

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 thérapeutique¹ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
 - **et s'il** n'a pas été constaté de rechute² 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 thérapeutique¹ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance ;
 - et s'il n'a pas été constaté de rechute² 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^{ème} 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

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

¹ **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.

² **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.

**Bulletin d'adhésion au contrat d'assurance Décès, Perte Totale et Irréversible
d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail N° 7432 D**

<p>M. <input type="checkbox"/> M^{me} <input type="checkbox"/> M^{lle} <input type="checkbox"/> Né(e) le _____</p> <p>Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Partenaire d'un Pacs <input type="checkbox"/></p> <p>Nom (pour une femme, nom de jeune fille) _____</p> <p>Nom d'épouse _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Code postal _____ Commune _____</p> <p>Lieu de naissance (CP) _____ (Com) _____ (Dpt) _____</p>	<p>Profession _____</p> <p>Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Agriculteurs exploitants</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Cadres, Professions libérales, Enseignants</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Professions intermédiaires, Techniciens, Agents de maîtrise</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Employés</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Retraités</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)</p>			
<p>Qualité: Emprunteur (EPR) <input type="checkbox"/> Co-emprunteur (CPR) <input type="checkbox"/> Caution (CTP) <input type="checkbox"/></p>				
Organisme prêteur	N° des conditions générales du prêt	Montant du prêt	Durée (en mois)	Quotité assurée
BFM				100 %
<p>Je déclare avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information sur le Produit d'assurance, 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.</p> <p>Fait à _____, le _____ Signature _____</p>				

IMPORTANT

Pour les candidats à l'assurance âgés de moins de 65 ans lors de la demande d'adhésion au présent contrat :

- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) concernés par un prêt **inférieur ou égal à 40 000 euros** peuvent être admis sur production d'une Déclaration d'État de Santé. S'ils ne sont pas en mesure de signer cette Déclaration d'État de Santé, l'admission est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.
- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) concernés par un prêt **supérieur à 40 000 euros** doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

Pour les candidats à l'assurance âgés de 65 ans et plus lors de la demande d'adhésion au présent contrat :

- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Je déclare sur l'honneur :

- ne pas être actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé, ne pas être titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité, ne pas être pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale, n'être soumis à aucun traitement médical ;
- ne pas avoir, au cours des 5 dernières années,
 - été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ;
 - subi d'intervention chirurgicale autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ;
- ne pas avoir, au cours des 10 dernières années, suivi de traitement médical de plus de 30 jours pour maladie du sang, affection rénale ou de l'appareil digestif, diabète, hypertension artérielle, affection cardiaque, vasculaire, respiratoire (hors allergies), cancéreuse, neurologique, psychiatrique, dépression nerveuse, maladie osseuse, articulaire, rhumatismale, lumbago ou sciatique ;
- ne pas devoir subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), un traitement médical, une hospitalisation, une intervention chirurgicale dans les 12 mois.

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

Je reconnais avoir été averti que toute déclaration inexacte qui pourrait gêner l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité ou la réduction du contrat. Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle d'entrée dans l'assurance.

Exemplaire destiné à l'Assuré

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (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 bancaire ou son mandataire. Ces traitements ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients; les statistiques commerciales ; 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.

CNP Assurances pourra en outre utiliser vos données à caractère personnel pour vous adresser des offres ouvertes à tous nos assurés mais qui sont particulièrement adaptées à votre profil.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou par l'organisme bancaire 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. Vos informations personnelles pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées. Les informations relatives à ces transferts (pays concernés, existence de décisions d'adéquation de la Commission Européenne, destinataires et références aux garanties adaptées qu'ils présentent) peuvent être consultées au lien suivant : <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer (i) en vous connectant sur votre espace personnel CNP Assurances www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) 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 (cil@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, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 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

Banque Française Mutualiste | Société anonyme coopérative de banque au capital de 113 803 582,50 euros | RCS Paris 326 127 784
Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 08 041 372) | Siège social : 56-60, rue de la Glacière 75013 Paris
Téléphone : 0 821 222 500 (service 0,12€/min + prix appel) - Internet : www.bfm.fr

MFPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13
Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

**Bulletin d'adhésion au contrat d'assurance Décès, Perte Totale et Irréversible
d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail N° 7432 D**

<p>M. <input type="checkbox"/> M^{me} <input type="checkbox"/> M^{lle} <input type="checkbox"/> Né(e) le _____</p> <p>Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Partenaire d'un Pacs <input type="checkbox"/></p> <p>Nom (pour une femme, nom de jeune fille) _____</p> <p>Nom d'épouse _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Code postal _____ Commune _____</p> <p>Lieu de naissance (CP) _____ (Com) _____ (Dpt) _____</p>	<p>Profession _____</p> <p>Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Agriculteurs exploitants</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Cadres, Professions libérales, Enseignants</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Professions intermédiaires, Techniciens, Agents de maîtrise</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Employés</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Retraités</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)</p>			
<p>Qualité: Emprunteur (EPR) <input type="checkbox"/> Co-emprunteur (CPR) <input type="checkbox"/> Caution (CTP) <input type="checkbox"/></p>				
Organisme prêteur	N° des conditions générales du prêt	Montant du prêt	Durée (en mois)	Quotité assurée
BFM				100 %
<p>Je déclare avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information sur le Produit d'assurance, 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.</p> <p>Fait à _____, le _____ Signature _____</p>				

