

Assurance Emprunteur

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies : CNP Assurances – Société anonyme régie par le Code des assurances et immatriculée en France SIREN n°341 737 062 et BPCE Vie – Société anonyme régie par le Code des assurances et immatriculée en France SIREN n°349 004 341

Produit : Assurance Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle N°2485B

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Assurance temporaire souscrite à l'occasion de la mise en place d'un prêt au particulier, qui garantit la prise en charge de tout ou partie du prêt en cas de survenance de certains événements (en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), d'incapacité temporaire totale (ITT), d'invalidité permanente totale (IPT) ou d'invalidité permanente partielle (IPP) de l'emprunteur).



Qu'est-ce qui est assuré ?

L'assureur prend en charge les sommes dues au prêteur (échéances ou capital restant dû selon les garanties), dans la limite de la quotité choisie et hors intérêts et pénalités de retard. Ce contrat est soumis à un plafond de garantie de 1 500 000 euros par personne assurée, quel que soit le nombre de prêts couverts pour une même opération, par ce contrat (capital restant dû multiplié par la quotité assurée). Les garanties ITT, IPT et IPP sont soumises à un plafond de 166€ par jour si un seul prêt est garanti, et de 233€ par jour si plusieurs prêts sont garantis.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Garantie provisoire « Accident »** : le risque Décès accidentel est garanti dès la signature de la demande d'adhésion jusqu'à la date de prise d'effet des autres garanties.
- ✓ **Décès** : garantie par laquelle l'assureur s'engage, en cas de décès de l'assuré consécutif à un accident ou une maladie, à verser la prestation prévue (capital) à l'établissement prêteur.
- ✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : lorsque à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assuré se trouve dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit et si son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller, se laver, manger, se déplacer).

L'accident s'entend comme 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.

GARANTIES PROPOSEES SOUS CONDITIONS

Au regard de la décision de l'assureur, de son choix à l'adhésion, de la nature et/ou du montant du prêt, l'Assuré peut bénéficier des garanties suivantes :

Incapacité Temporaire Totale (ITT) : état médicalement constaté qui place l'assuré par suite d'un accident ou d'une maladie :

- Pour les assurés exerçant une activité professionnelle ou en recherche d'emploi au moment du sinistre : dans l'impossibilité absolue d'exercer son activité professionnelle ou toute recherche d'emploi, même partiellement.
- Pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre : dans l'impossibilité absolue d'exercer une quelconque activité même partiellement.

Incapacité Permanente Totale (IPT) : à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré, et au plus tard trois ans après le début de son ITT, le Médecin de l'assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'assuré en fonction soit de ses taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle (assuré en activité professionnelle) soit uniquement de son taux d'incapacité fonctionnelle (assuré sans activité professionnelle).

Incapacité Permanente Partielle (IPP) : L'assuré est en état d'invalidité permanente partielle si le taux d'incapacité déterminé par le Médecin de l'assureur est inférieur à 66% ou devient inférieur à 66% et est au moins égal à 33%.

Invalidité AERAS : conformément à la convention AERAS si les garanties incapacité et/ou invalidités sont refusées pour raisons médicales, ou si elle(s) est(sont) accordée(s) avec exclusion de certaines pathologies, l'assureur doit étudier la couverture par la garantie Invalidité AERAS qui sera alors indiquée dans les conditions particulières.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres intervenus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les sommes dues au prêteur en dehors de l'exécution normale du prêt (intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais)
- ✗ Les sinistres intervenus postérieurement aux limites d'âge prévues pour chaque garantie



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Ne sont notamment pas couverts les sinistres dont l'origine directe ou indirecte est due aux événements suivants :

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! Le suicide pendant la première année
- ! Les faits intentionnels causés par l'assuré
- ! Les faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorismes sauf pour les militaires, les gendarmes, les pompiers et les démineurs
- ! Les compétitions, démonstration, acrobaties, raids, rallyes de vitesse avec un engin à moteur
- ! Vols sur appareil qui n'a pas de certificat de navigabilité ou quand le pilote n'a pas de brevet ou de licence valide
- ! Sports aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de records, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vol sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel, parapente
- ! Matches, courses, paris, compétitions sportives, à titre professionnel ou sous contrat rémunéré
- ! Les accidents de la circulation résultant de la consommation de boisson alcoolisée
- ! Les rixes auxquelles participe l'assuré, sauf cas de légitime défense, assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel
- ! Les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, directement ou indirectement, toute matière radioactive, d'origine chimique ou bactériologique ou virale

Exclusions spécifiques aux garanties PTIA, IA, ITT, IPT et IPP

- ! Le fait volontaire de l'assuré ou le refus de se soigner.
- ! Les accidents résultant de l'usage de stupéfiants
- ! La participation de l'assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcation à moteur
- ! Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalations ou d'irradiations provenant de transmutation de noyaux d'atomes

Exclusion spécifique à la garantie PTIA

- ! La PTIA qui survient alors que l'assuré est en préretraite ou en retraite

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Restrictions spécifiques aux garanties ITT, IPT et IPP

- ! La prestation est limitée à la perte de revenus (salariés, fonctionnaires et assimilés, en recherche d'emploi à la date du sinistre)

Restriction spécifique à la garantie ITT

- ! Pour les assurés ayant la qualité de caution : celle-ci doit avoir été activée au minimum depuis 3 mois à la date de survenance d'un sinistre ITT

- ! Aucune prestation n'est versée : durant le délai de franchise de 90 jours

Restriction spécifique à la garantie IPP

- ! L'assuré doit exercer une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties sont acquises dans le monde entier, sous réserve que les pièces prévues au contrat soient communiquées à l'assureur.
- A défaut le droit de 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.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'Assuré doit

A la souscription du contrat

- Remplir de manière sincère et exacte tous les documents d'adhésion administratifs et/ou médicaux
- Régler la première cotisation d'assurance

En cours de contrat

- Régler la cotisation prévue au contrat
- Informer l'assureur en cas de modification du ou des prêts assurés

En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre dans les délais impartis
- Fournir les pièces justificatives médicales et/ou administratives
- Se présenter aux contrôles médicaux initiés par l'assureur



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles et dues par avance avec chaque échéance de prêt.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de conclusion est fixée :

- en cas d'acceptation sans réserve : à la date de signature de la demande d'adhésion,
- en cas d'acceptation avec réserves : à la date de signature par le candidat à l'assurance des conditions particulières adressées par l'assureur.

Les garanties prennent effet (date où les sinistres peuvent commencer à être pris en charge), sous réserve du paiement de la première cotisation, à la plus tardive des deux dates suivantes : la date de conclusion de l'adhésion, la date de signature de l'offre de prêt ou du contrat de prêt par l'emprunteur.

Le contrat couvre la durée du prêt et prend fin dans les cas suivants :

- Renonciation de l'adhésion par l'assuré (sous 14 jours),
- Non-paiement de la cotisation d'assurance,
- En cas de résolution de l'offre de prêt,
- Si l'assuré est la caution à la date à laquelle son engagement de caution est résilié,
- Résiliation de l'adhésion par l'assuré,
- Au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- A la date d'exigibilité avant terme de chaque prêt,
- A la date de déchéance du terme de chaque prêt,
- En cas de fausse déclaration intentionnelle prononcée par l'assureur,
- A la date à laquelle la prestation au titre de la garantie PTIA est versée,
- En cas de remboursement anticipé total du prêt par un assuré, à la date d'encaissement des fonds par le prêteur,
- A la date du décès de l'assuré.

