

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION  
CONTRAT D'ASSURANCE  
EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS 7372 N  
À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

**CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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

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

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

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

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Téléphone\* \_\_\_\_\_

\* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bioctel.gouv.fr](http://www.bioctel.gouv.fr)).

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraités
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

**CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT**

Qualité :  **EPR** : Emprunteur  **CPR** : Coemprunteur  **CTP** : Caution personne physique

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt	Durée	Quotité assurée	Capital assuré
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€

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

**Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information sur le « Droit à l'oubli » et de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.**

**Je déclare :**

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

## BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (suite)

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

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

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

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

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

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

Je reconnais avoir été informé de la possibilité d'interrompre la procédure de télédéclaration sécurisée et de revenir à la déclaration sur un formulaire papier tant que le questionnaire de santé n'aura pas été validé.

Fait à \_\_\_\_\_, le  /  /

Signature

Exemplaire destiné à l'Assuré

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION  
CONTRAT D'ASSURANCE  
EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS 7372 N  
À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

**CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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

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

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

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

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Téléphone\* \_\_\_\_\_

\* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bioctel.gouv.fr](http://www.bioctel.gouv.fr)).

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraités
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

**CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT**

Qualité :  **EPR** : Emprunteur  **CPR** : Coemprunteur  **CTP** : Caution personne physique

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt	Durée	Quotité assurée	Capital assuré
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€

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

**Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information sur le « Droit à l'oubli » et de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.**

**Je déclare :**

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

## BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (suite)

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

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

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

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)). Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

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

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

Je reconnais avoir été informé de la possibilité d'interrompre la procédure de télédéclaration sécurisée et de revenir à la déclaration sur un formulaire papier tant que le questionnaire de santé n'aura pas été validé.

Fait à \_\_\_\_\_, le   /   /

Signature

Exemplaire destiné à la Mutuelle

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION  
CONTRAT D'ASSURANCE  
EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS 7372 N  
À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

**CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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

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

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

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

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Téléphone\* \_\_\_\_\_

\* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bioctel.gouv.fr](http://www.bioctel.gouv.fr)).

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraités
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

**CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT**

Qualité :  **EPR** : Emprunteur  **CPR** : Coemprunteur  **CTP** : Caution personne physique

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt	Durée	Quotité assurée	Capital assuré
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€

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

**Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information sur le « Droit à l'oubli » et de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.**

**Je déclare :**

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

## BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (suite)

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

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

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

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

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

Je reconnais avoir été informé de la possibilité d'interrompre la procédure de télédéclaration sécurisée et de revenir à la déclaration sur un formulaire papier tant que le questionnaire de santé n'aura pas été validé.

Fait à \_\_\_\_\_, le   /   /

Signature

Exemplaire destiné à l'Organisme ayant donné sa caution

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION  
CONTRAT D'ASSURANCE  
EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS 7372 N  
À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE**

MUTUELLE CONTRACTANTE

Collectivité N°

**CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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

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

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

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

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Téléphone\* \_\_\_\_\_

\* En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bioctel.gouv.fr](http://www.bioctel.gouv.fr)).

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
3	Cadres, Professions libérales Enseignants
4	Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise
5	Employés
6	Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
7	Retraités
8	Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

**CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT**

Qualité :  **EPR** : Emprunteur  **CPR** : Coemprunteur  **CTP** : Caution personne physique

Organisme prêteur	Adresse	N° du prêt	Montant du prêt	Type de prêt	Durée	Quotité assurée	Capital assuré
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€
			€	Non Amortissable	mois	%	€

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

**Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information sur le « Droit à l'oubli » et de la notice d'information exposant les modalités du contrat d'assurance, dont je conserve un exemplaire.**

**Je déclare :**

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



## BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (suite)

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

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

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

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

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

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

Je reconnais avoir été informé de la possibilité d'interrompre la procédure de télédéclaration sécurisée et de revenir à la déclaration sur un formulaire papier tant que le questionnaire de santé n'aura pas été validé.