IMPORTANT

Pour les candidats à l'assurance âgés de moins de 65 ans lors de la demande d'adhésion au présent contrat :

- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) concernés par un prêt **inférieur ou égal à 40 000 euros** peuvent être admis sur production d'une Déclaration d'État de Santé. S'ils ne sont pas en mesure de signer cette Déclaration d'État de Santé, l'admission est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.
- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) concernés par un prêt **supérieur à 40 000 euros** doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

Pour les candidats à l'assurance âgés de 65 ans et plus lors de la demande d'adhésion au présent contrat :

- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Je déclare sur l'honneur :

- ne pas être actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé, ne pas être titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité, ne pas être pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale, n'être soumis à aucun traitement médical ;
- ne pas avoir, au cours des 5 dernières années,
 - été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ;
 - subi d'intervention chirurgicale autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ;
- ne pas avoir, au cours des 10 dernières années, suivi de traitement médical de plus de 30 jours pour maladie du sang, affection rénale ou de l'appareil digestif, diabète, hypertension artérielle, affection cardiaque, vasculaire, respiratoire (hors allergies), cancéreuse, neurologique, psychiatrique, dépression nerveuse, maladie osseuse, articulaire, rhumatismale, lumbago ou sciatique ;
- ne pas devoir subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), un traitement médical, une hospitalisation, une intervention chirurgicale dans les 12 mois.

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

Je reconnais avoir été averti que toute déclaration inexacte qui pourrait gêner l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité ou la réduction du contrat. Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle d'entrée dans l'assurance.

Exemplaire destiné à la BFM

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (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 bancaire ou son mandataire. Ces traitements ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients; les statistiques commerciales ; 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.

CNP Assurances pourra en outre utiliser vos données à caractère personnel pour vous adresser des offres ouvertes à tous nos assurés mais qui sont particulièrement adaptées à votre profil.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou par l'organisme bancaire 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. Vos informations personnelles pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées. Les informations relatives à ces transferts (pays concernés, existence de décisions d'adéquation de la Commission Européenne, destinataires et références aux garanties adaptées qu'ils présentent) peuvent être consultées au lien suivant : <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer (i) en vous connectant sur votre espace personnel CNP Assurances www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) 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 (cil@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, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 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 BFM

Banque Française Mutualiste | Société anonyme coopérative de banque au capital de 113 803 582,50 euros | RCS Paris 326 127 784
Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 08 041 372) | Siège social : 56-60, rue de la Glacière 75013 Paris
Téléphone : 0 821 222 500 (service 0,12€/min + prix appel) - Internet : www.bfm.fr

MFPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13
Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

**Bulletin d'adhésion au contrat d'assurance Décès, Perte Totale et Irréversible
d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail N° 7432 D**

<p>M. <input type="checkbox"/> M^{me} <input type="checkbox"/> M^{lle} <input type="checkbox"/> Né(e) le _____</p> <p>Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Partenaire d'un Pacs <input type="checkbox"/></p> <p>Nom (pour une femme, nom de jeune fille) _____</p> <p>Nom d'épouse _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Code postal _____ Commune _____</p> <p>Lieu de naissance (CP) _____ (Com) _____ (Dpt) _____</p>	<p>Profession _____</p> <p>Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Agriculteurs exploitants</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Cadres, Professions libérales, Enseignants</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Professions intermédiaires, Techniciens, Agents de maîtrise</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Employés</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Retraités</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)</p>			
<p>Qualité: Emprunteur (EPR) <input type="checkbox"/> Co-emprunteur (CPR) <input type="checkbox"/> Caution (CTP) <input type="checkbox"/></p>				
Organisme prêteur	N° des conditions générales du prêt	Montant du prêt	Durée (en mois)	Quotité assurée
BFM				100 %
<p>Je déclare avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information sur le Produit d'assurance, 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.</p> <p>Fait à _____, le _____ Signature _____</p>				

IMPORTANT

Pour les candidats à l'assurance âgés de moins de 65 ans lors de la demande d'adhésion au présent contrat :

- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) concernés par un prêt **inférieur ou égal à 40 000 euros** peuvent être admis sur production d'une Déclaration d'État de Santé. S'ils ne sont pas en mesure de signer cette Déclaration d'État de Santé, l'admission est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.
- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) concernés par un prêt **supérieur à 40 000 euros** doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

Pour les candidats à l'assurance âgés de 65 ans et plus lors de la demande d'adhésion au présent contrat :

- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Je déclare sur l'honneur :

- ne pas être actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé, ne pas être titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité, ne pas être pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale, n'être soumis à aucun traitement médical ;
- ne pas avoir, au cours des 5 dernières années,
 - été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ;
 - subi d'intervention chirurgicale autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ;
- ne pas avoir, au cours des 10 dernières années, suivi de traitement médical de plus de 30 jours pour maladie du sang, affection rénale ou de l'appareil digestif, diabète, hypertension artérielle, affection cardiaque, vasculaire, respiratoire (hors allergies), cancéreuse, neurologique, psychiatrique, dépression nerveuse, maladie osseuse, articulaire, rhumatismale, lumbago ou sciatique ;
- ne pas devoir subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), un traitement médical, une hospitalisation, une intervention chirurgicale dans les 12 mois.

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

Je reconnais avoir été averti que toute déclaration inexacte qui pourrait gêner l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité ou la réduction du contrat. Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle d'entrée dans l'assurance.

Exemplaire destiné aux Banques Partenaires

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (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 bancaire ou son mandataire.

Ces traitements ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; les statistiques commerciales ; 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.

CNP Assurances pourra en outre utiliser vos données à caractère personnel pour vous adresser des offres ouvertes à tous nos assurés mais qui sont particulièrement adaptées à votre profil.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou par l'organisme bancaire 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. Vos informations personnelles pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées. Les informations relatives à ces transferts (pays concernés, existence de décisions d'adéquation de la Commission Européenne, destinataires et références aux garanties adaptées qu'ils présentent) peuvent être consultées au lien suivant : <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>

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

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer (i) en vous connectant sur votre espace personnel CNP Assurances www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) 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 (cil@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, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 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 aux Banques Partenaires

Banque Française Mutualiste | Société anonyme coopérative de banque au capital de 113 803 582,50 euros | RCS Paris 326 127 784
Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 08 041 372) | Siège social : 56-60, rue de la Glacière 75013 Paris
Téléphone : 0 821 222 500 (service 0,12€/min + prix appel) - Internet : www.bfm.fr

MFPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13
Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

**Bulletin d'adhésion au contrat d'assurance Décès, Perte Totale et Irréversible
d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail N° 7432 D**

M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Né(e) le _____		Profession _____	
Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Partenaire d'un Pacs <input type="checkbox"/>		Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle	
Nom (pour une femme, nom de jeune fille) _____		<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants	
Nom d'épouse _____		<input type="checkbox"/> Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise	
Prénom _____		<input type="checkbox"/> Cadres, Professions libérales, Enseignants	
Adresse _____		<input type="checkbox"/> Professions intermédiaires, Techniciens, Agents de maîtrise	
Code postal _____ Commune _____		<input type="checkbox"/> Employés	
Lieu de naissance (CP) _____ (Com) _____ (Dpt) _____		<input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)	
		<input type="checkbox"/> Retraités	
		<input type="checkbox"/> Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)	
Qualité: Emprunteur (EPR) <input type="checkbox"/> Co-emprunteur (CPR) <input type="checkbox"/> Caution (CTP) <input type="checkbox"/>			
Organisme prêteur	N° des conditions générales du prêt	Montant du prêt	Durée (en mois)
BFM			100 %
Je déclare avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information sur le Produit d'assurance, 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.			
Fait à _____, le _____ Signature _____			

Exemplaire destiné à CNP Assurances

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : | | | | | | | | | |
(Pour une femme, nom de jeune fille)

Adresse : _____

1 Indiquez : - Votre taille _____ cm. - Votre poids _____ kg.

Répondez obligatoirement OUI ou NON 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 prêteur 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 ? (sauf congé légal de maternité) Pourquoi ? _____ 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 ? _____

8 Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence :

	Laquelle ?	Quand ?	Durée :
- 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 ? _____
- 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)

Contrat **7 4 3 2 D**
Collectivité **0 4 3 7 5**

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : | | | | | | | | | |
(Pour une femme, nom de jeune fille)

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. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraînent la nullité du contrat (art. L.113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de prise d'effet des garanties sous peine de nullité de l'assurance. Je déclare avoir pris connaissance des principales conditions d'assurance, dont un exemplaire m'a été remis par l'organisme prêteur.

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.

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 bancaire 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 (cil@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

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : | | | | | | | | | |
(Pour une femme, nom de jeune fille)

Adresse : _____

1 Indiquez : - Votre taille _____ cm. - Votre poids _____ kg.

Répondez obligatoirement OUI ou NON 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 prêteur 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 ? (sauf congé légal de maternité) Pourquoi ? _____ 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 ? _____

8 Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence :

	Laquelle ?	Quand ?	Durée :
- 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)

Contrat **7 4 3 2 D**
Collectivité **0 4 3 7 5**

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : | | | | | | | | | |
(Pour une femme, nom de jeune fille)

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. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraînent la nullité du contrat (art. L.113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de prise d'effet des garanties sous peine de nullité de l'assurance. Je déclare avoir pris connaissance des principales conditions d'assurance, dont un exemplaire m'a été remis par l'organisme prêteur.