La garantie Décès cesse au 75^{ème} anniversaire de l'assuré.

Les garanties PTIA, Invalidité AERAS, ITT, IPT et IPP cessent au 65^{ème} anniversaire de l'assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat à chaque échéance annuelle du contrat, en adressant à votre prêteur une lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant cette date.

Pour les prêts immobiliers, vous pouvez également demander la résiliation/substitution de votre contrat à votre prêteur durant les douze premiers mois suivant votre adhésion

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

BPCE VIE – société anonyme au capital de 161 469 776 euros – 349 004 341 RCS Paris siège - social : 30 avenue Pierre Mendès France 75013 Paris France – Entreprise régie par le code des assurances – Filiale de Natixis Assurances

18_10_2485B



Entreprises contractantes

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

BPCE Vie - société anonyme au capital de 161 469 776 euros - 349 004 341 RCS Paris - Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris France - Entreprise régie par le code des assurances - filiale de Natixis Assurances

BPCE - société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 155 742 320 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13 - intermédiaire en assurance inscrit à l'ORIAS sous le N°08 045 100

NOTE D'INFORMATION

du contrat d'assurance de groupe en couverture de prêt n°2487D « Senior – Garantie Décès seul » souscrit par BPCE
pour le compte des Banques Populaires et des Etablissements de crédit affiliés auprès des Co-assureurs : CNP Assurances et BPCE Vie

1 - Nom commercial du contrat

Senior – Garantie Décès seul

2 – Caractéristiques du contrat

2.1 Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance de groupe n°2487D permet le remboursement sous forme de capital des prêts de l'Assuré s'il décède **avant son 75^{ème} anniversaire**.

2.2 Durée du contrat

Durée du contrat d'assurance de groupe conclu entre le Prêteur et l'Assureur

Le contrat d'assurance de groupe n°2487D est souscrit pour une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du ou des prêts mentionnés dans l'offre ou le contrat de prêt, sous réserve des cas de cessation d'adhésion et des garanties visés à l'article « CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES » de la notice d'information.

2.3 Modalités de versement des cotisations

La cotisation est due dès la date d'effet des garanties et est payable périodiquement lors de chaque échéance de remboursement du prêt.

Le montant de la première cotisation est calculé en fonction de la durée écoulée entre la date de prise d'effet des garanties et le premier prélèvement de cotisation.

La cotisation est prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt.

Pour les prêts avec différé en capital et en intérêts, la cotisation d'assurance est également due dès la date d'effet des garanties. Le taux de cotisation, taxes en vigueur comprises, est constant pendant toute la durée du prêt.

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

2.4 Délais et modalités de renonciation au contrat

La signature de la demande d'adhésion au contrat 2487D ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré, il peut renoncer à son adhésion dans un délai de **30 jours calendaires** révolus suivant la date à laquelle il est informé de la date de conclusion de l'adhésion (la date de signature de la demande d'adhésion ou la date d'acceptation de ses conditions particulières d'assurance).

Pour cela il lui suffit d'adresser au Prêteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle ci-dessous : « *Je soussigné(e) M (Mme, Melle).....(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°2487D que j'ai signée le.....à..... (lieu d'adhésion). Le..... (date et signature) ».*

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

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

2.5 Formalités à remplir en cas de sinistre

Le sinistre doit être déclaré à CNP Assurances - TSA 10681 - 44968 Nantes Cedex 9.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15.

Pièces à fournir :

- 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 à l'article « RISQUES EXCLUS » de la notice d'information (attestation selon un imprimé fourni par l'Assureur).

Au titre de la garantie provisoire accident, il convient en outre de fournir :

- les pièces officielles (copie du rapport de police ou de gendarmerie) indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et le décès; la preuve du lien de causalité incombant aux ayants droit,

- les éventuelles coupures de presse.

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

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

2.6 Informations sur les cotisations relatives aux garanties principales et complémentaires

La cotisation est calculée en fonction de la nature du prêt, sur le capital restant dû ou sur le capital initial, en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'effet des garanties, des éventuelles majorations (surprimes) applicables au regard des garanties demandées et de l'étude de la demande de l'Assuré.

2.7 Indications générales relatives au régime fiscal

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

3 – Procédure d'examen des litiges

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

L'Assureur et le Prêteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

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

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser à CNP Assurances – Service réclamations - TSA 10681 - 44968 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, l'Assuré ou ses ayants droit pourront saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : **La Médiation de l'Assurance - TSA 50 110 – 75441 Paris Cedex 09**, ou sur le site internet : 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'adhésion dans l'assurance. La saisine du Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article « DELAI DE PRESCRIPTION ».

NOTICE D'INFORMATION

des contrats d'assurance de groupe n°2487D et n°2485B en couverture de prêts aux particuliers souscrits par BPCE pour le compte de la Banque Populaire Alsace Lorraine Champagne auprès des Co-Assureurs : CNP Assurances et BPCE Vie.

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

Les contrats n°2487D et n°2485B sont assurés par les Co-Assureurs suivants ; dénommés ensemble « l'Assureur » :

- CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - Entreprise régie par le code des assurances - GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS et
- BPCE Vie, société anonyme au capital de 161 469 776 euros - 349 004 341 RCS Paris - Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris France - Entreprise régie par le code des assurances. Filiale de Natixis Assurances.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances et de BPCE Vie.

Le distributeur du contrat d'assurance est le prêteur dont les coordonnées et le numéro d'immatriculation à l'ORIAS sont indiqués dans l'offre de contrat de prêt.

Les modalités de calcul de cotisations sont indiquées à l'article « COTISATIONS – CONDITIONS DE REGLEMENT » de la présente notice.

La durée de l'adhésion est fixée à l'article « DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ». Les garanties sont mentionnées à l'article « GARANTIE DECES », « GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) », « GARANTIE INVALIDITE AERAS » et « GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT) ET GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) ET GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP) ».

Les exclusions aux contrats n°2487D et n°2485B sont mentionnées à l'article « RISQUES EXCLUS ».

L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement joint.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article : « DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES ».

L'adhésion aux contrats n°2487D et n°2485B s'effectuera selon les modalités décrites à l'article « FORMALITES D'ADHESION ». Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article « COTISATIONS – CONDITIONS DE REGLEMENT ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Emprunteur. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Emprunteur et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article « FACULTE DE RENONCIATION ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties qui peut intervenir avant l'expiration du délai de renonciation, l'Emprunteur doit acquitter un premier versement de cotisation, tel que fixé dans l'article « COTISATIONS – CONDITIONS DE REGLEMENT ».

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article « RECLAMATION, MEDIATION ET LITIGE » de la présente notice.

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

Le Document d'information sur le produit d'assurance a été remis à l'Assuré en même temps que la présente notice d'information.

DEFINITIONS

Pour l'exécution des présents contrats, les définitions suivantes sont retenues :

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

Assuré : est ainsi dénommé, tout Candidat à l'assurance dont au moins une garantie de l'un des présents contrats d'assurance de groupe a pris effet.

Assureur : CNP Assurances et BPCE Vie

Candidat à l'assurance : est ainsi dénommée, toute personne physique ayant rempli et signé les formalités d'adhésion de l'un des deux contrats d'assurance de groupe et dont aucune des garanties n'a pris effet.