Fait à \_\_\_\_\_, le   /   /

Signature

Exemplaire destiné à CNP Assurances



## **Document d'information AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance relatif au remboursement d'un emprunt**

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies, la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) révisée du 2 septembre 2015 puis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ont mis en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

- D'une part, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur
- D'autre part, par la mise en place d'une grille de référence qui fixe :
  - les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies ;
  - des taux de surprimes maximaux applicables par les organismes assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

**Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.**

### **1) L'accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard**

#### **1.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer : le « droit à l'oubli »**

Ce dispositif s'applique aux contrats d'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt à la consommation affecté ou dédié, d'un prêt professionnel pour l'acquisition de locaux et de matériels, ou d'un prêt immobilier.

**Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :**

- a) Lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée avant vos 18 ans :
- **si** la date de fin du protocole thérapeutique<sup>1</sup> remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
  - **et s'il** n'a pas été constaté de rechute<sup>2</sup> de votre maladie.

**Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.**

- b) Lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans :
- si la date de fin du protocole thérapeutique<sup>1</sup> remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance ;
  - et s'il n'a pas été constaté de rechute<sup>2</sup> de votre maladie,

**Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.**

**Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1.1, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 1.1 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.**

#### **1.2 L'absence de surprime et d'exclusion de garantie, sous réserve de la déclaration des antécédents de santé, pour les personnes souffrant de pathologies définies par la grille de référence**

- a) Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif il est nécessaire que les trois conditions suivantes soient réunies :

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

b) Les droits associés à la grille de référence

La grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses, ainsi que pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer.

Cette grille est consultable sur le site internet de la convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

**Vos droits : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et si vous remplissez les conditions mentionnées au a).**

## 2) L'accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard pour les personnes souffrant de pathologies fixées par la grille de référence sous réserve de la déclaration des antécédents de santé

Pour les personnes souffrant de certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à l'assurance emprunteur dans des conditions standard, la grille de référence mentionnée au 1.2 prévoit également un dispositif permettant d'accéder à une assurance emprunteur à des conditions se rapprochant des conditions standard, c'est-à-dire avec des taux de surprimes plafonnés.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif, il est nécessaire que vous remplissiez les conditions (nature de crédit, montant de la part assurée et âge en fin du contrat d'assurance) définies au a) du 1.2.

La grille de référence fixe par pathologie et par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité) les taux de surprimes maximum applicables du fait de ces antécédents.

Dans ces conditions, **vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée dans la limite des plafonds de taux de surprimes fixés par la grille.**

**Vos droits : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille.**

## 3) Évolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence mentionnée au 1.2 et au 2.) a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance est accordée aux personnes qui en souffrent ou en ont souffert dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se font en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail prévu pour l'année à venir pour faire évoluer cette grille de référence de pathologies.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » inférieurs à ceux mentionnés au 1.1.

---

### LEXIQUE

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

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

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE

N° contrat 7372 N  
N° collectivité

## CANDIDAT À L'ASSURANCE

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

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

**Répondez obligatoirement OUI ou NON (en toutes lettres) dans chaque case et si OUI, complétez.**

**\*\* : ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 10 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)**

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

**TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11 Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_  
 Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Lequel ? \_\_\_\_\_  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_

12 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de :

- réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____	Quand ? _____	
		Lesquels ? _____		
- être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)	<input type="checkbox"/>	Hospitalisé <input type="checkbox"/>	Traité <input type="checkbox"/>	Opéré <input type="checkbox"/>
		Pourquoi ? _____	Quand ? _____	

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (suite)

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

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

## CANDIDAT À L'ASSURANCE

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur, entraîne la nullité du contrat (art. L113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature.

J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

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

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

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

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

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

Je reconnais avoir été informé de la possibilité d'interrompre la procédure de télédéclaration sécurisée et de revenir à la déclaration sur un formulaire papier tant que le questionnaire de santé n'aura pas été validé.