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.

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 bancaire 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 (cil@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

Assurance Emprunteur

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : CNP Assurances – Société anonyme régie par le Code des assurances et immatriculée en France - SIREN 341 737 062
Produit : Contrat d'assurance de groupe Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail

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

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

Assurance temporaire souscrite à l'occasion de la mise en place d'un crédit, qui garantit la prise en charge de tout ou partie du crédit en cas de survenance de certains événements (en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et d'Incapacité Totale de Travail (ITT) de l'emprunteur).



Qu'est-ce qui est assuré ?

L'assureur prend en charge les sommes dues au prêteur (échéances ou capital restant dû selon les garanties), dans la limite de la quotité choisie et hors intérêts et pénalités de retard. Ce contrat est soumis à un plafond de garantie de 75 000 euros par personne assurée, quel que soit le nombre de crédits couverts par ce contrat (capital restant dû multiplié par la quotité assurée).

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Au regard de son âge à l'adhésion ou au moment de la survenance du sinistre et sous réserve de remplir les conditions d'assurabilité, l'assuré pourra bénéficier des garanties suivantes :

- ✓ **Décès** : garantie par laquelle l'assureur s'engage, en cas de décès de l'assuré consécutif à une maladie ou un accident, à verser la prestation prévue (capital) au souscripteur.
- ✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Accidentelle** : durant les douze premiers mois d'assurance, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie d'origine accidentelle uniquement existe lorsqu'un assuré se trouve médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller, se laver, manger, se déplacer).
- ✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** : au-delà des douze premiers mois d'assurance, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie existe lorsqu'un assuré, à l'occasion d'une maladie ou d'un accident, se trouve médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller, se laver, manger, se déplacer).
- ✓ **Incapacité Totale de Travail** : état médicalement constaté qui place l'assuré, suite à un accident ou une maladie, dans l'impossibilité de reprendre ses activités professionnelles même à temps partiel.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres intervenus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les sommes dues au Prêteur, en dehors de l'exécution normale du crédit (intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais)
- ✗ Les sinistres intervenus postérieurement aux limites d'âge prévues pour chaque garantie
- ✗ Les crédits avec différé total dont la durée excède 12 mois



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

Ne sont pas couverts les sinistres dont l'origine directe ou indirecte est due aux cas suivants.

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions spécifiques à la garantie Décès

- ! Le suicide pendant la première année
- ! Les faits de guerre étrangère

Exclusions spécifiques aux garanties PTIA et ITT

- ! Les faits intentionnels causés ou provoqués par l'assuré
- ! Les démonstrations, raids, acrobaties
- ! Les compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, Les vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide
- ! Les vols sur ailes volantes, ULM, delta-plane
- ! Les faits de guerre étrangère

Exclusions spécifiques à la garantie ITT

- ! Les maladies ou accidents dont la première constatation médicale se place à une date antérieure au point de départ de l'assurance
- ! La tentative de suicide
- ! Le différé d'amortissement qu'il soit total ou partiel

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Restrictions spécifiques à la garantie PTIA

Aucune prestation n'est versée :

- ! Durant les douze premiers mois d'assurance, en cas de PTIA consécutive à une maladie

Restrictions spécifiques à la garantie ITT

Aucune prestation n'est versée :

- ! Durant le délai de franchise de 90 jours pour un assuré salarié de droit privé ou 180 jours pour un assuré fonctionnaire
- ! Pendant une période de différé total ou partiel
- ! Pour les personnes retraitées et préretraitées au jour du sinistre
- Cessation des prestations en ITT
- ! Au terme contractuel du crédit
- ! Au 65ème anniversaire de l'assuré
- ! L'assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs administratifs et/ou médicaux
- ! Après un contrôle médical initié par l'assureur, l'assuré est reconnu capable d'exercer ses activités professionnelles, même à temps partiel
- ! A la date de reprise totale ou partielle de l'activité professionnelle de l'assuré
- ! Au jour où l'assuré fait valoir ses droits à la retraite ou préretraite



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties sont acquises dans le monde entier, à condition que le Régime Obligatoire d'assurance maladie de l'assuré intervienne.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat

- Remplir de manière exacte tous les documents d'adhésion administratifs et/ou médicaux
- Fournir les documents justificatifs demandés par l'assureur
- Régler la première prime d'assurance

En cours de contrat

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

En cas de sinistre

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les primes sont mensuelles et dues par avance avec chaque échéance de crédit

En cas de sinistre ITT, les primes continues d'être réglées par l'assuré et seront remboursées ultérieurement par l'assureur
Par débit d'un compte bancaire au nom de l'assuré ouvert auprès d'un établissement français ou de l'union européenne



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de conclusion est fixée à la date de signature de la demande d'adhésion à l'assurance.