Délai de franchise : période pendant laquelle l'Assureur ne verse aucune prestation.

Emprunteur : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès du Prêteur en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur, ou intervenant en qualité de caution.

Souscripteur : BPCE en son nom et pour le compte de la Banque Populaire Alsace Lorraine Champagne.

Prêteur : la Banque Populaire Alsace Lorraine Champagne.

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

Taux de Change : est ainsi dénommé le taux de change applicable aux montants cités dans la présente notice qui sera déterminé selon le cours de référence de la Banque centrale européenne (<http://fr.euro-rates.info/>) et de la Banque de France (<http://www.banque-france.fr/nc/economie-et-statistiques/change-et-taux/les-taux-de-change-salle-des-marches/parites-quotidiennes.html>).

Ces définitions figurent avec une majuscule dans le corps de la notice.

CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances et de BPCE Vie.

1. OBJET DES CONTRATS

Le contrat d'assurance de groupe n°2485B a pour objet de garantir les prêts accordés aux Emprunteurs, en tout ou partie, par le Prêteur.

Ce contrat permet la couverture des Candidats à l'assurance âgés de moins de 65 ans contre les risques définis aux articles 13, 14, 15 et 16 de la présente notice, en tout ou partie selon le choix des garanties retenu, atteignant les Assurés avant le remboursement intégral de leur dette, dans les conditions et limites définies dans la présente notice d'information.

Le contrat d'assurance de groupe n°2487D a pour objet de garantir les prêts accordés aux Emprunteurs, en tout ou partie, par le Prêteur.

Ce contrat permet la couverture des candidats à l'assurance âgés de plus de 65 ans contre le risque défini à l'article 13 de la présente notice, atteignant les Assurés avant le remboursement intégral de leur dette, dans les conditions et limites définies dans la présente notice d'information.

Les contrats d'assurance de groupe n°2487D et n°2485B sont souscrits par BPCE, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 155 742 320 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13, en sa qualité d'organe central des Banques Populaires et des établissements de crédit affiliés, par application de l'article L.512-107 du Code monétaire et financier, agissant pour le compte de la Banque Populaire Alsace Lorraine Champagne, en tant que souscripteur auprès des Co-assureurs :

- CNP Assurances pour une quote-part de 66%,
- BPCE Vie pour une quote-part de 34%.

CNP Assurances est Apéritur des contrats, il représente BPCE Vie pour l'ensemble des opérations effectuées sur ces contrats. Il n'y a pas de solidarité entre les co-assureurs.

Le contrat n°2485B relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R.321-1 du code des assurances.

Le contrat n°2487D relève de la branche 20 de l'article R.321-1 du code des assurances.

Ils sont régis par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur.

2. CONDITIONS D'ADHESION

2.1 Prêts assurables :

Les prêts assurables peuvent être des :

- Prêts immobiliers en euros ou en devises :

Amortissables avec ou sans différé total (différé de capital et intérêts) ou différé partiel (différé de capital seulement), In fine, Relais dont la durée est limitée à 36 mois,

- Prêts à taux zéro
- Prêts à la consommation
- Prêts personnels de droit commun
- Prêts en devises :

L'assurance de prêts accordés en devises par le Prêteur est possible. Le Prêteur remet à l'Emprunteur le tableau d'amortissement exprimé dans la devise du prêt.

- Lors de la conclusion de l'adhésion au contrat d'assurance, le montant du capital assuré est converti en euros par le Prêteur selon le Taux de change à la date d'adhésion pour exprimer le montant du capital assuré en euros afin de vérifier notamment le respect de la limitation des garanties.

- Les cotisations d'assurances sont prélevées en devises.

- Les prestations seront déterminées au moment du sinistre à partir des montants figurant au tableau d'amortissement en devises après application, le cas échéant, des limitations de prestations applicables aux différentes garanties.

- L'Assuré est couvert contre toute variation du capital emprunté induit par l'évolution du cours de la devise et de sa contrevaletur en euros.

- Prêts avec différé :

Pour les prêts amortissables avec différé, la durée du différé est limitée à 36 mois, à l'exception des prêts étudiants (l'Assuré est étudiant et âgé de moins de 30 ans à l'adhésion) pour lesquels la durée du différé est limitée à 60 mois.

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

En cas de report de la première mensualité, ou de report d'une ou deux échéances par an en cours de vie du prêt, l'assurance couvre pendant la période de report uniquement les risques de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

2.2 Personnes assurables :

Est assurable dans le cadre des présents contrats d'assurance de groupe toute personne physique qui répond aux conditions suivantes :

- avoir la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou caution d'un contrat de prêt auprès du Prêteur parmi les prêts énumérés au 2.1 ci-dessus,
- et, si l'Emprunteur est une SCI, sont assurables les personnes physiques détentrices de parts.

Si l'emprunteur est une personne morale, est assurable la personne physique qui est le représentant légal de la personne morale ou tout autre personne désignée par cette dernière et qui joue un rôle déterminant dans sa bonne marche et sa stabilité.

- être âgée de moins de **65 ans** (65^{ème} anniversaire) à l'adhésion pour pouvoir être assurée par le contrat 2485B pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et le cas échéant Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle.

Si elle est âgée de 65 ans (65^{ème} anniversaire) ou plus, et de moins de 70 ans (70^{ème} anniversaire) à l'adhésion, la personne physique n'est assurable qu'au titre de la garantie Décès par le contrat n°2487D "Senior – Garantie Décès seul".

- être résidente fiscalement en France.

Les non-résidents domiciliés en Allemagne, Belgique, Espagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Portugal, Royaume-Uni peuvent adhérer et être assurés **pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.**

L'exercice d'une activité professionnelle rémunérée n'est pas une condition pour être assuré au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle.

3. FORMALITES D'ADHESION

L'adhésion dans l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent au moment de la demande d'adhésion.

Le Candidat à l'assurance qui souhaite demander les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle doit en faire la demande expresse sur la demande d'adhésion. Ces garanties ne peuvent être demandées que concomitamment à la demande de prêt.

Les formalités d'adhésion comportent une demande d'adhésion et un questionnaire de santé qui doivent être intégralement renseignés, datés et signés par le Candidat à l'assurance. Le questionnaire peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical » à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au Prêteur qui la transmettra au Médecin Conseil sans l'ouvrir.

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

Lorsque le Candidat à l'assurance choisit de signer son questionnaire de santé par signature électronique, procédure de télédéclaration 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 sa signature. L'Assureur doit recevoir le questionnaire dans ce délai, à défaut le Candidat à l'assurance doit 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 l'état de santé du Candidat à l'assurance survient durant le délai de 3 mois et avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 6, et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, le Candidat à l'Assurance est tenu de renouveler les formalités d'adhésion.

Formalités d'adhésion spécifiques pour les prêts à la consommation inférieurs à 21500 €.

Le Candidat à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale. Dans ce cas, seule la signature d'une demande d'adhésion est exigée, le Candidat à l'assurance étant automatiquement assuré pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Dans ces conditions les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ne peuvent pas être souscrites.

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 primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dédommagement.

4. CHOIX DES GARANTIES

Au regard du type de prêt, de son âge et, le cas échéant de son choix de garanties, le Candidat à l'assurance pourra être assuré selon les formules suivantes :

Formule 1 : les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle.