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

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

Exemplaire destiné à CNP Assurances

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

À REMPLIR LISIBLEMENT AU STYLO-BILLE

N° contrat 7372 N  
N° collectivité

## CANDIDAT À L'ASSURANCE

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

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

**Répondez obligatoirement OUI ou NON (en toutes lettres) dans chaque case et si OUI, complétez.**

**\*\* : ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 10 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)**

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

**TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11 Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_  
 Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Lequel ? \_\_\_\_\_  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_

12 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de :

- réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ?  Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_  
 Lesquels ? \_\_\_\_\_

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

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (suite)

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le :

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

### CANDIDAT À L'ASSURANCE

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur, entraîne la nullité du contrat (art. L113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature.

J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

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

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

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

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

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

Je reconnais avoir été informé de la possibilité d'interrompre la procédure de télédéclaration sécurisée et de revenir à la déclaration sur un formulaire papier tant que le questionnaire de santé n'aura pas été validé.

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

Fait à \_\_\_\_\_, le

Signature

Exemplaire destiné à l'Assuré



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

## DÉFINITION

Pour l'exécution du présent contrat, les définitions suivantes sont retenues :

**Accident** : l'accident s'entend de 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 Emprunteur dont au moins une garantie du présent contrat a pris effet.

**Candidat à l'assurance** : est ainsi dénommée, toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance de groupe mais pour laquelle les garanties n'ont pas encore pris effet. Lorsque l'Assurance a pris effet, cette personne est dénommée « l'Assuré ».

**Emprunteur** : est ainsi dénommée toute personne ayant demandé ou obtenu un prêt auprès d'un établissement de crédits; il s'agit des Emprunteurs, des Coemprunteurs et de leurs Cautions personnes physiques.

## ARTICLE 1 OBJET DE L'ASSURANCE

Le présent contrat d'assurance de groupe souscrit par les Mutuelles et Organismes ci-après dénommés « le Souscripteur » est coassuré par CNP Assurances dénommée ci-après « l'Apériteur » pour une quote-part de 75 % et MFPrévoyance dénommée ci-après « le Coassureur » pour une quote-part de 25 %.

Le présent contrat a pour objet de garantir, **durant une durée ne pouvant excéder trois (3) ans**, dans les conditions fixées ci-après, les Assurés désignés à l'article 5 contre la survenance des risques, tels que définis à l'article 15 de la présente notice.

Le présent contrat relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R. 321-1 du code des assurances. Il est régi par le code des assurances et la réglementation en vigueur.

Il répond aux recommandations de la Convention AERAS (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) révisée.

## ARTICLE 2 INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

**2.1** – Le contrat 7372 N est souscrit auprès de CNP Assurances - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15, France. L'Autorité chargée du contrôle des Coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - Paris cedex 09.

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

**2.3** – La durée de l'adhésion est fixée à l'article 9 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION. Les garanties du contrat sont mentionnées à l'article 15 - DÉFINITION DES GARANTIES ET MONTANT DES PRESTATIONS. Les exclusions au contrat n° 7372 N sont mentionnées à l'article 16 - RISQUES EXCLUS.

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

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 9 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION et à l'article 10 - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES.

L'adhésion au contrat n° 7372 N s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 7 - ADHÉSION DANS L'ASSURANCE - FORMALITÉS D'ADHÉSION. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 19 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DE LA PRIME. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge du (des) Emprunteur(s). Ainsi, les frais d'envoi postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Apériteur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le(les) Emprunteurs et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

**2.5** – Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 12 - DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE.

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

**2.7** – Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 23 - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION.

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

## ARTICLE 3 MONTANT MAXIMUM GARANTI ET QUOTITÉ ASSURÉE

**L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même Assuré est fixé à 900 000 euros et ce, quel que soit le type de prêts (tel que défini à l'article 4) et quels que soient le nombre et le montant total des prêts garantis au titre de l'ensemble des contrats en couverture de prêts, en prenant en compte la quotité assurée.**

L'encours est égal au capital garanti, sur la tête de l'Assuré au jour de l'adhésion, au titre de l'ensemble de ses prêts assurés par l'un des contrats d'assurance en couverture de prêts souscrits par les Mutuelles et Organismes auprès des Coassureurs.