Le contrat prend effet (date où les sinistres peuvent commencer à être pris en charge, dans le cas de l'assurance) au jour de la remise des fonds, sous réserve de l'accord préalable de l'Assureur.

Le contrat couvre le crédit au maximum pendant 120 mois et prend fin dans les cas suivants :

- en cas de remboursement total du crédit
- en cas d'exigibilité du crédit avant le terme
- au versement de la prestation Décès ou PTIA
- en cas de résiliation de l'adhésion
- en cas de non-paiement de la prime d'assurance

La garantie Décès cesse au 76ème anniversaire de l'assuré

La garantie PTIA cesse au 65ème anniversaire de l'assuré

La garantie ITT cesse au 65ème anniversaire de l'assuré et à la mise à la retraite ou préretraite de l'assuré



Comment puis-je résilier le contrat ?

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

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE N° 7432 D
Souscrit par la Banque Française Mutualiste (le Souscripteur)
auprès des Co-assureurs suivants :
CNP Assurances, MFPrévoyance (l'Assureur)

**Conditions applicables en cas de Décès, de Perte Totale
et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et d'Incapacité Totale de Travail (ITT)**

1 - Objet de l'assurance

Le présent contrat est régi par le code des assurances, et par les conditions générales définies ci-après. Il est destiné à assurer des prêts personnels amortissables avec ou sans différé total ou partiel, autres qu'immobiliers. Il garantit le remboursement du montant restant dû du ou des prêt(s) assuré(s) à la date du sinistre :

- en cas de Décès,
- en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- en cas d'Incapacité Totale de Travail (ITT).

2 - Prêts assurables et plafond assurable

Les prêts assurables sont les prêts personnels amortissables avec ou sans différé total ou partiel, autres qu'immobiliers.

La durée limite des prêts assurables est fixée à 120 mois.

Le montant maximum des capitaux assurables pour l'ensemble des prêts contractés sur une tête est de 75 000 euros.

Ce montant correspond à la somme du nouveau capital à garantir et du montant des capitaux restant dus pour les prêts en cours.

Le montant maximum des capitaux assurables pour les prêts dont le différé total ou partiel est supérieur à 6 mois ne peut excéder 4 000 euros.

Cas des prêts avec différé total : le différé total ne peut excéder une durée maximum de 12 mois.

La quotité d'assurance est de 100% du capital emprunté pour l'ensemble des risques couverts.

3 - Groupe assuré

Les assurés sont les personnes physiques, éligibles aux offres de la BFM, âgées de **moins de 72 ans** à la date de leur demande d'adhésion (toutefois, il ne peut y avoir plus de 2 assurés au titre d'un même prêt) :

- l'emprunteur titulaire du prêt,
- le co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt.

Si au titre d'un même prêt, plusieurs personnes (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) sont tenues au remboursement, elles peuvent adhérer au contrat à condition que chacune d'elles remplisse les conditions d'adhésion prévues à l'article 4. Dans ce cas, chacune d'elles est considérée comme assurée personnellement pour la totalité du prêt.

4 - Conditions d'adhésion, formalités médicales et acceptation des risques

► Pour les candidats à l'assurance âgés de moins de 65 ans lors de la demande d'adhésion au présent contrat :

- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) concernés par un prêt **inférieur ou égal à 40 000 euros** peuvent être admis sur production d'une Déclaration d'État de Santé.

S'ils ne sont pas en mesure de signer cette Déclaration d'État de Santé, l'admission est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) concernés par un prêt **supérieur à 40 000 euros** doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

► Pour les candidats à l'assurance âgés de 65 ans et plus lors de la demande d'adhésion au présent contrat :

- Les candidats à l'assurance (emprunteur, co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt) doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un Questionnaire de Santé.

Un Questionnaire de Santé soumis au service Souscription et Maîtrise des risques est valable 3 mois à compter de la date de signature. Passé ce délai, il est caduc et doit être remplacé par un Questionnaire de Santé actualisé.

IMPORTANT : conformément à l'article L. 113-2 du code des assurances, « le candidat à l'assurance est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment dans le Questionnaire de Santé » et doit se soumettre à tout contrôle, examen et visite médicale demandés par l'Assureur.

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

- accepter son entrée dans l'assurance au taux de base du contrat avec ou sans exclusions totales ou partielles de garanties sauf cause accidentelle*,
- dans le cas où ledit candidat a été refusé dans l'assurance au taux de base et qu'il a **moins de 60 ans**, accepter son entrée dans l'assurance au seul risque Décès moyennant le paiement d'un tarif aménagé,

- ajourner sa décision,
- refuser l'entrée dans l'assurance.

* **L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant directement et exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.**

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le Décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré ainsi que la preuve de la nature de l'accident doivent être communiquées à l'Assureur.