L'exercice d'une activité professionnelle rémunérée n'est pas une condition pour être assuré au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle.

Formule 2 : les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Formule 3 : « Senior – Garantie Décès seul » (candidat à l'assurance âgé d'au moins 65 ans et de moins de 70 ans au moment de l'adhésion).

La Formule appliquée sera précisée dans la demande d'adhésion et ne pourra pas être modifiée en cours d'adhésion.

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

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

- Accepter le Candidat à l'assurance.

L'acceptation peut être donnée :

- sans réserve : elle vaut pour tous les risques sollicités au titre de la catégorie de prêts applicable ;
- avec réserves : elle restreint certaines garanties et/ou pathologies pour des garanties précises et/ou donne lieu à une tarification particulière.

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

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

En cas de refus du Candidat à l'assurance ou à défaut de réponse dans un délai de 6 mois, à compter du jour où la décision est prise par l'Assureur, celui-ci ne sera pas assuré.

- **Ajourner la décision.** Dans ce cas, le Candidat à l'assurance n'est pas assuré pour le financement objet de la demande d'adhésion, mais peut présenter une nouvelle demande d'adhésion à l'assurance à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué.

- Refuser au Candidat à l'assurance le bénéfice de l'assurance

Au titre du contrat n°2255 B, le refus entraîne le transfert automatique vers un dispositif de 2ème niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande dans le cadre de la convention AERAS « S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ». En cas de refus d'assurance au 2ème niveau, l'Assureur transmet le dossier au pool de réassurance du 3ème niveau du dispositif de la convention AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de l'adhésion et des règles de confidentialité.

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

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

6. DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

6.1 Date de conclusion de l'adhésion

La date de conclusion de l'adhésion aux contrats d'assurance de groupe n°2487D et n°2485B est fixée :

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

6.2 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, y compris en cas de vente à distance si le délai de renonciation n'est pas expiré, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- 1/ à la date de conclusion de l'adhésion
- 2/ à la date de signature de l'offre ou du contrat de prêt par l'Emprunteur.

Garantie provisoire accident

Le Décès est garanti dès la signature de la demande d'adhésion s'il résulte d'un Accident. Cette garantie accidentelle cesse au jour de la date de prise d'effet des garanties, et dans tous les cas, en cas de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard six mois après la date de signature de la demande d'adhésion.

Par risque consécutif à un accident il faut entendre 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. **Il est précisé que le risque consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date de l'accident.**

Le risque Décès n'est pas considéré comme accidentel tel que défini par le présent contrat s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents cardio-vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens contractuel.

La prestation versée est égale au montant emprunté pondéré de la quotité demandée.

7. DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

7.1 Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour la durée du ou des prêts mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 7.2 ci-dessous.

7.2 Cessation de l'adhésion et des garanties

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré, une fois admis ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie du groupe des Assurés sous réserve des cas suivants.

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

- en cas d'exercice de la faculté de renonciation selon l'article « FACULTE DE RENONCIATION » 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 résolution de l'offre de prêt dans le cas visé par l'article L.313-36 du code de la consommation,
 - en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions fixées à l'article « RESILIATION DE L'ADHESION PAR L'ASSURE » 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 l'Assuré est caution, à la date à laquelle son engagement de caution est résilié,
 - en cas de nullité de l'adhésion consécutive à une fausse déclaration intentionnelle ayant changé l'objet du risque ou diminué l'opinion 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 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est versée,
 - à la date du décès de l'Assuré,
 - en cas de remboursement anticipé total du prêt par un assuré, à la date d'encaissement des fonds par le Prêteur,
 - **au 75ème anniversaire de l'Assuré pour la garantie Décès.**
- En outre les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité AERAS cessent au plus tard au 65ème anniversaire de l'Assuré.**

En cas de remboursement anticipé total consécutif à la mise en jeu de l'une des garanties prévues au présent contrat, les garanties cessent à compter du sinistre pour tous les assurés au titre du prêt.

8. FACULTE DE RENONCIATION

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré s'il a adhéré au contrat n°2485B par vente à distance ou démarchage, ou au contrat n°2487D à 65 ans révolus. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

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

8.1 Cas où l'Assuré a adhéré au contrat 2487D et ne bénéficie que de la garantie Décès « Senior – Garantie Décès seul »

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

Pour cela il lui suffit d'adresser au Prêteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) M (Mme, Melle).....(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat 2487D que j'ai signée le.....à..... (lieu d'adhésion). Le..... (date et signature). »

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

8.2 Cas où l'Assuré a adhéré au contrat 2485B et ne bénéficiant pas uniquement de la garantie Décès

a) Délai pour exercer la 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 également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.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 un délai de **14 jours calendaires** révolus s'applique.

- si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'une personne physique, 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, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de **quatorze jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ». La date de conclusion du contrat est définie à l'article « DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES » de la présente notice.

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

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit de renonciation, l'Assuré doit adresser au Prêteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à l'adhésion au contrat n°2485B que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion).
Le (Date et signature) ».

c) Effets de la renonciation

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

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

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

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

9. RESILIATION DE L'ADHESION PAR L'ASSURE

Pour les offres de Crédits Immobiliers et conformément aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation et aux articles L.113-12-2 et L.113-12 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de substitution et de résiliation du présent contrat d'assurance soit :

- dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt. L'Assuré notifie au Prêteur sa demande de résiliation par courrier recommandé au plus tard quinze jours avant le terme de cette période de douze mois.

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

- Soit 10 jours après réception de la décision du Prêteur par l'Assureur,

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

- à expiration de ce délai d'un an, à chaque échéance annuelle de son adhésion au contrat d'assurance. L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation en lettre recommandée au Prêteur au moins deux mois avant la date d'échéance. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt. En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

Lorsque depuis son adhésion l'Assuré est uniquement garanti contre le risque de décès, l'assureur lui offre au titre du présent contrat, une faculté de substitution et de résiliation de ce dernier à l'expiration d'un délai d'un an, à chaque échéance annuelle de son adhésion au contrat d'assurance. L'assuré doit alors adresser sa demande de résiliation en lettre recommandée au Prêteur au moins deux mois avant la date d'échéance. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt. En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

Dans les cas mentionnés ci-dessus, l'Assuré devra transmettre au Prêteur le contrat de substitution qu'il souhaite souscrire. Il devra par la suite notifier à l'Assureur, par lettre recommandée, la décision du Prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance si celui-ci est accepté.

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

A qui adresser le courrier recommandé de demande de résiliation ?

L'Assuré doit notifier sa demande de résiliation à son agence ou au siège de sa banque.

10. BENEFICIAIRES

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par les contrats n°2487D et n°2485B, le Prêteur est bénéficiaire acceptant à titre onéreux, à hauteur du remboursement des sommes restants dues au titre du ou des prêts, selon les limites fixées par la présente notice.

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

• au conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé,

• à défaut aux autres héritiers de l'Assuré, par parts égales entre eux.

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

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

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

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

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

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

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

11. QUOTITES ASSUREES - RÉPARTITION DE L'ASSURANCE

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

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

• le calcul des cotisations dues à l'Assureur,

• la détermination des prestations à servir par l'Assureur en cas de sinistre dans les limites fixées à l'article «LIMITATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS» et dans la limite des sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100%.