L'assurance repose sur la tête de chaque Assuré selon la quotité indiquée par chacun sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion, par tranche de 1 % à 100 %, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

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

## ARTICLE 4 PRÊTS ASSURABLES

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



## ARTICLE 5 PERSONNES ASSURABLES

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

- Emprunteur titulaire du prêt relais et membre d'un Souscripteur,

ou

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

ou

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

## ARTICLE 6 RÉPARTITION DE L'ASSURANCE

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

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

## ARTICLE 7 ADHÉSION DANS L'ASSURANCE - FORMALITÉS D'ADHESION

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

**Les formalités d'adhésion sont obligatoires**, elles comportent un Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et un Questionnaire de Santé à compléter intégralement et à signer par le Candidat à l'assurance.

Le Questionnaire de Santé peut être remis sous enveloppe portant la mention « **confidentiel – secret médical** », à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être transmise au Souscripteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir. Cette procédure s'applique également pour l'envoi de tout document médical à l'initiative du Candidat à l'assurance.

**Le Questionnaire de Santé dûment complété et signé par le Candidat à l'assurance est valable trois (3) mois à compter de sa signature.**

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

Le Questionnaire de Santé peut éventuellement être complété, à la demande de l'Apériteur, d'exams médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Apériteur et à ses frais. Le Candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à son état de santé.

**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 avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 9.1 et modifie les réponses portées sur le Questionnaire de Santé signé lors de la demande d'adhésion, le Candidat à l'assurance est tenu d'informer l'Apériteur par l'intermédiaire du Souscripteur.**

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

## ARTICLE 8 DÉCISION DE L'APÉRITEUR

**L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Apériteur. Au terme de l'examen des formalités d'adhésion, l'Apériteur peut :**

- **Accepter l'entrée dans l'assurance :**

Cette acceptation peut être donnée :

- **sans réserve** : elle vaut pour tous les risques couverts dans les limites du présent contrat,
- **avec réserves** : elle exclura certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises. Le détail de(s) l'exclusion(s) partielle(s) de garantie(s) est communiqué directement au Candidat à l'assurance par courrier séparé signé du Médecin-conseil de l'Apériteur.

- **Ajourner sa décision :**

Dans ce cas, le Candidat à l'assurance n'est pas Assuré mais pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué

- **Refuser l'entrée dans l'assurance au titre du présent contrat :**

Une telle décision déclenche automatiquement une étude sur les conditions d'assurance possibles dans un dispositif de deuxième ou de troisième niveau conformément aux dispositions de la convention AERAS révisée.

**Notification de la décision de l'Apériteur**

- **Acceptation sans réserve** : La décision de l'Apériteur est notifiée, par écrit, par le Souscripteur, au Candidat à l'assurance.

- **Acceptation avec réserves** : L'Apériteur envoie un courrier au Candidat à l'assurance lui notifiant, en deux (2) exemplaires, les dispositions particulières d'assurances. Le Candidat à l'assurance doit donner son accord exprès sur cette décision pour être Assuré. Le Candidat à l'assurance peut :

• **Accepter la proposition de l'Apériteur** : son accord est formalisé par la signature d'un exemplaire des dispositions particulières d'assurance qui lui ont été envoyées ; il retourne l'exemplaire « Assureur » des dispositions particulières complété et signé au Souscripteur. Le Candidat à l'assurance conservera son exemplaire « Assuré ».

• **Refuser ou ne pas donner suite à la proposition de l'Apériteur** : dans ce cas la demande d'adhésion est classée sans suite et l'Emprunteur n'est pas Assuré.

- **Ajournement ou refus de la demande d'adhésion** : L'Apériteur notifie sa décision, par écrit, à l'Emprunteur.

**En cas d'acceptation avec réserves, d'ajournement ou de refus de demande d'adhésion** sur le courrier de notification de la décision à l'Apériteur sont indiquées les coordonnées de la commissions de médiation AERAS et la possibilité pour l'Emprunteur de prendre contact par courrier avec le médecin de l'Apériteur, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions d'assurance.

**La décision émise par l'Apériteur est valable six (6) mois à compter de la date de notification au Candidat à l'assurance. Si, avant la fin de ce délai, la prise d'effet de l'assurance n'est pas intervenue ou si l'offre de prêt devient caduque, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.**

**Toute contestation est recevable dans un délai de six (6) mois à compter de la date de notification au Candidat à l'assurance.**

L'adhésion à l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un prêt immobilier déterminé aux conditions initiales de ce prêt immobilier, telles que définies à l'article 4.

**Une autre opération d'emprunt nécessite un renouvellement des formalités d'adhésion, telles que prévues à l'article 7.**

## ARTICLE 9 DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

### Article 9.1. Date de conclusion de l'adhésion

- si l'acceptation est donnée sans réserve, l'assurance est conclue au jour de la signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion.
- si l'acceptation est donnée avec réserves, l'assurance est conclue à la date de signature par le Candidat à l'assurance de la notification des dispositions particulières d'assurance.

### Article 9.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt garanti mentionnée sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 11 de la présente notice.

Conformément aux articles L. 313-30 et L. 313-31 du code de la consommation et de l'article L. 113-12-2 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de substitution et de résiliation du présent contrat d'assurance dans un délai de douze (12) mois à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré notifie au Souscripteur sa demande de résiliation par courrier recommandé au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période de douze (12) mois. La demande de substitution s'effectue auprès du prêteur selon les modalités qui sont fixées dans l'offre de prêt.

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

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

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

Par ailleurs, l'Assuré dispose d'une faculté annuelle de résiliation, sous réserve d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception au Souscripteur au moins deux (2) mois avant la date d'échéance (date anniversaire de l'adhésion). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle. **Cette résiliation peut, le cas échéant, avoir des conséquences sur l'offre de prêt de l'Assuré.**

## ARTICLE 10 DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime à la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 9.1.

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

## ARTICLE 11 CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque Assuré :

- **au terme contractuel du prêt garanti quelle qu'en soit la cause,**
- **en cas de non-paiement de prime selon les modalités prévues à l'article 20,**
- **pour la caution personne physique Assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord de l'organisme prêteur,**
- **à la date de remboursement anticipé total du prêt,**
- **à la date d'exigibilité du prêt avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,**
- **au jour du versement de la prestation en cas de Décès ou de PTIA,**
- **au jour de la prise d'effet de la résiliation de l'assurance par l'Assuré et ce, dans les conditions fixées à l'article 9.2,**
- **au jour de la réception par le Souscripteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 12,**
- **au jour de la réception par le Souscripteur, de la lettre de l'Assuré informant de sa renonciation à la réalisation de l'opération immobilière. Le Souscripteur procède au remboursement de l'intégralité des primes payées depuis la prise d'effet des garanties.**

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

- **pour la garantie Décès** : à l'échéance de prime mensuelle qui suit le 68<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.
- **pour la garantie PTIA** : au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré, sans entraîner de modification du montant des primes.
- **trois ans après la date de versement des fonds.**

## ARTICLE 12 DROIT À RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DÉMARCHAGE OU À DISTANCE

La signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion ou la signature par l'Emprunteur de la notification des conditions d'acceptation par l'Apériteur ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

### a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

- **si le contrat est vendu à distance** : le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet. Conformément à l'article L. 112-2-1 du code des assurances, l'assuré peut renoncer à son adhésion au contrat dans les quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 9.1 de la présente notice.
- **si le contrat est vendu par démarchage** : la vente par démarchage est la sollicitation d'un adhérent, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat. En vertu de l'article L. 112-9 alinéa 1<sup>er</sup> du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins que n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception » pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 9.1, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