La décision émise par l'Assureur est valable 6 mois à compter de la date de réception par le Souscripteur. Passé ce délai, elle devient caduque.

Toute contestation est recevable dans un délai de 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'assurance. Passé ce délai, elle devient sans objet.

5 - Bénéficiaire et règlement des prestations

Le Souscripteur est le bénéficiaire exclusif des prestations dues par l'Assureur.

Les prestations sont directement versées au Souscripteur à charge pour lui de les reverser à qui de droit.

Lorsque l'assurance repose sur la tête de plusieurs assurés, les prestations ne sont en aucun cas supérieures au capital ou aux échéances dues au titre du prêt assuré.

6 - Prise d'effet de la garantie

Sous réserve de l'accord préalable de l'Assureur, les garanties prennent effet au jour de la remise des fonds.

7 - Garanties

Sous réserve des conditions et des cas d'exclusions prévues aux articles 4 et 9, l'assurance couvre les risques énumérés ci-dessous :

- le Décès,

- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

Un assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsque les deux conditions suivantes sont remplies **simultanément** :

1. Cette Perte Totale et Irréversible d'Autonomie le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,

2. La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dont il est atteint l'oblige en outre à recourir, de façon permanente, à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir et faire sa toilette).

Pendant les douze premiers mois d'assurance, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie n'est pas couverte sauf si elle résulte d'un accident* tel que défini à l'article 4 de la présente notice.

L'assuré pour lequel sont versées des prestations au titre de la garantie Incapacité Totale de Travail peut bénéficier du paiement d'un capital au titre de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il vient à remplir les conditions précitées.

Le capital dû au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera diminué des sommes réglées au titre de l'Incapacité Totale de Travail qui se rapporteraient à des périodes postérieures à la date reconnue comme point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

- l'Incapacité Totale de Travail (ITT) :

Un assuré est en état d'Incapacité Totale de Travail lorsqu'à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité professionnelle de 90 jours ou de 180 jours telles que définies à l'article 10 de la présente notice (cette période étant appelée délai de franchise), il se trouve dans l'impossibilité de reprendre ses activités professionnelles, même à temps partiel, à la suite d'un accident ou d'une maladie **et** :

1. S'il est assujéti au régime général de la sécurité sociale et perçoit des prestations en espèces au titre :
 - de l'assurance maladie,
 - de l'assurance invalidité, en étant alors classé dans la 2^e ou 3^e catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale,
 - de l'assurance accident de travail et maladies professionnelles sous la forme, soit d'indemnités journalières, soit d'une rente correspondant à un taux d'incapacité au moins égal à 2/3.
2. S'il est salarié mais ne relève pas du régime général de la sécurité sociale et qu'il se trouve dans une situation qui, appréciée par référence aux dispositions de ce régime, est équivalente à l'une de celles envisagées au point 1. ci-dessus.

3. S'il n'est pas affilié à un régime de sécurité sociale mais qu'il justifie qu'il est reconnu médicalement incapable d'exercer une activité rémunérée.

Cette disposition s'applique également au salarié relevant d'un régime de sécurité sociale et qui :

- n'a pas pu faire valoir ses droits à prestations en espèces parce qu'il ne remplissait pas la condition de durée minimale de travail,

ou

- a épuisé ses droits.

La prise en charge cesse de plein droit à la date où la situation de l'assuré ne correspond plus à l'une des conditions ci-dessus.

Elle cesse également de plein droit du seul fait de la capacité de l'assuré à reprendre son activité professionnelle à plein temps ou à temps partiel :

la date de validité de l'aptitude totale ou partielle correspond à la date notifiée par l'Assureur.

8 - Cessation des garanties

Les garanties prennent fin :

- à la date du remboursement intégral du prêt,
- à la date du remboursement anticipé total du ou des prêt(s) garantis, volontaire ou forcé, pour toutes les personnes assurées,
- à la date de versement des prestations en cas de Décès ou de PTIA,
- en cas de résiliation de l'adhésion,
- au **76^e anniversaire** de l'assuré pour la garantie Décès,
- au **65^e anniversaire** de l'assuré pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail,
- en cas de non-paiement des primes.

9 - Risques exclus

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur, les conséquences :

▶ **Pour la garantie Décès :**

- a) du suicide de l'assuré dans la première année d'assurance,
- b) de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées, par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

▶ **Pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail :**

- c) de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré,
- d) de démonstrations, raids, acrobaties,
- e) de compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- f) de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote de possède pas un brevet ou une licence valide,
- g) de vols sur ailes volantes, ULM, delta-plane,
- h) de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées, par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

▶ **Pour la garantie Incapacité Totale de Travail :**

- i) de maladies ou accidents dont la première constatation médicale se place à une date antérieure au point de départ de l'assurance, à moins que l'assuré prouve qu'il n'y a pas eu d'interruption de travail pendant un an à compter du point de départ de l'assurance,
- j) d'une tentative de suicide.

