient fournies par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné, les risques de PTIA, Invalidité AERAS, ITT, IPT, et IPP sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par l'Assureur dans les conditions prévues à l'article 17.

Les frais que vous auriez éventuellement engagés pour vous rendre à la convocation médicale de l'Assureur restent à votre charge. Les honoraires du médecin désigné par l'Assureur sont pris en charge par ce dernier.

A défaut, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine, dans les DROM-COM, dans un pays de l'Union Européenne, ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

## 11 - CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES

Votre adhésion et vos garanties cessent :

-en cas d'exercice de votre faculté de renonciation selon les dispositions de l'article 8 de la présente notice,

-en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du code des assurances,

-en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions fixées à l'article 12 de la présente notice,

-au terme normal ou anticipé de chaque prêt,

-à la date d'exigibilité avant terme de chaque prêt,

-à la date de déchéance du terme de chaque prêt,

-si vous êtes caution, à la date à laquelle votre engagement de caution est résilié,

-en cas de nullité de l'adhésion consécutive à une fausse déclaration intentionnelle ayant changé l'objet du risque pour l'Assureur, conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances,

-à la date à laquelle la prestation au titre de la garantie décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est versée.

-en cas de résiliation/substitution dans les conditions fixées à l'article 12,

en cas de résiliation annuelle dans les conditions fixées à l'article 12.

En tout état de cause, vos garanties cessent au plus tard :

-**Garantie Décès** : le jour de votre 85<sup>ème</sup> anniversaire.

-**Garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité AERAS, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité**

**Permanent Totale et Invalidité Permanente Partielle** : le jour de votre 67<sup>ème</sup> anniversaire.

**-Garanties famille**: le jour de votre 67<sup>ème</sup> anniversaire.

## 12 - VOTRE FACULTÉ DE RÉSILIATION

### 12.1 - Faculté de résiliation

Pour les crédits immobiliers mentionnés au 1<sup>o</sup> de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12-2 du code des assurances et aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation, vous disposez d'une faculté de résiliation et de substitution de votre adhésion au présent contrat d'assurance à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

Vous notifiez au Souscripteur votre demande de résiliation selon les modalités prévues au 12-2 ci-dessous.

Vous devez transmettre au Prêteur le contrat de substitution que vous souhaitez souscrire. Vous devez par la suite notifier au Souscripteur, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, la décision du Prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance si celui-ci est accepté.

En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- Soit 10 jours après réception de la décision du Prêteur par le Souscripteur
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

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

Pour les opérations de crédits autres que celles mentionnées au 1 de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12 du code des assurances, vous disposez d'une faculté de résiliation de votre adhésion au présent contrat d'assurance à chaque échéance annuelle de votre adhésion audit contrat. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt.

Vous devez alors adresser votre demande de résiliation au Prêteur, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues au 13.2 ci-dessous.

L'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

### 12.2 - Notification de la demande de résiliation

Vous notifiez au Souscripteur votre demande de résiliation :

- soit par lettre ou tout support durable (constitue un support durable, au sens de l'article L.111-9 du code des assurances, tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. Par exemple, une lettre signée de manière manuscrite puis scannée et transmise via la messagerie sécurisée internet, s'il en dispose d'une),
- Soit par déclaration faite au siège social du Prêteur,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par un mode de communication à distance, lorsque le Souscripteur ou le Prêteur vous a proposé l'adhésion au contrat, par le même mode de communication.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la demande de résiliation.

### 13.3 - A qui adresser la demande de résiliation ?

Vous devez nous notifier votre demande de résiliation accompagnée de l'acceptation par votre Prêteur de la Substitution à l'adresse suivante: Cbp France – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9.

## 13 - EXCLUSIONS DU CONTRAT

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

- le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des

garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000euros,

- les sinistres résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré visés à l'article L 113-1 du code des assurances,

- les conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les militaires, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.

- les conséquences de faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les militaires, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.

- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleurs d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

## 14 –CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est exigible dès la prise d'effet de votre adhésion et est prélevée par l'assuré sur un compte ouvert à votre nom auprès d'un établissement de crédit domicilié en France, et selon la périodicité que vous avez choisie lors de votre demande individuelle d'adhésion (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

### Comment les Cotisations sont-elles calculées ?

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une cotisation calculée en pourcentage du capital initial du prêt dû tel que mentionné dans votre offre de prêt et proportionnellement à la quotité d'assurance retenue lors de l'adhésion à l'assurance.

Le taux d'assurance est indiqué dans le certificat d'assurance. En cours de prise en charge, si vous bénéficiez de prestations d'ITT, d'IPT ou d'IPP, vous devez continuer de payer vos cotisations.

### Irrévocabilité des cotisations :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, la cotisation communiquée lors de l'adhésion au contrat est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion sauf en cas de :

- mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement de taux de taxe, applicables au présent contrat,
- modification du prêt nécessitant l'émission d'un avenant.

### En cas de remboursement anticipé partiel :

Pour une tarification sur capital initial, la nouvelle assiette de cotisation est égale au capital initial garanti diminué du montant du capital remboursé par anticipation.

**En cas de renouvellement de la procédure d'adhésion consécutive à une modification des conditions d'origine d'un emprunt déjà couvert**, le taux annuel de cotisation applicable est celui en vigueur à la date du réaménagement; et la cotisation est calculée sur le montant du nouveau capital assuré.

**En cas de remboursement anticipé total**, seules les cotisations encaissées postérieurement au remboursement anticipé total feront l'objet d'un remboursement.

En cas d'adhésion en cours de vie du prêt d'un co-emprunteur ou d'une caution, l'assiette de cotisation est alors calculée sur le montant du capital restant dû au jour de la signature de la demande d'adhésion.

### Que se passe-t-il en cas de non-paiement des Cotisations?

Vous êtes tenu au paiement de l'intégralité de vos cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. Si vous ne réglez pas vos cotisations ou si vous avez exercé votre droit de remboursement de votre prélèvement et que vous n'avez pas régularisé le paiement de votre cotisation ou fraction de cotisation, vous pouvez 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 et votre

organisme prêteur est simultanément avisé du non paiement de votre cotisation.

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.

## QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE

### 15 - LES FORMALITÉS À REMPLIR

#### Où envoyer votre déclaration ?

Le sinistre doit être déclaré à Cbp France – CNP Premium – TSA 10681 – 44968 Nantes Cedex 9. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances - TSA 77163 - 75716 Paris Cedex 15.

#### 15.1 Quelles sont les pièces à fournir en cas de décès ?

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité en cours de validité,
- l'attestation d'assurance en vigueur,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- un bulletin de décès original,
- une attestation de décès indiquant si le décès est dû ou non à une cause accidentelle et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus définis au paragraphe « RISQUES EXCLUS » (imprimé fourni par l'Assureur).
- En outre, en cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit) les ayants droits devront en apporter la preuve par tout moyen.

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

**Le versement de la prestation est subordonné à la production de ces justificatifs. La déclaration doit être faite dans les jours qui suivent la survenance du décès.**

#### 15.2 Quelles sont les pièces à fournir en cas de PTIA ?

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité en cours de validité,
- votre attestation d'assurance en vigueur,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- si vous êtes caution : les pièces justifiant que vous vous substituez à l'Emprunteur depuis au moins trois mois.
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, document pré établi par l'Assureur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical confirmant :
- que vous êtes dans l'incapacité totale et définitive de vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant vous procurer gain ou profit,
- la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité,
- que votre état vous oblige à recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

Joindre également une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.

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

**Le versement de la prestation est subordonné à la production de ces justificatifs.**

**En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, organismes similaires ou de la CDAPH**

**n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.**

**Le dossier complet de demande de prise en charge doit être remis dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité.**

#### 15.3 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'ITT ?

A l'issue de la période de franchise et au plus tard dans le délai de 90 jours suivant cette date, vous devez fournir les documents ci-après.

**A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L113-2 4° du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.**

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité en cours de validité,
- votre attestation d'assurance en vigueur,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- si vous êtes caution : les pièces justifiant que vous vous substituez à l'Emprunteur depuis au moins trois mois.
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, document pré-établi par l'Assureur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, 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.