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

## b) Modalités de la renonciation

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée au Souscripteur à l'adresse suivante : Mutuelle (adresse du Souscripteur) - Service des adhésions (...). Elle peut être faite selon le modèle suivant : « Je soussigné(e), M. Mme. Mlle (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 7372 N que j'ai signée le ...à... (Lieu d'adhésion). Le... (Date et signature). »

## c) Effets de la renonciation

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

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

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

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

## ARTICLE 13 TERRITORIALITÉ

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

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

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

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

## ARTICLE 14 BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont réglées à l'organisme prêteur qui a consenti le prêt ou, le cas échéant, l'organisme ayant accordé sa caution. Le prêteur ou l'organisme ayant accordé sa caution est bénéficiaire des prestations garanties dans la limite des sommes restant dues par l'Assuré, fixées selon le(s) tableau(x) d'amortissement(s) ou l'échéancier du contrat de(s) prêt(s) transmis par le prêteur.

En tout état de cause, les prestations sont versées au Souscripteur, charge à lui de les verser conformément aux stipulations précisées ci-dessus.

## ARTICLE 15 DÉFINITION DES GARANTIES ET MONTANT DES PRESTATIONS

Sous réserve de la décision de l'Apériteur, tout ou partie des garanties sont accordées. Les garanties sont accordées sous réserve du paiement des primes d'assurance.

L'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis plus de trois (3) mois à la date de survenance du sinistre Décès ou PTIA pour demander le bénéfice des prestations.

### Article 15.1. Décès

En cas de décès d'un Assuré survenant en cours d'assurance et avant la fin du mois qui suit son 68<sup>ème</sup> anniversaire, l'Apériteur garantit sous réserve des risques exclus figurant à l'article 16 :

- soit le paiement en une seule fois des sommes dues par l'Assuré au jour du sinistre, d'après le tableau d'amortissement du prêt en cours à la date de sinistre ou de l'attestation de l'organisme prêteur (à l'exclusion de toutes échéances arriérées), augmentées des intérêts éventuellement dus
- soit le paiement du capital initial selon la quotité assurée, si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

### Limite des obligations de l'Apériteur

Les prestations servies par l'Apériteur sont limitées :

- Au montant maximum garanti visé à l'article 3, que l'assurance repose sur une tête ou deux têtes : Quand cette limite joue, la dégressivité incluse dans le tableau d'amortissement du total du capital emprunté s'applique au montant maximum pouvant être garanti au jour de la conclusion de l'adhésion, de façon telle qu'en cas de décès, les sommes prises en charge par l'Apériteur et rapportées au total des sommes encore dues à la date du sinistre, demeurent dans la même proportion que le total des sommes plafonnées au moment de la conclusion de l'adhésion par rapport au total de la dette de l'Emprunteur.
- lorsque l'assurance repose sur deux têtes : les prestations de l'Apériteur sont déterminées selon la quotité assurée. Lorsque deux Assurés sont garantis au titre d'un ou plusieurs prêts tels que définis à l'article 4, les prestations de l'Apériteur ne seront en aucun cas supérieures au montant dû au titre du (des) prêt(s) garanti(s) et figurant sur le tableau d'amortissement ou sur l'attestation de l'organisme prêteur.

### Article 15.2. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

#### a) Définition

Un Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 11 et des exclusions visées à l'article 16, lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

1. l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit
2. l'invalidité 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)
3. la PTIA reconnue par l'Apériteur doit être intervenue avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire

#### b) Délai d'attente

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dont la date de survenance reconnue par l'Apériteur se situe au cours des 365 jours suivant la date de prise d'effet des garanties n'est pas couverte, quelle que soit sa durée, sauf si elle résulte d'un accident tel que défini ci-dessous.

L'Accident s'entend de 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.

#### c) Prestation garantie

Le versement de la prestation peut être subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Apériteur fixera la date de reconnaissance du sinistre. La prestation versée est identique à celle définie à l'article 15.1 pour la garantie Décès. La prestation est calculée à la date de reconnaissance du sinistre par l'Apériteur.

L'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

## ARTICLE 16 RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne sont pas garantis et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Apériteur lorsqu'ils résultent des cas suivants :

- le suicide de l'Assuré pendant la première année d'assurance à compter de la date de prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations, lorsque ces événements résultent d'un fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré),
- les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les militaires et les policiers dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.*
- les conséquences des faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les militaires, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion.*
- les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes. *Les militaires, les policiers et les pompiers dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion.*
- les conséquences d'accidents de navigation aérienne dans le cadre de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, vols sur U.L.M, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés au regard de la réglementation européenne, vols sur deltaplanes et parapentes, et vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide. *Les militaires et les policiers dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion.*

## ARTICLE 17 FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE SINISTRES

Toute demande de prise en charge doit être adressée au **Souscripteur**.

Les frais liés à l'obtention et à l'envoi de pièces justificatives sont à la charge de l'Assuré ou de ses ayants droit.

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

**Pour demander le bénéfice des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre médicalement reconnu par l'Apériteur et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée pour pouvoir prétendre à une prise en charge. Par conséquent, outre les pièces définies ci-dessous, une copie justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement engagée à son encontre, depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre, doit être transmise.**

### Article 17.1. En cas de Décès de l'Assuré

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

- un acte ou un bulletin de décès original,
- un certificat médical original indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle et s'il est dû ou non aux risques exclus définis à l'article 16,
- une copie du(des) tableau(x) d'amortissement du(des) prêt(s) en cours à la date de sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

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

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

**En sus des justificatifs prévus ci-dessus à remettre, l'Apériteur peut également indiquer aux ayants droit de l'Assuré les pièces justificatives à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil.**

### Article 17.2. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

**Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir au Souscripteur dans un délai maximum de 180 jours à compter de la date de survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :**

- une Attestation Médicale d'Incapacité – Invalidité, tenue à la disposition de l'Assuré par le Souscripteur (imprimé fourni par l'Apériteur) ; complétée par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète un certificat médical :
  - attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état de santé l'oblige définitivement à 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) ;
  - précisant le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident qui en est la cause.

En cas de PTIA accidentelle survenant pendant le délai d'attente, défini à l'article 15.2.b), il est nécessaire de joindre aux justificatifs ci-dessus un document détaillant les circonstances de l'accident, par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse

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

- **Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :**

Joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne.

- **Pour les Assurés fonctionnaires et assimilés :**

Joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme.

- une copie du(des) tableau(x) d'amortissements du(des) prêt(s) en cours à la date du sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur indiquant les sommes restant dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

**Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Apériteur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.**

**En sus des justificatifs prévus ci-dessus à remettre, l'Apériteur peut également indiquer à l'Assuré ou à ses ayants droit les pièces justificatives à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article L. 1315 du Code civil.**



## ARTICLE 18 CONTRÔLE MÉDICAL ET RECOURS

### Article 18.1 – Contrôle médical

La production des justificatifs définis à l'article 17.2 est indispensable mais parfois insuffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Apériteur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Apériteur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) tel que défini à l'article 15.2. L'Assuré peut se faire assister du médecin de son choix.

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

Si après un contrôle, la décision de l'Apériteur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 18.2.

En cas de refus, l'Apériteur notifie sa décision au Souscripteur, à charge pour lui d'en informer l'Assuré.

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 reprend le cas échéant, à compter de la date de la visite médicale.

### Article 18.2. Procédure 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. L'Assuré fera l'avance des frais et honoraires du médecin tiers expert, lesquels resteront à la charge de la partie perdante.

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.**

## ARTICLE 19 TAUX DE PRIME – PAIEMENT DE LA PRIME

### Article 19.1 – Taux de prime

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

Les taux annuels de prime sont indiqués à l'annexe tarifaire. L'âge retenu pour le calcul de la prime est celui de l'Assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion. La prime reste inchangée jusqu'à la fin du prêt.