L'ITT n'est pas couverte durant le différé d'amortissement qu'il soit total ou partiel.

10 - Prestations garanties

10.1 - En cas de Décès ou PTIA :

En cas de Décès d'un assuré survenant en cours d'assurance et avant son **76^e anniversaire**, ou en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenant **avant 65 ans**, l'Assureur rembourse au Souscripteur le montant du capital restant dû figurant sur le (les) tableau(x) d'amortissement à la date du décès ou à la date de reconnaissance, par l'Assureur, de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à l'exclusion de toutes échéances arriérées ; ou bien le paiement du capital initial assurable si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

10.2 - En cas d'Incapacité Totale de Travail (ITT) :

Pendant la durée de cette Incapacité Totale de Travail reconnue par l'Assureur, et au plus tard jusqu'aux **65 ans** de l'assuré, l'Assureur règle au Souscripteur les échéances entières et échues dues par l'emprunteur au titre du prêt assuré au *pro rata* des jours d'Incapacité Totale de Travail et à compter du :

- a) 91^e jour d'arrêt de travail continu pour le salarié de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage ou le non salarié,
- b) 181^e jour d'arrêt de travail continu pour l'assuré fonctionnaire.

Le congé légal de maternité interrompt le décompte du délai de franchise, ainsi que la prise en charge au titre de l'Incapacité Totale de Travail qui, si elle se poursuit donne lieu au décompte d'un nouveau délai de franchise.

Rechute : tout arrêt de travail, dû à une rechute pour la même pathologie et survenant moins de trois mois après la fin d'une période de prise en charge, ne donne pas lieu à l'application d'un nouveau délai de franchise.

11 - Cessation des prestations

Les prestations servies par l'Assureur cessent :

- au terme contractuel du prêt,
- au **65^e anniversaire**, en cas de prestations ITT,
- au jour où l'assuré fait valoir ses droits à la retraite ou à la pré-retraite,
- à la date de validité de l'aptitude totale ou partielle, cette date correspond à la date notifiée par l'Assureur,
- à la date de reprise même partielle de l'activité professionnelle.

12 - Formalités à remplir pour bénéficier des prestations

Adresser au Souscripteur qui transmet à l'Assureur, les pièces justificatives suivantes :

▶ **En cas de décès :**

Dans les jours qui suivent la survenance du décès de l'assuré :

- un acte de décès original,
- un certificat médical original indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- une copie du(des) tableau(x) d'amortissement,
- une copie du(des) bulletin(s) d'adhésion.

▶ **En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :**

Dans un délai au plus tard de six mois à compter de la date de survenance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- Un certificat médical original délivré par le médecin traitant attestant :

- que l'assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- que son état l'oblige en outre à recourir, de façon permanente, à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir et faire sa toilette).

Le certificat doit en outre préciser la date à laquelle cette Perte Totale et Irréversible d'Autonomie a été constatée et la nature de la maladie ou de l'accident qui en est la cause.

- Une Attestation Médicale d'Incapacité/Invalidité (AMI - document Assureur),

- Une copie de la décision de son organisme social faisant état de la nécessité de recourir à l'assistance d'une tierce personne,

- Une copie du(des) tableau(x) d'amortissement,

- Une copie du(des) bulletin(s) d'adhésion.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à la réception de la demande, l'Assureur fait procéder à l'examen de l'assuré par les soins d'un médecin désigné par lui. Selon les conclusions du rapport auquel donne lieu ce contrôle médical, l'Assureur statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande et notifie sa décision à l'intéressé par l'intermédiaire du Souscripteur.

▶ **En cas d'Incapacité Totale de Travail (ITT) :**

a) Pour le salarié de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage et le non salarié : **à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu et au plus tard le 180^e jour ;**

b) Pour le fonctionnaire : **à partir du 181^e jour d'arrêt de travail continu et au plus tard le 270^e jour ;**

Pour un salarié de droit privé cotisant à un régime obligatoire d'assurance chômage, tout document émanant du régime de sécurité sociale ou d'un organisme social certifiant l'état d'Incapacité Totale de Travail et la date d'origine de celui-ci (bordereau sur lequel figurent les indemnités journalières, l'attestation de versement de la pension d'invalidité, notification du service d'une rente d'incapacité permanente au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles prévus par le code de la sécurité sociale).

Pour un fonctionnaire, une attestation employeur ou les arrêtés administratifs, un brevet de pension dans le cas d'une mise à la retraite pour invalidité ;

En cas de subrogation des indemnités journalières par l'employeur, une attestation de l'employeur doit être fournie.

Pour un non salarié ou un assuré social ne remplissant pas les conditions de durée minimale de travail ou ayant épuisé ses droits, un certificat médical original détaillé établi par le médecin traitant et précisant la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'incapacité, le point de départ de celle-ci, ainsi que son degré apprécié comme en matière de sécurité sociale.