Joindre également :

- pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de votre organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation. Le titre de pension invalidité 1<sup>ère</sup> catégorie n'est pas éligible à l'Incapacité Temporaire Totale.
- pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative.
- pour les personnes sans profession : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : les indemnités journalières pour les personnes relevant du Régime Social des Indépendants, à défaut un certificat médical précisant les périodes d'arrêt de travail, ou le Titre de pension (TP) pour incapacité au métier.

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.

**Le versement de la prestation est subordonné à la production de ces justificatifs.**

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

#### 15.4 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'IPT ou IPP ?

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité en cours de validité,
- votre attestation d'assurance en vigueur,
- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, document pré établi par l'Assureur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical indiquant :
- la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'IPT ou l'IPP,
- la date de l'accident ou de début de la maladie,

- la durée probable de l'invalidité.

Joindre également :

- pour les salariés une copie de la notification par votre organisme de protection sociale de votre mise en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66 % ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- pour les personnes sans profession : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive.

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.

**Le versement de la prestation est subordonné à la production de ces justificatifs.**

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

### 15.5 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'Invalidité AERAS (IA) ?

Vous ou vos ayants droit devez/doivent fournir à l'Assureur, dans les **180 jours** qui suivent la survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une copie recto et verso de la pièce officielle d'identité en cours de validité,
- votre attestation d'assurance en vigueur,
- une attestation médicale d'Incapacité / Invalidité (document fourni par l'Assureur), que vous remplissez avec l'aide de votre médecin traitant. Si l'attestation est partiellement remplie, vous devez également fournir un certificat médical attestant la date à laquelle votre état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Secret Médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur, CNP Assurances - TSA 77163 - 75716 Paris Cedex 15.

Vous devez produire en outre :

- si vous êtes assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent : une copie de la notification par la Sécurité sociale ou du régime équivalent d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale.
- si vous relevez du statut de la fonction publique ou assimilé :
  - une copie de l'avis du comité médical ou de la commission de réforme,
  - une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension.
- si vous êtes travailleurs non-salariés : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

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

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

### 15.6 Quelles sont les pièces à fournir en cas de naissance ?

- votre attestation d'assurance en vigueur,
- un acte de naissance ou d'adoption.

### 15.7 Quelles sont les pièces à fournir en cas d'Enfant malade ?

- votre attestation d'assurance en vigueur,

- un certificat médical détaillé précisant la nécessité de votre présence auprès de l'enfant, ainsi que la durée prévisible du traitement,

- l'attestation de vos droits à l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 à L544-9 du code de la sécurité sociale.

### 15.8 Quelles sont les pièces à fournir en cas de Parent dépendant ?

- votre attestation d'assurance en vigueur,
- l'attestation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de votre Parent au titre du classement dans le groupe I, II ou III de la grille Aggir,
- l'attestation de vos droits au « congé de proche aidant », défini aux articles L3142-16 à L3142-27 du code du travail,
- une attestation d'arrêt de travail de votre employeur .

## 16 - BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations d'assurance est le Prêteur qui a consenti le prêt. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues et fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du contrat de prêt que vous nous aurez transmis au jour du sinistre.

Avec l'accord préalable écrit du Prêteur, les prestations ITT, IPT, IPP et IA ainsi que les prestations des garanties « famille » pourront être versées directement sur votre compte.

## 17 - CONTRÔLE ET EXPERTISE

La production des justificatifs définis aux articles 15.2, 15.3, 15.4, 15.5 et 15.6 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée auprès d'un médecin contrôleur qu'il aura mandaté, afin de vérifier que vous êtes bien en état de PTIA, d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IA tel que défini dans le contrat. Vous pouvez vous faire accompagner de la personne de votre choix et/ou vous faire assister du médecin de votre choix lors du contrôle médical.

Au vu des conclusions du rapport du médecin mandaté, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge de votre sinistre. En cas de refus, l'Assureur vous notifie sa décision.