En cas de remboursement anticipé partiel d'un prêt, le montant du capital assuré est égal au nouveau montant du prêt, la quotité assurée restant inchangée. Dans ce cas, la décision d'assurance émise par l'Apériteur lors de la demande initiale d'adhésion au contrat pour couvrir le prêt concerné par ce remboursement anticipé partiel est maintenue.

En cas de remboursement anticipé total d'un prêt, volontaire ou forcé, celui-ci met immédiatement fin aux garanties pour toutes les personnes Assurées au titre du prêt garanti.

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

### Article 19.2. Paiement de la prime

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

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

Le Souscripteur procède à ces prélèvements.

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

### Article 19.3. Modalités de paiement de la prime

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

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

## ARTICLE 20 DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA PRIME

**L'Assuré est tenu au règlement de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion.**

**Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'a pas pu être prélevée dans un délai minimum de dix (10) jours à compter de son échéance, ou si l'Assuré qui a exercé le droit à remboursement de son prélèvement n'a pas régularisé le paiement de sa prime ou fraction de prime, le Souscripteur adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer à l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances. L'exclusion intervient au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de cet envoi, conformément à l'article L. 141-3 du code des assurances.**

**Toutefois, le cas échéant, à compter de la décision déclarant la recevabilité de la demande de classement en surendettement, le délai de quarante (40) jours fixés ci-dessus est contractuellement porté à cent vingt (120) jours, sous réserve que la présente assurance figure dans l'état du passif définitivement arrêté par la commission de surendettement ou le juge.**

## ARTICLE 21 NOTICE D'INFORMATION

**Le souscripteur est tenu :**

- de remettre aux Assurés, l'exemplaire du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion qui leur est destiné, accompagné de la notice d'information dont la rédaction incombe à l'Apériteur. Elle définit les modalités d'entrée en vigueur, le champ d'application des garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- d'informer par écrit, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur, les Assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations sur la base d'une nouvelle notice dont la rédaction incombe à l'Apériteur.

## ARTICLE 22 PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Apériteur 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'Apériteur a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, ce délai est porté à dix (10) ans à compter de sa connaissance du décès. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré.

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

## ARTICLE 23 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

- pour toute réclamation relative à la décision d'adhésion de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à :  
CNP Assurances - Département relations clients emprunteurs - Service souscription - 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 - Département relations clients emprunteurs - Service réclamations - TSA 81566 - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15 ;

En cas de désaccord avec une décision de l'Apériteur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peut(vent) s'adresser à la Médiation de l'Assurance :

- par voie postale à La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09,
- ou directement sur le site internet [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

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

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

## ARTICLE 24 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données de l'Assuré à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

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

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

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

Les données de l'Assuré seront conservées durant toute la vie de son contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, l'Assuré dispose du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, l'Assuré dispose du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. L'Assuré peut exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

L'Assuré peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis.

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

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

## ARTICLE 25 LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Coassureurs et l'Assuré sont régies par le droit français.

Les Coassureurs et le Souscripteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

## ARTICLE 26 COÛT INHÉRENT AU MODE DE COMMERCIALISATION

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge du (des) Emprunteur(s). Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Apériteur et de ses partenaires ou des connexions Internet seront supportés par le(s) Emprunteur(s) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

## ARTICLE 27 FONDS DE GARANTIE

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

## ARTICLE 28 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des Coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : **ACPR** – 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

## ARTICLE 29 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](http://www.bloctel.gouv.fr)).



**ANNEXE TARIFAIRE**  
**AU CONTRAT D'ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS RELAIS N° 7372 N**

**TAUX DE PRIMES**

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

Âge de l'Assuré à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion	Taux annuel en % du capital initial assuré
< 35 ans	0,13 %
de 35 ans à ≤ 49 ans	0,25 %
de 50 ans à < 65 ans	0,40 %