Le certificat médical devra préciser en outre, si à la date où il est établi, l'incapacité se poursuit ; dans le cas contraire, la date à laquelle l'assuré était médicalement apte à reprendre son activité professionnelle ;

Pour tous :

- Une Attestation Médicale d'Incapacité/Invalidité (AMI - document Assureur),

- Une copie du ou des tableau(x) d'amortissement,

- Une copie du ou des bulletin(s) d'adhésion.

À défaut de présentation des pièces justificatives dans ces délais, la date de prise en charge éventuelle sera celle de la réception du dossier par le Souscripteur.

Les pièces justifiant de l'état d'Incapacité Totale de Travail doivent être renouvelées à chaque échéance de prêt ou chaque trimestre, faute de quoi les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

13 - Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de soumettre à visite médicale tout assuré qui formule une demande de prise en charge ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

À la réception du rapport du médecin contrôleur, l'Assureur notifie sa décision au Souscripteur, à charge pour lui d'en informer l'assuré.

Si un assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance et le cas échéant, le service des prestations seront suspendus 10 jours après l'envoi d'une mise en demeure, par lettre recommandée, adressée au dernier domicile connu de l'intéressé et dont une copie sera transmise au Souscripteur.

14 - 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.

Ces dispositions s'appliquent en cas d'Incapacité Totale de Travail et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

15 - Fausse déclaration

Conformément à l'article L.113-8 du code des assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur.

16 - Prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance, conformément à l'article L.114-1 du code des assurances.

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'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

17 - Taux, exigibilité et paiement de la prime

Le taux de prime de base est fixé pour la durée du prêt moyennant le paiement par l'assuré d'une prime annuelle exprimée en pourcentage (taux de prime). Ce pourcentage est assis sur le montant du capital initial au titre du (des) prêt(s).

La prime annuelle est payable par fractions mensuelles et est exigible en même temps que les échéances de prêt.

Le calcul du montant de la première échéance de prime se situant après le déblocage des fonds et avant la première fraction mensuelle, est effectué au *prorata temporis*.

Le remboursement anticipé total du prêt, volontaire ou forcé met immédiatement fin aux garanties, pour toutes les personnes assurées au titre du (des) prêt(s) concerné(s), et ne donne lieu à aucun reversement de primes.

A l'issue de chaque période contractuelle le taux de prime pratiqué pourra être modifié, cette révision s'appliquant à tous les nouveaux emprunteurs à compter du premier jour de la nouvelle période d'assurance.

Le calcul du montant de la première échéance de prime se situant après le déblocage des fonds ou une échéance et avant la première fraction mensuelle est effectué au *prorata temporis*.

18 - Résiliation en cas de non-paiement de la prime

En cas de non paiement des primes par l'emprunteur, le Souscripteur adresse dans les 10 jours après l'échéance de la prime, une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L 141-3 du code des assurances, par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement par lui de la prime ainsi que les primes éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne son exclusion du contrat.

19 - Exonération du paiement de la prime

L'assuré qui bénéficie de prestations servies au titre de l'Incapacité Totale de Travail est exonéré du paiement des primes venant à échéance pendant toute la période de prise en charge.

20 - Notice

Le Souscripteur remet aux assurés le bulletin d'adhésion dans le contrat accompagné d'une notice d'information établie par l'Assureur.

21 - Renseignement - Réclamation - Médiation

21.1 - Renseignement et réclamation sur les conditions d'adhésion dans l'assurance :

Pour toute demande d'information relative à l'adhésion dans l'assurance ou pour toute réclamation, l'assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation s'adresser à : **CNP Assurances - Direction Souscription et Maîtrise des Risques - 4, place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.**

21.2 - Renseignement en cas de sinistre :

Pour tout renseignement sur la gestion d'un sinistre, l'assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à : **CNP Assurances - Unité de gestion CF5K - TSA 67162 - 4, place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15.**

21.3 - Réclamation en cas de sinistre et médiation :

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à : **CNP Assurances - Unité Réclamation CF55 - TSA 67162 - 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.**

Après épuisement de toutes procédures de traitements des réclamations, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent saisir la Médiation de l'Assurance : **Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.**

La demande écrite et signée doit autoriser le Médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier et en particulier des pièces médicales confidentielles.

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.

22 - Loi 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 bancaire 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 (cil@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.

23 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des Coassureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

Banque Française Mutualiste | Société anonyme coopérative de banque au capital de 113 803 582,50 euros | RCS Paris 326 127 784
Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 08 041 372) | Siège social : 56-60, rue de la Glacière 75013 Paris
Téléphone : 0 821 222 500 (service 0,12€/min + prix appel) - Internet : www.bfm.fr

MFPrévoyance | Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13
Société anonyme au capital de 81 773 850 euros régie par le code des assurances | 507 648 053 RCS Paris

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 | Tél. : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances