

NOTICE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

Contrat d'assurance de groupe en couverture de prêts n° 5027P souscrit par Boursorama, dénommée « le Souscripteur » auprès de CNP Assurances, dénommée « l'Assureur ». Ce contrat relève des branches 1, 2 et 20 du code des assurances. Il est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur.

1. OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir le paiement des sommes dues en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Totale de Travail (ITT) et d'Invalidité Totale (INV) des emprunteurs définis à l'article 3, au titre des prêts consentis par le Prêteur : prêts amortissables, non amortissables en capital ou comportant un différé d'amortissement du capital.

Définitions :

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 dénommée, toute personne physique dont au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.

Emprunteur : 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 ; il s'agit des emprunteurs, des coemprunteurs et de leurs cautions.

Prêteur : est ainsi dénommée Boursorama qui a consenti le prêt.

2. INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

- Le contrat d'assurance de groupe n° 5027 P est souscrit auprès de CNP Assurances - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - RCS Paris 341 737 062 - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15 - Entreprise régie par le code des assurances.
- L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de l'Assureur.
- Le montant de la prime est indiqué sur l'offre de prêt.
- L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction. Les garanties sont mentionnées aux articles 15 « Décès », 16 « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie », 17 « Incapacité Totale de Travail » et 18 « Invalidité Totale ». Les exclusions sont mentionnées à l'article 12 « Risques exclus ».
- L'offre contractuelle définie dans la notice d'information est valable pendant la durée de validité de l'offre de prêt.
- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 9 « Date de conclusion et prise d'effet des garanties ». L'adhésion au contrat n° 5027P s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 6 « Formalités d'adhésion ». Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 22 « Prime ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de CNP assurances et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 11 « Renonciation ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'Assuré doit acquitter le montant de la prime d'assurance.
- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 23 « Réclamations - Médiation » de la notice d'information. 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).

3. PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables dans le cadre du présent contrat, l'emprunteur et le coemprunteur, personnes physiques, qui bénéficient de prêts définis en objet, les cautions d'un

Emprunteur personne physique ou personne morale, qui n'ont pas atteint leur 65^{ème} anniversaire à la signature du bulletin d'adhésion.

Dès lors qu'ils sont couverts par le présent contrat, ils prennent alors la qualité d'Assurés. Les personnes physiques n'exerçant aucune activité professionnelle rémunérée ne peuvent pas bénéficier de la garantie Incapacité Totale de Travail (ITT) et Invalidité Totale (INV). Les investisseurs locatifs peuvent renoncer aux garanties ITT et INV pour les investissements immobiliers à caractère locatif. Ce choix est exercé lors de l'adhésion et est définitif pour toute la durée du prêt.

4. BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire est le Prêteur qui a consenti le prêt. Il est bénéficiaire dans la limite des sommes dues par l'Assuré, fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du contrat de prêt transmis par le Prêteur.

5. PLAFOND ET LIMITE DES GARANTIES

Un Assuré est garanti, au titre de l'ensemble des financements consentis par le Prêteur, à hauteur de 1 500 000 euros maximum. Les prestations de l'Assureur ne peuvent excéder le montant de la dette de l'Emprunteur au titre du (ou des) prêt(s) garanti(s) au titre du présent contrat.

6. FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les Candidats à l'assurance. Elles comportent un bulletin d'adhésion et un questionnaire de santé qui sont remplis et signés par le Candidat à l'assurance. Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'une visite médicale et d'un bilan biologique à la charge de l'Assureur. Le Candidat à l'assurance peut en outre être invité à produire tout autre document se rapportant à son état de santé, dont les frais sont à sa charge.

- lorsque le Candidat à l'assurance choisit de signer son questionnaire de santé sur un formulaire papier, il a la possibilité d'adresser ce questionnaire sous enveloppe portant la mention « confidentiel – secret médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur. La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 3 mois à compter de la date de sa signature. L'Assureur doit recevoir le questionnaire dans ce délai, à défaut le Candidat à l'assurance doit renouveler les formalités d'adhésion.
- lorsque le Candidat à l'assurance choisit de signer son questionnaire de santé par signature électronique, procédure de télé déclaration sécurisée, le questionnaire de santé est transmis directement à l'Assureur à la fin de la procédure.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués. Si l'état de santé du Candidat à l'assurance se modifie après la signature du questionnaire de santé et avant la date de conclusion de l'adhésion, le candidat doit renouveler les formalités d'adhésion (art. L.113-8 du code des assurances). Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L.113-8 du code des assurances).

7. DÉCISION DE L'ASSUREUR

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

- Accepter le Candidat à l'assurance; cette acceptation pouvant se faire :
 - sans réserve : elle vaut pour tous les risques couverts,
 - avec réserves : elle écarte alors certains risques ou certaines garanties. 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'Assureur. En cas de réserve partielle ou totale portant sur la garantie ITT, l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS révisée, d'une proposition de la garantie Invalidité AERAS (IA) telle que définie à l'article 19.
- Refuser le Candidat à l'Assurance. Le refus déclenche automatiquement pour l'Assureur une étude d'assurabilité ou non du Candidat à l'assurance dans un dispositif de 2^{ème} ou 3^{ème} niveau conformément aux dispositions de la convention AERAS « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ».

- **Ajourner sa décision** : le Candidat à l'assurance n'est pas assuré mais il pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué.

La décision de l'Assureur est communiquée :

- Electroniquement et disponible sur l'espace « Mon dossier » du Candidat à l'assurance lorsque ce dernier a choisi la procédure de télé déclaration sécurisée et que la décision peut être rendue immédiatement.
- Par écrit, lorsque le Candidat à l'assurance choisit d'adhérer au contrat sur le formulaire papier ou si le candidat à l'assurance a choisi la procédure de télé déclaration sécurisée mais que la décision ne peut être rendue immédiatement par CNP Assurances.

La décision de l'Assureur est valable 6 mois à compter de sa notification, à défaut de prise d'effet des garanties dans ce délai, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

L'acceptation est donnée pour un financement déterminé et aux conditions initiales de ce(s) prêt(s). Une autre opération d'emprunt ou une modification d'un emprunt déjà couvert, nécessite un renouvellement des formalités d'adhésion.

Toutefois, lorsque la modification intervient dans l'un des cas suivants, elle ne donne pas lieu au renouvellement des formalités d'adhésion :

- réaménagement des prêts consécutifs à une modification des taux d'intérêts ou dans le cadre de lois sur le surendettement des particuliers, lorsque le report de durée n'excède pas 5 ans et que le capital garanti n'augmente pas de plus de 20 000 euros,
- allongement des prêts « crédits relais » lorsque cet allongement n'excède pas un an par rapport à la durée initiale,
- allongement des prêts à durée révisable si l'allongement n'excède pas 5 ans par rapport aux conditions initiales.

8 - RÉPARTITION DE L'ASSURANCE SUR LA TÊTE DES ASSURÉS

L'assurance repose sur la tête de chaque Assuré selon la quotité indiquée par chacun sur le bulletin d'adhésion, par tranche de 10% à 100%, sans que la garantie puisse pour chaque assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

Deux cas de répartition peuvent se présenter :

- l'assurance est souscrite par un seul Emprunteur : elle repose obligatoirement à 100 % sur sa tête ;
- l'assurance est souscrite au titre d'un même financement par plusieurs coemprunteurs ; chaque Candidat à l'assurance peut s'assurer :
 - au maximum à 100 % du montant du financement,
 - au minimum à 10 %, étant entendu que le total des quotités ne doit pas être inférieur à 100 %.

Les modulations de quotité garanties sont déterminées en accord avec le Prêteur.

La quotité d'assurance retenue s'applique pour l'ensemble des risques couverts.

9 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue :

- à la date de notification des conditions d'acceptation par l'Assureur en cas d'acceptation « sans réserve »,
- à la date de l'acceptation écrite par l'Assuré de ses conditions particulières d'assurance en cas d'acceptation « avec réserves ».

Date de prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la première prime, à la plus tardive des dates suivantes :

- la date de conclusion de l'adhésion, ou
- la date de signature de l'offre de prêt par l'Emprunteur.

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

Le décès consécutif à un Accident tel que défini à l'article « Définitions » est toutefois garanti à partir de la date de signature des formalités d'adhésion, s'il survient entre cette date et la prise d'effet des garanties. **Cette couverture cesse en tout état de cause en cas d'ajournement ou de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard 3 mois après la signature des formalités d'adhésion.**

10 - DURÉE DE L'ADHÉSION - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

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

Les garanties et l'adhésion cessent :

- au jour de la réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 11,
- au terme contractuel du prêt,
- à la date de versement de la prestation au titre de la PTIA ou du Décès,
- en cas de non-paiement des primes selon les termes de l'article 22,
- au cas où l'Assuré caution résilie son engagement de caution, avec l'accord du Prêteur,
- en cas de remboursement total anticipé du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme, à la date du prononcé de la déchéance du terme,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur,
- au plus tard, au 80^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- au jour de la réception par l'Assureur, de la lettre de résiliation de l'Assuré.

Conformément aux articles L.313-30 du code de la consommation et L.113-12-2 du code des assurances l'assuré peut demander au prêteur la substitution du présent contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt ; la substitution, si elle est acceptée, entraînera résiliation du présent contrat. Les modalités pratiques de cette demande de substitution sont précisées dans l'offre de prêt.

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

- Soit 10 jours après réception de la décision du prêteur,
- 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, les garanties cessent pour chaque Assuré :

- **Pour la garantie provisoire Décès consécutif à un Accident** : au jour où l'Assureur notifie sa décision de refus ou d'ajournement et en tout état de cause, au plus tard trois mois après la signature des formalités d'adhésion.
- **Pour les garanties PTIA, ITT, INV et IA** : au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- **Pour les garanties ITT et INV** : au jour où l'Assuré n'exerce plus d'activité professionnelle rémunérée. L'Assuré est tenu d'informer le Prêteur de cette nouvelle situation. S'il estime que celle-ci revêt un caractère provisoire, il peut, sur sa demande écrite et sous réserve du paiement des primes ITT et INV être maintenu dans le groupe Assuré sans pouvoir bénéficier des prestations durant cette période.

11 - RENONCIATION

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

* Si le contrat est vendu par démarchage

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

En vertu de l'article L.112-9, alinéa 1^{er} du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de **quatorze jours** calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

* Si le contrat est vendu à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, le même délai s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque le contrat est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou Internet). Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser à : Boursorama - Formalisation des Crédits - 44 rue Traversière - CS 80134 - 92772 Boulogne Billancourt Cedex - une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme, Mlle).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance N° 5027P conclue le..... à.....».

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des primes ou cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Les effets sur l'adhésion varient en fonction du mode de commercialisation du contrat :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle 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.
- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existée et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre recommandée de renonciation.

12 - RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne sont pas couverts :

- le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros,
- les exclusions visées à l'article L. 113-1 du code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires),
- 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 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 gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les conséquences de vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne, 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, vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parapente, parachute ascensionnel,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atome,
- les affections psychiatriques, psychiques ou neuropsychiques dont les états dépressifs quelle que soit leur nature, SAUF si cette affection nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 10 jours continus (hors hospitalisation de jour),
- les atteintes discales ou vertébrales : lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité.

Pour l'Assuré caution d'une personne physique, les risques PTIA, ITT et INV ne sont pas couverts, sauf s'il participe au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre.

13 - TERRITORIALITÉ DU CONTRAT

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

Les garanties PTIA, ITT, INV et IA ne peuvent être mises en œuvre lorsqu'elles résultent de maladies ou d'accidents frappant un Assuré hors de France.

Dans ce cas, la mise en jeu des garanties est toutefois possible, au retour de l'Assuré sur le sol français, dans les conditions suivantes :

- la prestation PTIA sera calculée sur la base du capital restant dû au tableau d'amortissement ou à l'échéancier du contrat de prêt, arrêté au jour de la constatation médicale, par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français.
- la prestation ITT, INV ou IA est subordonnée à la présence de l'Assuré sur le sol français. Le point de départ du délai de franchise se situera au plus tôt au jour

de la constatation médicale, par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français.

14 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve des cas d'exclusions précisés à l'article 12 et de la décision de prise en charge de l'Assureur, les prestations sont calculées en tenant compte de la quotité assurée. Lorsque plusieurs emprunteurs sont garantis au titre d'un même financement, les prestations de l'Assureur ne sont en aucun cas supérieures aux montants dus au titre des prêts garantis au titre du présent contrat et figurant sur le tableau d'amortissement ou sur l'échéancier du prêt.

Le Prêteur est bénéficiaire des prestations garanties à concurrence des sommes qui lui sont dues.

15 - DÉCÈS

15.1 - PRESTATION GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès d'un Assuré avant son 80^{ème} anniversaire, l'Assureur verse en fonction de la quotité et du prêt garanti.

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

15.2 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès, il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- Un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès.
- Un certificat médical indiquant en particulier si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non à un risque exclu.
- En cas de décès consécutif à un Accident, tout document précisant l'origine du sinistre (notamment rapport de gendarmerie et coupure de presse).

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 des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs. L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

16 - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

16.1 - DÉFINITION

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

- l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
- la PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue avant son 65^{ème} anniversaire.

16.2 - PRESTATION GARANTIE EN CAS DE PTIA

Le versement des prestations est subordonné au résultat favorable d'un contrôle médical, à l'issue duquel l'Assureur détermine la date de survenance de la PTIA. La prestation est calculée à la date de survenance de la PTIA déterminée par l'Assureur, elle est identique à celle prévue en cas de décès.

L'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT définie à l'article 17, peut bénéficier d'une prise en charge au titre de la garantie PTIA, s'il vient à remplir les conditions propres à cette dernière. Toutefois, les prestations ITT qui auraient été versées postérieurement à la date de survenance de la PTIA, seraient déduites du montant de la prestation versée au titre de la PTIA.

Nota : l'Assuré caution d'une personne physique doit participer au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

16.3 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE PTIA

Il revient à l'Assuré ou ses ayants droit de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans le délai de 2 ans, faute de quoi les prestations garanties seront calculées à la date de réception du dossier par l'Assureur :

- Une attestation préétablie, remplie par le médecin et l'Assuré, et valant certificat médical. Cette attestation élaborée par l'Assureur est mise à disposition des Assurés par le Prêteur. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant :
 - qu'il est totalement et définitivement incapable de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,
 - que son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
 - la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif, et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité.
- Si l'emprunteur est assuré social, joindre au(x) justificatif(s) une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.
- Pour les Assurés cautions d'une personne physique, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant de la participation au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs qui ne sauraient à eux seuls justifier la réalisation du risque et n'engagent donc pas l'Assureur qui se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

17 - INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

Cette garantie est réservée aux Assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée. Les prêts relais ne sont pas assurables au titre de la garantie ITT.

Nota : l'Assuré caution d'une personne physique doit participer au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

17.1 - DÉFINITION

L'Assuré est en état d'Incapacité Totale de Travail (ITT) lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- L'Assuré se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'incapacité reconnue médicalement d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel,
- Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de franchise de 90 jours, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur,
- Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 17.4 « Formalités à remplir en cas d'ITT ».

Pour les Assurés sociaux, outre les conditions ci-dessus, il est nécessaire de bénéficier de prestations en espèces (indemnités journalières maladie ou accident, pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale, ou rente d'accident du travail et maladies professionnelles pour un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66%).

Le délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvel arrêt si la durée de la reprise d'une activité a été inférieure à 90 jours.

17.2 - PRESTATIONS GARANTIES EN CAS D'ITT

En cas d'ITT de l'Assuré survenue avant son 65^{ème} anniversaire, et après expiration du délai de franchise qui n'est jamais indemnisé, l'Assureur règle au Prêteur en fonction de la quotité du prêt garantie sur la tête de l'Assuré :

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

Cette prise en charge s'effectue au prorata du nombre de jours d'incapacité dans la limite de 1095 jours dûment justifiés et acceptés par l'Assureur, et ce au plus tard jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Pour les Assurés indemnisés de façon continue au titre de la garantie ITT depuis plus de trois ans et pour lesquels les éléments médicaux du dossier conduiraient à conclure au caractère définitif de leur état d'incapacité, l'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Totale.

Modifications des échéances en cours d'adhésion sous réserve des dispositions de l'article 7.

a) Assuré non sinistré

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

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

- En cas de sinistre survenant après le délai d'attente, l'indemnisation portera sur le montant de la nouvelle échéance.

Lorsqu'un Assuré décide de modifier à la baisse le montant de ses échéances de prêt, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance.

b) Assuré sinistré

Lorsqu'un Assuré décide, en cours de sinistre, de modifier le montant de ses échéances de prêt, l'Assureur indemniserà sur les bases suivantes :

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

c) Suspension des échéances

- En cas de suspension totale : l'Assureur suspend ses garanties et, le cas échéant, les prestations pendant la période de suspension.
- En cas de suspension partielle : l'Assureur verse ses prestations, le cas échéant, sur les bases d'indemnisation précédant la suspension.

17.3 - CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS ITT

L'Assuré cesse d'être pris en charge dans chacun des cas suivants :

- à la date de survenance d'un des cas de cessation défini à l'article 10.
- l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement des prestations en espèces indiquées à l'article 17.1,
- l'Assuré bénéficie de prestations assimilables à une 1^{ère} catégorie de Sécurité sociale,
- l'Assuré bénéficie de prestations attestant d'une incapacité partielle, notamment mi-temps thérapeutique,
- l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),
- au moment où, après contrôle administratif et/ou médical, l'Assuré est reconnu capable d'exercer une quelconque activité professionnelle, même partiellement,
- au moment où l'Assuré reprend une quelconque activité, même à temps partiel,
- au 1095^{ème} jour suivant la date du sinistre, date à laquelle l'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Totale.

17.4 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS D'ITT

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, à l'issue du délai de franchise et au plus tard 90 jours après la fin de ce délai, les documents ci-après. A défaut de respect de ce délai, une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L. 113-2 4 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La date de prise en charge pour l'évaluation et la mise en œuvre des prestations est celle de la réception de la demande de prestations par l'Assureur.

- Une attestation préétablie, remplie par le médecin et l'Assuré, et valant certificat médical. Cette attestation élaborée par l'Assureur est mise à disposition des Assurés par le Prêteur. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant :
 - la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT,
 - le point de départ de la maladie ou de l'accident,
 - la durée probable de l'incapacité.
- En cas d'Accident, une déclaration détaillée des circonstances de l'Accident (procès-verbal de police, de gendarmerie, déclaration de l'Assuré,...). Lorsque l'Accident est survenu dans un pays non francophone, ce document doit être libellé ou traduit en français

- Si l'emprunteur est assuré social, joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus :

Un document délivré par l'organisme de protection sociale dont il dépend, justifiant le versement des prestations visées à l'article 17.1 ci-dessus.

En cas de subrogation de l'employeur dans les droits du salarié, un avis d'arrêt de travail certifié par l'employeur.

Les pièces justificatives de l'état d'ITT doivent être renouvelées tous les trois mois, faute de quoi les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

- Si l'emprunteur est Travailleur Non Salarié, joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus, toutes pièces justifiant de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.
- Si l'emprunteur est fonctionnaire ou assimilé, il convient de joindre une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative.
- Pour les Assurés cautions d'une personne physique, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant de la participation au remboursement des échéances du prêt depuis plus de trois mois à la date de survenance du sinistre.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs qui ne sauraient à eux seuls justifier la réalisation du risque et n'engagent donc pas l'Assureur qui se réserve le droit de demander toute pièce nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

18 - GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE (INV)

18.1 - DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE

Cette garantie est réservée aux Assurés qui exercent une activité professionnelle rémunérée. Les prêts relais ne sont pas assurables au titre de la garantie INV.

L'Assuré se trouve en état d'Invalidité Totale lorsque, en cours d'assurance, les trois conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- A l'issue d'un état d'Incapacité Totale de Travail défini à l'article 17.1, l'Assuré se trouve dans l'impossibilité reconnue médicalement, d'exercer, même à temps partiel, une quelconque activité professionnelle
- L'Invalidité Totale doit être survenue avant son 65^{ème} anniversaire.
- Cette Invalidité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 18.4 - Formalités à remplir en cas d'Invalidité Totale.

La garantie INV ne peut se cumuler avec la garantie ITT. La perception de la garantie INV fait cesser la prise en charge au titre de la garantie ITT.

18.2 - PRESTATION GARANTIE EN CAS D' INVALIDITÉ TOTALE

La prestation garantie au titre du risque INV, ses modalités de calcul et de versement sont identiques à celles de la garantie ITT.

18.3 - CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS INVALIDITÉ TOTALE

L'Assuré cesse d'être pris en charge dans chacun des cas suivants :

- à la date de survenance d'un des cas de cessation défini à l'article 10,
- l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 18.4,
- dès le moment où, après un contrôle administratif et/ou médical initié par l'Assureur, l'Assuré est reconnu capable d'exercer une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel,
- dès le moment où l'Assuré reprend une quelconque activité, même à temps partiel.

18.4 FORMALITÉ À REMPLIR EN CAS D' INVALIDITÉ TOTALE

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, les pièces justificatives suivantes :

- Une Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité préétablie. Cette attestation élaborée par l'Assureur est mise à disposition des Assurés par le Prêteur.

En outre, doit être également fournie :

- Si l'Emprunteur est Assuré social : une copie de la notification de l'organisme de protection sociale de la mise en invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant au taux d'invalidité supérieur à 66 %.
- Si l'Emprunteur est fonctionnaire ou assimilé : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension,
- Si l'Emprunteur est Travailleur Non Salarié : une copie du titre de pension d'invalidité.

19 - INVALIDITÉ AERAS (IA)

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

Si la garantie Incapacité Totale de Travail est refusée pour raisons médicales, ou si elle est accordée mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer dans les conditions particulières adressées à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS. Seuls les Assurés en activité professionnelle peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS au titre du présent contrat.

19.1 DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ AERAS (IA)

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée. L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

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

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

La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 20 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.

4. L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Ne sont pas couverts au titre de la garantie Invalidité AERAS les personnes qui, au jour de la signature de la demande d'adhésion, n'exercent pas d'activité professionnelle, les cautions personnes physiques et les souscripteurs de prêts relais.

19.2 - PRESTATION GARANTIE

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article 12 et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie ITT, à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité AERAS.

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

19.3 - CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS IA

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 10 ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 19.1 ;
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection sociale visé au point 4. de la définition de la garantie à l'article 19.1 ;
- lorsque après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

19.4 - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS D'INVALIDITÉ AERAS (IA)

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

- une copie de la demande d'adhésion, accompagnée du questionnaire de santé ;
- une copie de la notification des conditions d'acceptation par l'Assureur acceptées et signées par l'Assuré ;
- une Attestation Médicale d'Incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin.

En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité.

Doivent être produites en outre :

Pour les salariés, une copie de la notification par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale.

Pour les fonctionnaires et assimilés,

- une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme,
- une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension.

Pour les Travailleurs non-salariés : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

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

20 - CONTRÔLE MÉDICAL

La production des justificatifs définis aux articles 15.2, 16.3, 17.4 et 18.4 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin contrôleur mandaté par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état d'invalidité AERAS, d'Invalidité Totale, de PTIA, d'ITT ou d'INV.

Au vu des conclusions du rapport du médecin mandaté, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge. En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré. En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'incapacité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin contrôleur mandaté par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut-être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 21.

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

21 - PROCÉDURE DE CONCILIATION - TIERCE EXPERTISE EN CAS DE PTIA, D'ITT, D'INV ET D'IA

21.1 - CONCILIATION

L'Assuré qui conteste la décision de refus de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut demander l'ouverture d'une procédure de conciliation dans les douze mois suivant la date à laquelle la décision de l'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 conciliation en cas de sinistre » dans les trois mois suivant son envoi par l'Assureur, accompagné d'un certificat médical demandé dans ce document, à défaut, dans ce même délai, faire parvenir à l'Assureur :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers-expert,

et

- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le médecin contrôleur de l'Assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré.

L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

21.2 - TIERCE EXPERTISE

L'Assureur invitera alors son Médecin contrôleur et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers - expert afin de procéder à un nouvel examen.

A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin. Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Quelle que soit l'issue de cette procédure, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert.

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

22 - PRIMES

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une prime dont le montant figure dans l'offre de prêt.

La prime d'assurance continue d'être due par l'Assuré pris en charge au titre de la garantie ITT ou de la garantie INV.

Les primes sont payables d'avance mensuellement au Prêteur en même temps de l'échéance de prêt notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur en cas de remboursement anticipé total ou partiel. En cas de remboursement anticipé partiel, l'assiette de prime est minorée du montant du remboursement anticipé à compter de l'échéance suivant l'émission du nouveau tableau d'amortissement.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. Lorsqu'un Assuré ne règle pas ses primes, ou si l'Assuré qui a exercé le droit de remboursement de son prélèvement, n'a pas régularisé le paiement de sa cotisation ou fraction de cotisation, il peut être exclu du Contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément à l'article L. 141-3 du code des assurances.

23 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Pour toute réclamation relative à l'admission dans l'assurance, le candidat à l'assurance peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service Souscriptions - TSA 57161 - 4 Place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à CNP Assurances - Département Gestion Emprunteurs - Service réclamations - TSA 81566 - 75716 PARIS Cedex 15.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront s'adresser à la Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09.

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

Attention : le médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

La saisine par le Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article 26.

24 - AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

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

25 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance de l'Assuré et sont destinées, à cette fin, à l'Assureur, responsable du traitement, au Prêteur, ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés. L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15. Par ailleurs, le Prêteur pourra lui adresser des offres sur ses produits et services sauf opposition de sa part. Dans ce cas, il lui adressera un courrier en ce sens.

26 - DÉLAI DE PRESCRIPTION

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

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

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

NOTICE D'INFORMATION

À CONSERVER PAR LE CANDIDAT À L'ASSURANCE

Contrat d'assurance de groupe, à adhésion facultative, qui relève de la branche 16, telle que prévue à l'article R321-1 du code des assurances. Il est régi par les lois, le code des assurances et la réglementation en vigueur.

Boursorama a souscrit pour son compte et celui de ses emprunteurs, un contrat d'assurance de groupe n° 7904R auprès de CNP Caution ci-après dénommé "l'Assureur". Le risque Perte d'emploi est assuré intégralement par CNP Caution.

1 - OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir le paiement de prestations financières en cas de Perte d'emploi de l'assuré consécutive à son licenciement, dans le cadre de(s) prêt(s) immobilier(s) consenti(s) par Boursorama, à l'exception des prêts avec différé total.

Définitions :

Assuré : est ainsi dénommée, toute personne physique dont la garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.

Emprunteur : est ainsi dénommée, toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance de groupe mais pour laquelle la garantie n'a pas encore pris effet ; il s'agit des emprunteurs, des coemprunteurs et de leurs cautions.

Prêteur : est ainsi dénommée Boursorama qui a consenti le prêt.