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

12. LIMITATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Limitation des garanties

Pour un même assuré, le montant total des capitaux assurés, à la date d'acceptation du risque par l'assureur, est limité à :

Dans le cadre du contrat n°2485B :

• 1 500 000 euros (un million cinq cent mille euros), pour l'ensemble des prêts qui ont été accordés par le Prêteur et garantis par l'Assureur,

Dans le cadre du contrat n°2487D « Senior – Garantie Décès seul » :

• 480 000 euros (quatre cent quatre-vingt mille euros), pour l'ensemble des prêts qui ont été accordés par le Prêteur et garantis par l'Assureur.

Il tient compte :

• des capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion,

• et des nouveaux capitaux à assurer.

Si le total des capitaux assurés excède ces limites, les garanties seront, pendant toute la durée de l'assurance, réduites dans la proportion :

Montant maximum assurable
Total des capitaux assurés

Limitation des prestations

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

Par ailleurs, le montant des prestations Incapacité Temporaire de Travail du contrat n°2485B ne peut pas excéder **166 euros (cent soixante-six euros) par jour si un seul prêt est garanti, et 233 euros (deux cent trente-trois euros) par jour si plusieurs prêts sont garantis.**

13. GARANTIE DECES

13.1 Définitions :

Le décès est pris en charge s'il survient en cours d'assurance et avant le 75^{ème} anniversaire de l'Assuré, et sous réserve des cas d'exclusions prévus à l'article « RISQUES EXCLUS ».

13.2 Prestations :

L'Assureur verse au Prêteur :

- le capital assuré restant dû tel qu'il ressort du tableau d'amortissement, arrêté au jour du décès. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès,
- les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès,
- le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Cas particuliers des prêts avec différé d'amortissement :

Durant la phase de différé, l'Assureur verse au Prêteur :

- Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital seulement :
 - le montant du capital initial du prêt,
 - les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès.
- Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital et intérêts :
 - le montant du capital initial du prêt,
 - les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès.

A l'issue de la période de différé, l'Assureur verse au Prêteur, le capital assuré restant dû au jour du décès. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retards ou pénalités ne sont pas indemnisés.

13.3 Déclaration de sinistre - Formalités à remplir :

Le sinistre doit être déclaré à CNP Assurances - TSA 10681 - 44968 Nantes Cedex 9.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15.

Pièces à fournir :

- 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 à l'article « RISQUES EXCLUS » (attestation selon un imprimé fourni par l'Assureur).

Au titre de la garantie provisoire accident, il convient en outre de fournir :

- les pièces officielles (copie du rapport de police ou de gendarmerie) indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et le décès; la preuve du lien de causalité incombant aux ayants droit,
- les éventuelles coupures de presse.

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

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

14. GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

14.1 Définition :

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

- l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit ;

- elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer ;
- la PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue avant son **65^{ème} anniversaire.**

14.2 Prestations :

La prestation est identique à celle prévue en cas de décès. Elle est calculée et versée à la date de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par le Médecin conseil de l'Assureur.

14.3 Déclaration de sinistre, formalités à remplir :

Le sinistre doit être déclaré à CNP Assurances - TSA 10681 - 44968 Nantes Cedex 9.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur, CNP Assurances - TSA 57161 - 75716 Paris Cedex 15.

Pièces à fournir :

- une copie de la demande d'adhésion,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- une copie de l'offre ou du contrat de prêt,
- une attestation médicale remplie sur l'imprimé de l'Assureur, par le médecin traitant de l'Assuré et lui-même,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

En cas d'accident ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie :

- les pièces officielles (copie du rapport de police ou de gendarmerie) indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et la perte totale et irréversible d'autonomie; la preuve du lien de causalité incombant à l'Assuré ou à ses ayants droit.

Doivent en outre être produit si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- la notification de la pension d'invalidité troisième catégorie établie par la Sécurité sociale ou la notification de la rente accident du travail à 100%.

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 Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque PTIA.

15. GARANTIE INVALIDITE AERAS

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

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

15.1 Définition de la garantie Invalidité AERAS (IA) :

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

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

1. Son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.
2. Son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. Son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70% (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N° 2001-99 du 31 janvier 2001).

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

4. L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéfice :

- lorsqu'il est 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 ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe **avant le 65ème anniversaire de l'Assuré.**

15.2 Prestations garanties :

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

15.3 Cessation du versement des prestations :

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article « CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES » ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article « DEFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITE AERAS » ;
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection sociale visé au point 4 de la définition de la garantie ;
- lorsque après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70% ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

15.4 Règlement des sinistres – Pièces à fournir :

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

- une copie de la notification des conditions particulières d'assurance acceptées et signées par l'Assuré ;
- une attestation médicale d'Incapacité / Invalidité (document fourni par l'Assureur), à remplir par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant.

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra également fournir un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « Secret Médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur, CNP Assurances - TSA 57161 – 75716 Paris Cedex 15.

Doivent être produites en outre :

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

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

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque IA.

16. GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT), GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) ET GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

16.1 Définition de l'Incapacité Temporaire Totale :

Si l'Assuré est en activité professionnelle ou en recherche d'emploi au jour du sinistre :

Lorsque l'Assuré est dans l'impossibilité absolue, constatée médicalement, par suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et avant son 65ème anniversaire d'exercer son activité professionnelle ou toute recherche d'emploi, même partiellement.

Si l'Assuré est Sans activité professionnelle au jour du sinistre et ne perçoit pas d'allocation du Pôle Emploi ou d'organisme similaire :

Lorsque l'Assuré est dans l'impossibilité absolue, constatée médicalement, par suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et avant son 65ème anniversaire d'exercer une quelconque activité même partiellement.

Attention : si l'Assuré est la caution, la garantie Incapacité Temporaire Totale ne lui est acquise, le cas échéant, qu'en cas d'insolvabilité de l'Emprunteur et s'il apporte la preuve qu'il est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins trois mois (3 mois) continus au jour du sinistre au titre de son obligation de caution.

16.2 Définition de l'Invalidité Permanente Totale :

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, et au plus tard trois ans après le début de son Incapacité Temporaire Totale, le Médecin conseil de l'Assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'assuré sur la base du tableau ci-après. Ce taux doit être supérieur ou égal à 66%.

Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction de son taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Si l'Assuré est Sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle :

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de la capacité physique ou mentale de l'Assuré, suite à son accident ou à sa 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).

Le taux d'incapacité professionnelle :

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

16.3 Définition de l'Invalidité Permanente Partielle :

L'assuré est en état d'invalidité permanente partielle si le taux d'incapacité déterminé par Médecin Conseil de l'assureur est inférieur à 66% ou devient inférieur à 66% et est au moins égal à 33%.

L'invalidité permanente partielle s'applique exclusivement aux assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre.

TAUX D'INCAPACITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE :

BAREME D'INCAPACITE FONCTIONNELLE EN %									
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

Si le taux d'incapacité est inférieur à 33% : l'assuré n'est pas en incapacité de travail au titre de ce contrat. Aucune prestation n'est due par l'Assureur

Si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66% : l'assuré est en Invalidité Permanente Partielle.

Si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66% : l'assuré est en Invalidité Permanente Totale.

16.4 Prestations pour les garanties ITT, IPT et IPP :

a) Délai de franchise pour la garantie Incapacité Temporaire Totale :

Les prestations sont dues à l'issue d'un délai de franchise de 90 (quatre-vingt-dix) jours d'incapacité totale et continue d'activité qui n'est jamais indemnisé. Ce délai débute au premier jour de chaque Incapacité Temporaire Totale. Il n'est pas appliqué si, après une période d'incapacité totale d'activité indemnisée par l'Assureur, l'Assuré a repris une activité pendant moins de 90 (quatre-vingt-dix) jours et si l'Assuré est de nouveau en incapacité totale d'activité pour le même accident ou la même maladie (selon l'option choisie).

b) Montant des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale :

Base de calcul :

L'Assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application du délai de franchise, le paiement des échéances de crédit venant à échéance selon le fonctionnement normal du contrat de crédit et la quotité assurée, au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail, dans les limites indiquées au paragraphe ci-dessous.

Cas particulier :

- **Modification des échéances à la hausse à l'initiative de l'Assuré, intervenue dans les 365 jours précédant la date du sinistre :** l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de l'échéance précédant l'augmentation.

- **Modification des échéances à la baisse à l'initiative de l'Assuré :** l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

• Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :

> Pour l'Assuré salarié, fonctionnaire ou assimilé :

L'Assureur verse 100% de la Base de calcul dans la limite de 166 € (cent soixante-six euros) par jour si un seul prêt est garanti, et 233 € (deux cent trente-trois euros) par jour, si plusieurs prêts sont garantis en Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale au titre du contrat.

Dans ce cas, les prestations sont limitées à la perte de revenu.

Définition de la perte de revenu :

La perte de revenu est définie comme étant la **différence entre le «revenu de référence» (1)** de l'Assuré avant l'arrêt de travail et son **«revenu de remplacement» (2)**, au prorata du nombre de jours d'incapacité justifié par l'Assuré.

(1) Le « **revenu de référence** » est défini contractuellement comme étant le revenu et les indemnités mensuels nets imposables moyens des 12 mois précédant l'arrêt de travail.

(2) Le « **revenu de remplacement** » est déterminé à partir de l'ensemble des indemnités dues à l'Assuré par la Sécurité sociale ou par un organisme assimilé, par son employeur (en application de son statut, de la convention collective et des accords d'entreprise), et par les régimes de prévoyance auxquels il adhère, au titre de la période d'ITT.

Ces indemnités sont recalculées, au moment du sinistre, en prenant :

- pour principes d'indemnisation (hors assiette) ceux des régimes de base, statutaires, conventionnels et complémentaires dont l'Assuré dépend.
- pour assiette, le revenu de référence défini en (1). Ce dernier sera pris en base brute si les régimes indemnitaires de l'Assuré sont eux-mêmes assis sur des revenus bruts et non nets de cotisations sociales.

Actualisation : lorsque l'Assuré justifie de 3 ans consécutifs de prise en charge par l'Assureur, le revenu de référence est revu de la manière suivante :

Revenu de référence X indice* au 1er janvier précédant l'actualisation

Indice* au 1er janvier de l'année (n-3)

* L'indice est l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, publié par le Ministère concerné, ou tout autre indice venant s'y substituer. Il est opposable à toutes les catégories socio-professionnelles dans le contrat.

En cas de reprise de l'activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit médicalement, la prestation mensuelle est calculée à hauteur de 50% du montant de l'échéance mensuelle de remboursement (prime d'assurance comprise au titre du contrat), au prorata de la quotité assurée, et dans tous les cas limitée à la Perte de revenu. Elle est versée pour une durée maximale de 180 jours.

Attention : Dans le cas où l'Assuré a souscrit plusieurs prêts couverts par l'Assureur au titre de contrats d'assurance qui prévoient chacun un plafonnement des prestations ITT à la perte de revenus de l'Assuré, **le cumul des prestations servies au titre de ces différents contrats sera en tout état de cause limité à la perte de revenu de l'Assuré.** La prise en charge portera en priorité sur les prêts les plus anciens et à concurrence de la perte de revenu.

> Pour les travailleurs non-salariés (TNS)

L'Assureur verse 100% de la Base de calcul dans la limite de 166 € (cent soixante-six euros) par jour si un seul prêt est garanti, et 233 € (deux cent trente-trois euros) par jour, si plusieurs prêts sont garantis en Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale au titre du contrat.

• Si l'Assuré est Sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :

- la prise en charge est limitée à 50% de la base de calcul.
- dans les mêmes limites que celles appliquées aux assurés exerçant une activité professionnelle rémunérée.

c) Montant des prestations en cas d'Invalidité Permanente Partielle :

Les prestations sont calculées selon les mêmes critères qu'en cas d'ITT ou d'IPT, sauf que l'assuré doit exercer une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre. Dans ce cas, l'assureur verse une prestation égale à (N-33)/33 des sommes dues en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente Totale, avec un minimum de 25% de la mensualité ; N étant le taux contractuel d'incapacité déterminé par le Médecin Conseil de l'assureur.

NE SONT PAS PRIS EN COMPTE :

- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur,
- les augmentations d'échéance non prévues au contrat de prêt et intervenues moins de 6 mois avant l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Permanente Partielle ou pendant l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Permanente Partielle,
- le montant du capital pour les prêts relais, les prêts remboursables au terme (In Fine) et les prêts étudiants.

d) Fin des prestations ITT, IPT et IPP :

En complément des causes de cessation des garanties citées à l'article « DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES », les prestations ITT, IPT et IPP cessent :

- dès que l'Assuré ne se trouve plus en état Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle au sens du contrat,
- dès que l'Assuré ne justifie plus d'un arrêt de travail,
- si l'Assuré est Sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :
 - dès que son taux d'incapacité fonctionnelle devient inférieur à 66%,
 - dès la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, sauf en cas de temps partiel thérapeutique.
- si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :
 - dès que son taux contractuel d'incapacité est inférieur à 33%,
 - dès qu'il reprend une activité professionnelle, y compris l'activité professionnelle exercée par l'Assuré au jour du sinistre, sauf si l'Assureur lui a reconnu un taux contractuel d'incapacité supérieur à 33% et inférieur à 66%,
 - pour les Assurés salariés, fonctionnaires ou assimilés, à la date à laquelle est enregistrée la fin de la perte de revenu.

16.5 Déclaration de sinistre - Formalités à remplir :

En vue du règlement des prestations, il revient à l'Assuré (ou ses ayants-droit), à l'issue de la période de franchise et au plus tard dans le délai de 90 jours suivant cette date, de fournir les documents ci-après. **A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance partielle de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L.113-2 4° du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur.** La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

Le sinistre doit être déclaré à : à CNP Assurances - TSA 10681 44968 Nantes CEDEX 9.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur CNP Assurances- TSA 57161 – 75716 Paris Cedex 15.

Pièces à fournir pour tous les dossiers :

- une copie de la demande d'adhésion,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt,
- une copie de l'offre de prêt,

- une attestation médicale remplie sur l'imprimé de l'Assureur par le médecin traitant de l'Assuré et lui-même,
 - pour la caution : les pièces justifiant qu'elle est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins trois mois continus au jour du sinistre.
- En cas d'accident ayant entraîné l'Incapacité Temporaire Totale :
- les pièces officielles (procès-verbal de police ou de gendarmerie) indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et l'incapacité totale de travail ; la preuve du lien de causalité incombant à l'Assuré ou à ses ayants droit.