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'incapacité / invalidité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin contrôleur mandaté par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge de votre sinistre. Si après l'un de ces contrôles, vous contestez la décision de l'Assureur, vous pouvez demander une procédure de conciliation selon les modalités prévues à l'article 18.

Si vous refusez de vous soumettre à la visite médicale ou si vous ne pouvez être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale. **Cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions du contrôle médical.**

## 18 - TIERCE EXPERTISE

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration, 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 indiquera les coordonnées du médecin qu'il désigne pour le représenter dans cette procédure et s'engagera 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 au médecin de l'Assuré, 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.

## INFORMATIONS GENERALES

### 19 - COMMENT FAIRE UNE RECLAMATION?

**Pour toute réclamation, relative à votre admission**, vous pouvez vous adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service Souscription- Réexamens - TSA 57161 - 75716 PARIS CEDEX 15.

**Pour toute réclamation relative à un sinistre**, vous ou vos ayants droit pouvez/peuvent s'adresser à Cbp France – Services Réclamation – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, vous ou vos ayants droit pouvez/peuvent s'adresser à la **Médiation de l'Assurance** - TSA50110 - 75441 PARIS Cedex 09 ou sur le site internet : [www.mediation-assurance.org](http://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.

### 20 - INFORMATION DES ASSURES

En application de l'article L. 223-2 du code de la consommation, l'adhérent a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)).

### 21 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance et à 10 ans en cas de décès. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

### 22 - LUTTE ANTI-BLANCHIMENT

Le courtier en assurance et CNP Assurances 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 courtier en assurance 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 courtier en assurance pour le compte de CNP Assurances qui peut y accéder en application de la réglementation.

### 23 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la

collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances et CBP France ou leur mandataire.

Ces traitements ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances est amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé en ligne. Vos données de santé sont collectées aux fins exclusives d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

CBP France peut être amené à utiliser des traitements décisionnels notamment pour l'acceptation du candidat à l'assurance et la tarification de son contrat. Ces traitements constituent des décisions individuelles automatisées.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels de CNP Assurances et CBP France ou de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, 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 (cf.

<http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de retrait du consentement au traitement de vos données personnelles ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) par courriel ([cil@cnp.fr](mailto:cil@cnp.fr)) et/ou CBP France ([dataprotectionoffice@cbp-fr.eu](mailto:dataprotectionoffice@cbp-fr.eu)) pour les données relatives à la passation ou à la gestion de votre contrat. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, 01 53 73 22 22.

### 24 - LOIS APPLICABLES

La langue du Contrat est le français.

Les relations précontractuelles sont régies par la loi française, à laquelle vous et l'Assureur déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

## **25 – ADHESION A L'ASSOCIATION CAP PROTECTION**

### **25.1 Objet**

L'Association Cap Protection a pour objet :

- d'étudier, rechercher, et souscrire tout type de contrat d'assurance,
- de sensibiliser ses membres aux thèmes essentiels de la prévention
- de proposer des contrats complémentaires à l'assurance et notamment des contrats d'assistance
- de manière générale, de mener toute action publique ou collective nécessaire pour atteindre ces objectifs.

Les statuts de l'Association sont disponibles sur le site [www.cnp.fr](http://www.cnp.fr).

### **25.2 Adhésion**

Toute personne physique peut devenir Membre Adhérent à l'occasion de sa demande d'adhésion à un contrat d'assurance de groupe ou collectif souscrit par l'Association. Dès lors que la demande d'adhésion est acceptée par l'organisme assureur et que la cotisation annuelle est acquittée, la personne acquiert la

qualité de Membre Adhérent.

### **25.3 Cotisation**

Une cotisation associative, est due chaque année. Son montant est déterminé par le Conseil d'administration. La cotisation associative a pour but de servir les missions de l'Association et de financer les frais de fonctionnement et de gouvernance de l'Association. La cotisation est révisable chaque année. A partir du 1er avril 2017, la cotisation associative annuelle est fixée à 4 €.

La cotisation annuelle est complétée de la cotisation propre aux prestations d'assistance qui figurent dans les conditions générales des garanties d'assistance valant notice d'information du contrat collectif N°FIC17INF0503.

La 1<sup>ère</sup> cotisation associative est prélevée en même temps que la 1<sup>ère</sup> prime d'assurance.

## **26 – AUTORITE DE CONTRÔLE**

L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest 75436 ParisCedex 09

**ANNEXE 1 : CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION  
CONTRAT COLLECTIF n° FIC17INF0503  
OFFRE CNP PREMIUM**

**ASSOCIATION CAP PROTECTION**, Association régie par la loi du 1er juillet 1901, Immatriculée au Registre National des Associations sous le n° W751239786, dont le siège social est situé 4 promenade Cœur de Ville - 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX, a souscrit le contrat collectif n° **FIC17INF0503**, au profit de ses Adhérents et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous, dans le cadre du contrat d'assurance emprunteur n° **2795N** souscrit auprès de **CNP ASSURANCES**.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

**A. CADRE DES GARANTIES**

**1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?**

<b>Téléphone</b>	<b>01 70 36 02 60</b> (depuis la France) <b>(+33) 1 70 36 02 60</b> (depuis l'étranger)
<b>Télécopie</b>	<b>01 47 11 24 63</b>
<b>Adresse postale</b>	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
<b>Courriel</b>	assistance.personnes@filassistance.fr

**2. QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES ?**

A la qualité de Bénéficiaire, l'Adhérent résidant en France telle que définie ci-dessous.

**3. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?**

Les garanties d'assistance fournies par **FILASSISTANCE** au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

**Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.**

**4. QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?**

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Evènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat d'assurance emprunteur n°**2795N** et durant la période de validité de ce dernier.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance emprunteur n° **2795N** de **CNP ASSURANCES** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC17INF0503**.

## B. GENERALITES

### 1. DEFINITIONS

**Adhérent** : Toute personne physique, adhérant au Contrat d'assistance n° **FIC17INF0503**.

**Bénéficiaire** : Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.

**Domicile** : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

**Equipe médicale** : Médecin de **FILASSISTANCE**.

**Equipe médico-psycho-sociale** : Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**.

**France** : France métropolitaine y compris la Corse, les Principautés de Monaco et d'Andorre et les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.

**Maladie** : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

**Zone de résidence** :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, en Corse ou dans les Principautés de Monaco ou d'Andorre : zone couvrant la France métropolitaine, la Corse et les Principautés de Monaco ou d'Andorre.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

### 2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

#### 2.1. DELIVRANCE DES PRESTATIONS

**FILASSISTANCE** est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, **dans un délai maximum de cinq (5) jours calendaires** en précisant le numéro de contrat **FIC17INF0503**, suivant **la date de survenance de l'Evènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties**.

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

**À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.**

**Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par **FILASSISTANCE** permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.**

**En cas d'Accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.**

**Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.**

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

## 2.2. CONDITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délaï maximal de 72 heures**.

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenus(s),**
- **Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

**Les prestations d'informations relatives à la santé** ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

**En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).**

**Les prestations d'information juridique** dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

**La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.**

**Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.**

## 3. EXCLUSIONS

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

**Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE les conséquences :**

- **Des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;**
- **Des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;**
- **Du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;**

- De l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- Des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- De la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- Des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- De guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- De toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- Des cataclysmes naturels ;
- Des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- Des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- De la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- La tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1<sup>ère</sup> année suivant l'adhésion ;
- D'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non.

#### 4. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer **FILASSISTANCE** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

#### 5. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

L'Adhérent dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions règlementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur [www.filassistance.fr](http://www.filassistance.fr) ou en contactant directement le service DPD par courrier (FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel ([dpo@filassistance.fr](mailto:dpo@filassistance.fr)).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

## 6. RESPONSABILITE

**FILASSISTANCE** s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. A ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Adhérent, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

**FILASSISTANCE** est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice de l'Adhérent.

**En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).**

## 7. AUTORITE DE CONTROLE

**FILASSISTANCE** est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

## 8. RECLAMATIONS

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- Apprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- Par courrier à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- Par mail à [qualite@filassistance.fr](mailto:qualite@filassistance.fr),
- Sur le site internet [www.filassistance.fr](http://www.filassistance.fr) via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

**FILASSISTANCE** adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée à l'Adhérent dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont l'Adhérent sera informé.

Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande :

- Par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance** TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- Sur le site internet [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

## 9. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

### - Délai de prescription

Article L.114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) 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.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, notwithstanding les dispositions du 2<sup>e</sup> alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- **Causes d'interruption de la prescription**

Article L.114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- **Caractère d'ordre public de la prescription**

Article L.114-3 :

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les Parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

- **Causes ordinaires d'interruption de la prescription :**

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

- **Etendue de la prescription quant aux personnes**

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

#### - Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

#### Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

#### Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

#### - Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

### 10. FAUSSE DECLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

Les primes payées demeurent alors acquises à **FILASSISTANCE**, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### 11. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente Notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

## C. DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

### 1. PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHERENT DES SON ADHESION

#### 1.1. INFORMATIONS JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

##### - Renseignements réglementaires

FILASSISTANCE délivre à l'Adhérent, des informations dans les domaines suivants :

- ✗ **Justice / défense / recours** : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.
- ✗ **Sociétés / commerçants / artisans / affaires** : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.
- ✗ **Assurances sociales / allocations / retraites** : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.
- ✗ **Impôts / fiscalité** : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.
- ✗ **Famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

##### - Renseignements vie pratique

FILASSISTANCE délivre à l'Adhérent, des informations dans les domaines suivants :

- ✗ **Habitation / logement** : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc.
- ✗ **Consommation** : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.
- ✗ **Vacances / loisirs** : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravaning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3<sup>e</sup> âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, etc.
- ✗ **Formalités / cartes / permis** : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.
- ✗ **Les services publics** : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ?, A qui s'adresser ? Comment ?
- ✗ **Enseignement / formation** : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc.

#### 1.2. INFORMATIONS MEDICALES

**En cas d'Accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.**

L'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE délivre à l'Adhérent, des informations médicales dans les domaines suivants :

- Pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits),

- Nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations),
- Troubles du sommeil, gestion du stress,
- Diététique,
- Médicaments, vaccins.

## 2. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE DE L'ADHERENT

### 2.1. RECHERCHE D'UN MEDECIN, D'UNE INFIRMIERE OU D'UN INTERVENANT PARAMEDICAL

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, **FILASSISTANCE** apporte son aide pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, sur le lieu de survenance de l'Accident ou de la Maladie.

**En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.**

**Les frais de visite ou autres restent à la charge de l'Adhérent.**

## 3. PRESTATION ACCESSIBLES EN CAS DE DEMENAGEMENT EN FRANCE DE L'ADHERENT

### 3.1. SERVICES A LA CARTE

En cas de déménagement, **FILASSISTANCE** aide l'Adhérent dans la recherche de prestataires et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales :**

- Livraison de repas, de courses, de médicaments ;
- Télé sécurité, garde du domicile (vigile) ;
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie ;
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements ;
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux ;
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service "blanchisserie" ;
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées **dans un rayon de 30 km du domicile ...**).
- Téléassistance

**FILASSISTANCE** indique à l'Adhérent, les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

**Les frais de l'éventuelle intervention de ces prestataires restent à la charge de l'Adhérent.**

**D. TABLEAU SYNOPTIQUE**

<b>PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHERENT DES SON ADHESION</b>	
<b>INFORMATIONS JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE</b>	Informations téléphoniques
<b>INFORMATIONS MEDICALES</b>	Informations téléphoniques
<b>PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE DE L'ADHERENT</b>	
<b>RECHERCHE D'UN MEDECIN, D'UNE INFIRMIERE OU D'UN INTERVENANT PARAMEDICAL</b>	Mise en relation <b>sans prise en charge</b>
<b>PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE DEMENAGEMENT EN FRANCE DE L'ADHERENT</b>	
<b>SERVICES A LA CARTE</b>	Mise en relation <b>sans prise en charge</b>



**FILASSISTANCE INTERNATIONAL**  
Société Anonyme au capital de 4 100 000 €  
433 012 689 RCS NANTERRE  
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,  
92213 SAINT-CLOUD Cedex  
Entreprise régie par le Code des Assurances