Collatéral privilégié : on entend par collatéraux les frères et sœurs de l'assuré et leurs descendants (neveux et nièces de l'assuré)

2 - INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

- Le contrat d'assurance de groupe n°7904R est souscrit auprès de CNP Caution Société anonyme au capital de 258 734 553,36 euros entièrement libéré - RCS Paris 383.024.098 – Entreprise régie par le code des assurances - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.
- L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de l'Assureur.
- Le montant de la prime est indiqué sur l'offre de prêt.
- L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction. La garantie est mentionnée à l'article 10 « Prestations garanties en cas de Perte d'emploi ». Les exclusions sont mentionnées à l'article 11 « Risques exclus ».
- L'offre contractuelle définie dans la notice d'information est valable pendant la durée de validité de l'offre de prêt.
- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet de garantie sont définies à l'article 7 « Date de conclusion de l'adhésion et prise d'effet de la garantie ». L'adhésion au contrat n° 7904R s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 5 « Formalités d'adhésion ». Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 13 « Prime ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de CNP Assurances et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 9 « Renonciation ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'Assuré doit acquitter le montant de la prime d'assurance.
- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 14 « Réclamations – Médiation » de la notice d'information.
- 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).

3 - PERSONNES ASSURABLES - QUOTITÉ

Pour bénéficier de la garantie Perte d'emploi, l'emprunteur, coemprunteur ou caution doit être assuré au titre des garanties Décès et PTIA du contrat n° 5027P souscrit par Boursorama ou d'un contrat équivalent souscrit par une mutuelle auprès de CNP Assurances.

Il doit, en tout état de cause, remplir toutes les conditions suivantes au jour de la signature du bulletin d'adhésion :

- en cas de Perte d'emploi, être susceptible de bénéficier de la protection sociale française en cas de chômage,
- être âgé de moins de 50 ans (ne pas avoir atteint leur 50^e anniversaire) à la date de signature du bulletin d'adhésion,
- bénéficier à la date de conclusion de l'adhésion, depuis plus de 12 mois ininterrompus, d'un contrat de travail à durée indéterminée auprès d'un employeur unique dont la période d'essai a été effectuée,
- ne pas avoir connaissance, au jour de l'adhésion, qu'une procédure collective de licenciement soit en cours dans leur entreprise,
- ne pas être, au jour de l'adhésion, en préavis de licenciement ou en situation de chômage,
- ne pas être salarié d'une entreprise en redressement ou liquidation judiciaire,
- avoir complété le bulletin d'adhésion au présent contrat.

Les "Non-Résidents" et les personnes dont l'employeur unique est le conjoint, un ascendant ou un descendant, un collatéral privilégié ou un coemprunteur ou une personne morale dirigée ou contrôlée par elles-mêmes ou l'une des personnes précitées ne peuvent en aucun cas bénéficier de la garantie Perte d'emploi. En toute hypothèse, l'Assureur se réserve le droit d'apprécier la recevabilité des candidatures qui lui sont soumises.

La quotité applicable pour chaque candidat à l'assurance est obligatoirement de 100 %. En cas de sinistres simultanés survenus à plusieurs Assurés, le cumul des prestations ne pourra dépasser 100 % du montant de l'échéance.

4 - MONTANT MAXIMUM GARANTI

Le candidat à l'assurance peut être assuré individuellement au titre du présent contrat pour des encours de crédit d'un montant maximum de **480 000 euros**, quel que soit le nombre d'opération.

Le bénéficiaire des prestations est le Prêteur.

5 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

Les formalités d'adhésion à l'assurance Perte d'emploi sont obligatoires et s'effectuent concomitamment aux formalités d'adhésion au contrat Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail.

Les formalités d'adhésion comportent un bulletin d'adhésion qui doit être intégralement rempli, daté et signé par l'Emprunteur.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par l'assureur entraîne la nullité de l'adhésion (article L. 113.8 du code des assurances).

6 - ACCEPTATION DES RISQUES

La décision de l'Assureur est communiquée au candidat à l'assurance par l'intermédiaire du Prêteur.

En cas de non acceptation du candidat par l'Assureur dans le contrat Décès-Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'intéressé ne peut adhérer à la seule garantie Perte d'emploi.

7 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

L'adhésion est conclue, sous réserve du paiement de la prime et que l'assuré soit assuré au titre de l'ensemble des garanties Décès et PTIA du contrat 5027P ou d'un contrat équivalent souscrit par une mutuelle auprès de CNP Assurances, à la date de signature du bulletin d'adhésion (manuscrite ou électronique).

La garantie prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- date de conclusion de l'adhésion,
- ou date de signature de l'offre de prêt ou du contrat de prêt par l'Emprunteur. Si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, l'assuré donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate de la garantie à la plus tardive des deux dates susvisées.

Délai d'attente : Le délai d'attente est constitué par les **360 premiers jours** qui suivent la date de conclusion de l'adhésion. La Perte d'emploi consécutive à un licenciement notifié à l'Assuré pendant cette période n'est jamais indemnisée par l'Assureur.

8 - DURÉE DE L'ADHÉSION - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DE LA GARANTIE

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

La garantie et l'adhésion cessent de produire leurs effets :

- au jour de la réception par l'assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 9,
- au jour de la réception par l'Assureur, de la lettre de résiliation de l'Assuré. Conformément aux articles L.313-30 du code de la consommation et L.113-12-2 du code des assurances l'assuré peut demander au prêteur la substitution du présent contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt ; la substitution, si elle est acceptée, entraînera résiliation du présent contrat. Les modalités pratiques de cette demande de substitution sont précisées dans l'offre de prêt.

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

- o Soit 10 jours après réception de la décision du prêteur,
- o 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.

- en cas de non-paiement de la prime, dans les conditions visées à l'article 13,
- à la date de départ à la retraite ou pré retraite ou de mise à la retraite, quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),
- au jour où l'Assuré n'exerce plus une activité salariée lui permettant, en cas de perte d'emploi, de bénéficier de la protection sociale française en cas de chômage. Toutefois, l'Assuré peut continuer à payer la prime définie aux conditions particulières afin d'être maintenu dans le contrat pour le cas où il serait susceptible de bénéficier à nouveau des prestations prévues à l'article L5421-1 et suivants du code du travail en cas de perte d'emploi,
- au jour où l'Assuré cesse, pour quelque raison que ce soit, d'être garanti au titre du Décès et de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- à l'échéance des droits à prestations au titre de la garantie Perte d'emploi,

- en cas de résiliation du présent contrat par le Prêteur ou par l'Assureur. Toutefois, l'Assureur garantit le versement des prestations en cours jusqu'à la fin de la période d'assurance couverte par le paiement de primes,
- au terme de l'opération de prêt quelle qu'en soit la cause (y compris le remboursement total anticipé, la déchéance du terme),
- en tout état de cause, au plus tard au 55e anniversaire de l'Assuré.

9 - RENONCIATION

9.1 - DÉLAI POUR EXERCER LA FACULTÉ DE RENONCIATION

Si le contrat est vendu par démarchage

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

En vertu de l'article L 112-9, alinéa 1^{er} du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

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

Si le contrat est vendu à distance

Conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, un délai de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque le contrat est conclu exclusivement au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou Internet). Ce délai de 14 jours calendaires commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

9.2 - MODALITÉS DE RENONCIATION

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser à :

Boursorama - Formalisation des Crédits - 44 rue Traversière - CS 80134 - 92772 Boulogne Billancourt Cedex - une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance N°7904R conclue le..... à.....».

9.3 - EFFET DE LA RENONCIATION

L'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Les effets sur l'adhésion varient en fonction du mode de commercialisation du contrat :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existée et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre recommandée de renonciation.
- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation.

L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime annuelle 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.

10 - PRESTATIONS GARANTIES EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

10.1 - DÉFINITION :

L'assuré est en état de Perte d'emploi lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

1. l'Assuré exerçait à la date du sinistre une activité professionnelle rémunérée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 365 jours continus ;
2. la situation de Perte d'emploi de l'Assuré est consécutive à son licenciement ;
3. l'Assuré est en chômage total et perçoit l'allocation d'assurance chômage de base prévue aux articles L. 5422-1 et suivants du code du travail, au-delà du délai de franchise défini ci-dessous.

Nota : L'Assuré caution d'une personne physique ou morale doit participer au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre (1^{er} jour de versement des prestations de Pôle emploi ou équivalentes) pour pouvoir prétendre à une prise en charge.

Délai de franchise : Le délai de franchise est constitué par les **120 premiers jours** continus qui suivent le premier jour de versement de prestations de Pôle emploi ou équivalentes.

La prise en charge de l'Assureur s'effectue à partir du 121^e jour de prise en charge par Pôle emploi, au prorata du nombre de jours de chômage garanti.

10.2 - MONTANT DES PRESTATIONS :

En cas de Perte d'emploi telle que définie ci-dessus l'Assureur verse au Prêteur une indemnisation égale à **80 % du montant de l'échéance** de remboursement, prime d'assurance du contrat 5027P comprise.

Modifications des échéances en cours de contrat

a) Assuré non sinistré

Lorsqu'un Assuré décide de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, le surplus de garantie ne sera pris en compte par l'Assureur qu'au terme d'un délai d'attente de 360 jours à compter de cette modification, et ce pour autant qu'aucun sinistre ne soit survenu pendant ledit délai.

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

b) Assuré sinistré

Lorsqu'un Assuré décide, en cours de sinistre, de modifier le montant de ses échéances de prêt, l'Assureur indemniserà sur les bases suivantes :

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

c) Suspension des échéances

- En cas de suspension totale : l'Assureur suspend ses garanties et, le cas échéant, les prestations pendant la période de suspension.
- En cas de suspension partielle : l'Assureur verse ses prestations sur les bases d'indemnisation précédant la suspension.

10.3 - DURÉE DE LA PRESTATION :

10.3.1 - Prestation garantie pour une même période de Perte d'emploi continue

L'Assureur garantit le versement des prestations pendant 365 jours décomptés à partir de la fin du délai de franchise. Une période indemnisée au titre de l'Incapacité Totale de Travail n'a qu'un effet suspensif sur le paiement des prestations Perte d'emploi. En cas de poursuite de chômage après la période d'incapacité de travail indemnisée, le service des prestations peut reprendre au titre de la garantie Perte d'emploi, sans application d'un nouveau délai de franchise.

Si l'Assuré n'a pu bénéficier en totalité du service des prestations Perte d'emploi du fait de l'indemnisation au même moment d'un ou plusieurs coemprunteurs ou cautions au titre des garanties Perte d'emploi ou Incapacité Totale de Travail, les prestations Perte d'emploi le concernant reprendront normalement au terme de cette période, sans application d'un nouveau délai de franchise et sans pouvoir dépasser au total 365 jours d'indemnisation pour une période de Perte d'emploi.

Si plusieurs Assurés sont indemnisés simultanément au titre de garanties différentes, le cumul des prestations à la charge de l'Assureur ne pourra excéder 100 % de l'échéance.

10.3.2 - Prestations garanties au titre de plusieurs périodes de Perte d'emploi

Un Assuré qui a fait l'objet d'une première indemnisation peut, s'il remplit les conditions ci-après, bénéficier de nouvelles périodes de prise en charge.

Le versement des prestations pourra en effet couvrir 3 périodes, après application renouvelée du délai de franchise à chaque sinistre,

et dans la limite de **1095 jours** pour toute la durée de l'adhésion.

La notification du nouveau licenciement doit intervenir à l'issue d'une période d'activité salariée d'au moins 360 jours consécutifs, sous contrat de travail à durée indéterminée auprès d'un même employeur.

Ces durées s'entendent pour toute la durée de l'adhésion.

10.3.3 - Les prestations cessent :

- aux dates de cessation de la garantie visées à l'article 8,
- pendant une période de prise en charge au titre de l'Incapacité Totale de Travail,
- au jour d'une reprise d'activité rémunérée, totale ou partielle,
- au jour où les allocations de base, de fin de droits ou de formation liées au licenciement cessent d'être versées à l'Assuré,
- au 365^{ème} jour de prise en charge.

11 - RISQUES EXCLUS

La garantie Perte d'emploi ne joue pas lorsque l'Assuré :

- **est mis en retraite ou en préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),**
- **se trouve en chômage après démission (y compris celle donnant droit à une prise en charge par Pôle emploi),**
- **se trouve en chômage au terme d'une période d'essai ou de stage (quel qu'en soit le régime juridique),**
- **se trouve en chômage après une rupture de contrat de travail résultant d'un accord entre employeur et salarié,**
- **se trouve en chômage partiel ou saisonnier,**
- **se trouve en chômage non indemnisé,**
- **se trouve en chômage suite à son licenciement à l'initiative de son conjoint, d'un ascendant, d'un descendant, d'un collatéral ou d'un coemprunteur, ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, un ascendant, un descendant, un collatéral ou un coemprunteur,**
- **se trouve en chômage à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée sauf si ce contrat à durée déterminée est inférieur à 3 mois et interrompt le décompte du délai de franchise ou une période de prise en charge par l'Assureur. Dans ce cas, au terme de ce contrat de travail à durée déterminée, le décompte du délai de franchise ou les prestations reprendront dans les conditions fixées à l'article 10.3.**

12 - JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Pour le règlement des sinistres

Il appartient à chaque Assuré de fournir à l'Assureur les justificatifs demandés par l'intermédiaire du Prêteur.

À partir du 121^{ème} jour de chômage continu indemnisé (prestations Pôle emploi ou équivalentes), l'Assuré transmet au Prêteur les documents suivants :

- copie de la lettre de licenciement,
- attestation de l'employeur certifiant que l'Assuré était employé, avant son licenciement, sous contrat de travail à durée indéterminée dont la période d'essai contractuelle a été achevée de manière satisfaisante et précisant la date d'embauche (à défaut : copie du contrat de travail),
- copie de l'avis d'admission à l'allocation d'assurance chômage servie par Pôle emploi, ou indemnités équivalentes (article L.5421-1 et suivants du code du travail),
- puis, tant que dure l'indemnisation du chômage, copie du récépissé mensuel attestant du versement d'allocations à ce titre,
- au-delà de la durée légale maximum d'indemnisation par Pôle emploi attestation d'inscription à Pôle emploi,
- en outre, pour l'assuré caution d'une personne physique ou morale : une copie des documents justifiant la participation de l'assuré au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du sinistre.

Le dossier constitué par l'Assuré doit parvenir au Prêteur dans les 90 jours qui suivent la fin du délai de franchise. Passé ce délai, l'indemnisation éventuelle portera sur les sommes dues à compter de la réception du dossier par l'Assureur. Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs qui ne sauraient à eux seuls justifier la

réalisation du risque et n'engagent donc pas l'Assureur qui se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires lui permettant d'apprécier le droit à prestation.

13 - PRIME

L'assurance est subordonnée au paiement par l'Assuré d'une prime dont le montant est indiqué dans l'offre de prêt et exigible en même temps que les échéances de remboursement.

La prime d'assurance continue d'être due par l'Assuré pris en charge au titre de la garantie Perte d'emploi.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur en cas de remboursement anticipé total ou partiel. En cas de remboursement anticipé partiel, l'assiette de prime est minorée du montant du remboursement anticipé à compter de l'échéance suivant l'émission du nouveau tableau d'amortissement. La nouvelle assiette de prime est égale au capital initial garanti moins le montant du remboursement anticipé partiel.

Les primes sont payables d'avance mensuellement au Prêteur en même temps que l'échéance de prêt notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union Européenne.

Lorsqu'un assuré ne règle pas des primes, ou si l'Assuré qui a exercé le droit de remboursement de son prélèvement, n'a pas régularisé le paiement de sa cotisation ou fraction de cotisation, il peut être exclu du Contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

14 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à CNP Assurances Département Gestion Emprunteurs - Service réclamations - TSA 81566 - 75716 PARIS Cedex 15.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront s'adresser à la Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

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

La saisine par le Médiateur n'interrompt pas le délai de prescription défini à l'article 17.

15 - AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

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

16 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi «Informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée.

Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance de l'Assuré et sont destinées, à cette fin, à l'Assureur, responsable du traitement, au Prêteur, ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés. L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15. Par ailleurs, le Prêteur pourra lui adresser des offres sur ses produits et services sauf opposition de sa part. Dans ce cas, il lui adressera un courrier en ce sens.

17 - DÉLAI DE PRESCRIPTION

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

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

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

CNP Caution - Société anonyme au capital de 258 734 553,36 euros entièrement libéré - 383 024 098 RSC PARIS - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - Entreprise régie par le code des assurances - GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS

BOURSORAMA - Société Anonyme au capital de 35 548 451,20 euros - 44 rue Traversière – CS 80134 - 92772 Boulogne Billancourt Cedex - RCS Nanterre 351 058151 - N° immatriculation à l'ORIAS 07 022 916