Doivent être produits en outre :

- ◆ Si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :
 - les justificatifs des rémunérations et indemnités imposées versées par les employeurs et organismes de prévoyance au cours des douze mois précédant l'incapacité totale de travail de l'Assuré,
 - au cours de la période indemnisée :
 - les bulletins de paye et/ou les justificatifs d'allocations et pensions de préretraite et de retraite,
 - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'Assuré et l'organisme de prévoyance complémentaire de l'Assuré,
 - les documents qui justifient de l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou l'Invalidité Permanente Totale de l'Assuré,
 - la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou rente accident du travail de l'Assuré par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
 - les justificatifs de paiement de pension d'invalidité ou rente accident du travail.
- ◆ Si l'Assuré est en temps partiel thérapeutique : un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à l'arrêt de travail.
- ◆ Si l'Assuré est travailleur non salarié :
 - un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite,
 - un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT au sens du contrat, **couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise,**
 - les justificatifs de paiement de pension ou de rente d'invalidité.
- ◆ Si l'Assuré est Sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi :
- les certificats médicaux d'incapacité totale de travail.

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 des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, organismes similaires ou de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque ITT, IPT et ou IPP.

Versement des prestations :

Les prestations sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

17. RISQUES EXCLUS

Décès : l'Assureur couvre tous les risques de décès, à l'exclusion :

- du suicide de l'Assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties, sauf pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré dans la limite du montant fixé par décret (120 000 euros au 1^{er} janvier 2004) ;
- de sinistres résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré visés à l'article L. 113-1 du code des assurances ;
- des risques de navigation aérienne autres que ceux encourus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
- des matches, courses, paris, compétitions sportives auxquels participe l'Assuré, à titre professionnel ou sous contrat rémunéré ;
- des accidents de la circulation résultant de la consommation par l'Assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre ;
- des sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids,

tentatives de records, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vol sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel, parapente ;

- les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- des rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel ;
- des conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active, sauf pour les militaires, les gendarmes, les policiers, les pompiers, y compris volontaires, et les démineurs dans l'exercice de leur profession ou de leur fonction ;
- des conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle :

Sont exclus les risques listés pour la garantie Décès (hormis l'exclusion concernant le suicide) ainsi que les suites et conséquences :

- de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L.324-1 du code de la Sécurité sociale ;
- des accidents résultant de l'usage par l'Assuré de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale ;
- de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- les conséquences d'effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

Est exclue la PTIA qui survient alors que l'Assuré est en préretraite ou en retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail.

18. TERRITORIALITE

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 « GARANTIE DECES » 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 « CONTRÔLE MEDICAL ».

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.

19. CONTRÔLE MÉDICAL

Les décisions du Médecin conseil de l'Assureur relatives à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à l'Invalidité AERAS, à l'Incapacité Temporaire Totale, à l'Invalidité Permanente Totale, à l'Invalidité Permanente Partielle ne sont pas liées à celles de la Sécurité sociale.

L'Assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis.

Il peut alors faire contrôler à ses frais, par un médecin, l'état de santé de l'Assuré. Ce contrôle médical peut avoir lieu en présence d'un médecin au choix de l'Assuré et à ses frais. Si l'Assuré s'oppose à ce contrôle, il perd droit aux prestations.

Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation de l'Assureur en vue d'une visite médicale restent à la charge de l'Assuré.

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'Invalidité AERAS, de l'ITT, de l'IPT et de l'IPP des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de tierce expertise peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article « PROCEDURE DE TIERCE EXPERTISE ».

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

20. PROCEDURE DE 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.

21. RECLAMATION, MEDIATION ET LITIGE

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises. L'Assureur et le Prêteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

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

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peut (peuvent) s'adresser à CNP Assurances – Service réclamations - TSA 10681 - 44968 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, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : **La Médiation de l'Assurance - TSA 50 110 – 75441 Paris Cedex 09**, ou sur le site internet : 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'adhésion dans l'assurance. La saisine du Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article « DELAI DE PRESCRIPTION ».

22. DELAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;

• quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. 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'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- 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 et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice, même en référé, y compris 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 ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

23. COTISATIONS – CONDITIONS DE REGLEMENT

La cotisation est calculée en fonction de la nature du prêt, sur le capital restant dû assuré ou sur le capital initial, pondéré de la quotité, quel que soit le montant débloqué, en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'effet des garanties, des éventuelles majorations (surprimes) applicables au regard des garanties demandées et de l'étude de la demande de l'Assuré.

Après un remboursement anticipé partiel, la cotisation est calculée sur le nouveau montant du capital restant dû, pondéré de la quotité assurée.

Elle est due dès la date d'effet des garanties et est payable périodiquement lors de chaque échéance de remboursement du prêt.

Le montant de la première cotisation est calculé en fonction de la durée écoulée entre la date de prise d'effet des garanties et le premier prélèvement de cotisation. La cotisation est prélevée par le Prêteur en même temps que les échéances de prêt.

Pour les prêts avec différé en capital et en intérêts, la cotisation d'assurance est également due dès la date d'effet des garanties. Le taux de cotisation, taxes en vigueur comprises, est constant pendant toute la durée du prêt. Il ne subit pas de réduction à la fin des garanties PTIA, Invalidité AERAS, ITT, IPT et IPP.

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

24. BLOCTEL

En application de l'article L.223-2 du code de la consommation, l'assuré 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).

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

BPCE Vie - société anonyme au capital de 161 469 776 euros - 349 004 341 RCS Paris - Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris France - Entreprise régie par le code des assurances. Filiale de Natixis Assurances

BPCE - société anonyme à directeur et conseil de surveillance au capital de 155 742 320 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France -75201 Paris Cedex 13 - intermédiaire en assurance inscrit à l'ORIAS sous le N°08 045 100

Banque Populaire Alsace Lorraine Champagne. Société anonyme coopérative de Banque Populaire à capital variable, régie par les articles L512-2 et suivants du Code Monétaire et Financier et l'ensemble des textes relatifs aux Banques Populaires et aux établissements de crédit - RCS 356 801 571 Metz – Siège social : 3 rue François de Curel - 57000 METZ - intermédiaire en assurance inscrit à l'Orias sous le numéro 07 005 127.

La Convention AERAS
(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

La convention AERAS, signée entre les professionnels de la banque et de l'assurance, des associations de malades et de consommateurs et les Pouvoirs Publics, a pris effet en Janvier 2007, pour faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. Cette convention a été révisée en février 2011, pour apporter de nouvelles avancées par rapport à l'engagement précédent.

1 - Qui est concerné et qu'est-ce qu'un risque aggravé de santé ?

Lorsque vous souhaitez emprunter, vous avez dans la plupart des cas à souscrire une assurance emprunteur pour protéger la banque et vous-même (voire vos héritiers) contre les risques de décès et d'invalidité.

Les engagements pris dans la convention AERAS vous concernent si vous présentez pour l'assurance un risque aggravé de santé. Cela signifie que votre état de santé (ou votre handicap) actuel ou passé, pourrait éventuellement vous empêcher d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standards.

2 - Où puis-je m'informer sur les dispositions de la convention AERAS ?

Vous trouverez une information complète sur la Convention AERAS sur les sites internet www.lesclesdelabanque.com ou sur le site officiel www.aeras-info.fr. A partir de ce site, vous pouvez télécharger gratuitement le texte intégral de la convention AERAS. Vous pouvez également obtenir des informations sur le site de votre Banque Populaire www.banquepopulaire.fr ou contacter votre agence qui vous communiquera les coordonnées du référent AERAS de votre Banque Populaire.

3 - Comment est respectée la confidentialité des informations concernant ma santé ?

La convention AERAS réaffirme l'obligation de confidentialité des informations personnelles concernant votre santé. Vous êtes censé répondre seul au questionnaire de santé, qu'il s'agisse d'un formulaire papier ou d'un document électronique sécurisé. Par souci de confidentialité, votre conseiller Banque Populaire ne vous assistera qu'à votre demande.

Le questionnaire médical que vous avez à remplir comporte des questions précises sur des événements relatifs à votre état de santé et en aucun cas ne fait référence aux aspects intimes de votre vie privée. Vous pouvez insérer votre questionnaire, une fois rempli, dans une enveloppe cachetée et seul le service médical de l'Assureur en prendra connaissance. S'il a besoin d'informations complémentaires, il prendra contact avec vous pour vous demander des examens médicaux spécifiques.

4 - Comment la convention AERAS s'applique-t-elle aux prêts immobiliers et aux prêts professionnels ?

Si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré par le contrat de l'Assureur aux conditions standard, votre dossier sera automatiquement examiné à un 2ème niveau par un service médical spécialisé. Vous n'avez rien à faire. Si, à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas vous être établie, votre dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de votre part, par un 3ème niveau national, constitué d'experts médicaux de l'assurance. Cet ultime examen ne concerne que les prêts immobiliers et les prêts professionnels répondant aux conditions suivantes : -montant maximum : 320 000 € (les crédits relais étant exclus de ce plafond lorsqu'il s'agit de l'acquisition de la résidence principale)

-votre âge en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

A défaut d'accord de l'assurance au 3ème niveau : voir question 9

5 - Que se passe-t-il si, en raison de mon état de santé et de mes revenus, le coût de l'assurance est trop élevé ?

La convention AERAS a prévu la prise en charge par les professionnels d'une partie des surprimes éventuelles pour les personnes aux revenus modestes, dans le cadre de l'achat d'une résidence principale ou d'un prêt professionnel.

Vous pouvez bénéficier de ce dispositif si votre revenu ne dépasse pas un plafond fixé en fonction du nombre de parts de votre foyer fiscal et du Plafond de la Sécurité Sociale (PSS) :

-revenu < 1 fois le PSS si votre nombre de parts est 1

-revenu < 1,25 fois le PSS, si votre nombre de parts est de 1,5 à 2,5

-revenu < 1,5 fois si votre nombre de parts est 3 ou plus.

Si vous entrez dans une des catégories ci-dessus, votre prime d'assurance ne représentera pas plus de 1,4 point dans le taux effectif global de votre emprunt.

Si vous êtes éligibles à ce dispositif, si vous avez moins de 35 ans et si vous bénéficiez d'un PTZ+, les surprimes d'assurance de ce prêt seront intégralement prises en charge par les professionnels.

6 - Que prévoit la convention AERAS pour le risque d'invalidité ?

Dans votre intérêt, comme dans celui de la banque, il est préférable que le risque d'invalidité soit couvert par les garanties adaptées pour les prêts immobiliers et professionnels. En effet, au cours du remboursement du crédit, votre état de santé peut se dégrader. Cette situation peut entraîner éventuellement un déséquilibre de vos revenus et donc de votre budget.

Les assureurs étudient systématiquement les demandes d'assurance invalidité dès lors qu'elle est souscrite. Ils vous proposeront:

- si la couverture du risque invalidité n'est pas possible, au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie,
- si elle est possible, une garantie invalidité :

o aux conditions standard avec le cas échéant, exclusion(s) et/ou surprime ;
o spécifique telle que prévue par la Convention AERAS. Lorsqu'elle est proposée, cette garantie ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'assuré.

A défaut, les assureurs vous proposeront au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie.

7 – Suis-je obligé d'accepter le contrat d'assurance groupe proposé par ma Banque Populaire ?

Si le contrat d'assurance groupe de votre banque populaire ne vous apporte pas une réponse satisfaisante, vous pouvez en proposer un autre. Les banques se sont engagées à accepter un contrat individuel d'assurance décès et invalidité que vous pourriez souscrire directement auprès d'un assureur, dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent au contrat groupe. Les conditions d'emprunt du crédit seront les mêmes qu'elle que soit la solution d'assurance retenue. Sachez cependant que les taux d'intérêt peuvent néanmoins évoluer pendant la durée d'instruction de votre dossier d'assurance.

8 - Quel est le délai de traitement des demandes de prêt avec la convention AERAS ?

Les professionnels de l'assurance et de la banque se sont engagés à donner une réponse à votre demande de prêt immobilier dans un délai global de 5 semaines pour un dossier complet, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition de l'assurance.

Les professionnels de la banque s'engagent, dans la convention AERAS, à vous informer par écrit de tout refus du prêt qui aurait pour seule origine un problème d'assurance. Si l'assurance vous est refusée, vous pouvez, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, prendre contact avec le médecin de l'assureur, pour obtenir des précisions sur les raisons médicales du refus.

Bon à savoir

Vous pouvez anticiper la question de l'assurance, notamment si vous pensez présenter un risque aggravé de santé. Ainsi, avant même d'avoir signé une promesse de vente ou sans attendre que votre demande de prêt soit complétée vous pouvez déposer une demande de couverture, auprès de votre banque ou d'une entreprise d'assurance. Cette anticipation vous permettra d'avoir une décision d'assurance avant que votre projet immobilier soit bouclé. Dans ces conditions, si vous obtenez un accord d'assurance pour garantir un crédit immobilier, cet accord est valable 4 mois, et il reste acquis même si, pendant ces 4 mois, le logement à financer par le crédit change.

9 - Que faire si l'accord de l'assurance ne peut être obtenu ?

Sans assurance emprunteur possible pour garantir votre prêt (ou si ses garanties paraissent insuffisantes pour le succès de votre opération), la Banque Populaire va chercher d'autres moyens pour vous permettre de réaliser votre projet. Elle essaiera avec vous, à la place de l'assurance, de trouver une garantie alternative ou complémentaire. Il peut s'agir par exemple d'une garantie personnelle, comme la caution d'une personne solvable, d'une garantie réelle comme le nantissement d'un capital placé, de la délégation d'un contrat d'assurance-vie ou de prévoyance individuelle, ou encore d'une hypothèque sur un bien immobilier autre que le bien à financer. Dans tous les cas, c'est la Banque Populaire qui appréciera la valeur de cette garantie alternative. Une fiche d'information a été créée sur les garanties alternatives. Vous pouvez la demander auprès de votre Banque Populaire.

10 - Que faire en cas de litige ?

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez dans un premier temps vous adresser à votre agence ou au service relation clientèle de votre Banque Populaire. Si le litige persiste, vous pourrez faire appel à une commission de médiation.

Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises ; elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend et favorise le dialogue si besoin, entre votre médecin et le médecin conseil de l'assureur. Pour déposer un recours auprès de la commission de médiation, vous devez écrire à l'adresse suivante en joignant les copies de tous les documents utiles :

Commission de médiation de la convention AERAS
61, rue Taitbout
75009 PARIS

01/2012

Signature(s) du(des) titulaire(s)