

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

BANQUE FRANÇAISE MUTUALISTE

1, place des Marseillais - 94227 CHARENTON LE PONT Cedex

(1) 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) concernés par un prêt inférieur ou égal à 40 000 EUR peuvent être admis sur production d'une déclaration de bonne 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) concernés par un prêt supérieur à 40 000 EUR 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) doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé.

M. ☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐ Né(e) le _____ Mutuelle _____ Profession _____

Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ Partenaire d'un Pacs ☐ Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

Nom (pour une femme, nom de jeune fille) _____ [1] Agriculteurs exploitants

Nom d'épouse _____ [2] Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise

Prénom(s) _____ [3] Cadres, Professions libérales, Enseignants

Adresse _____ [4] Professions intermédiaires, Techniciens, Agents de maîtrise

Code postal _____ Commune _____ [5] Employés

Lieu de naissance (CP) _____ (Com) _____ (Dpt) _____ [6] Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)

[7] Retraités

[8] Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

Qualité : Emprunteur (EPR) ☐ Co-emprunteur (CPR) ☐ Caution (CTP) ☐

Organisme prêteur	N° des conditions générales du prêt	Montant du prêt	Durée (en mois)	Quotité assurée
BFM				100 %

Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information, en avoir pris connaissance et en avoir accepté les termes.

Fait à _____, le _____ Signature, précédée de
« Lu et approuvé »

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Je déclare sur l'honneur :

- ne pas être en arrêt de travail,
- ne pas être atteint de handicap ou d'infirmité,
- ne pas bénéficier d'une rente ou d'une pension d'invalidité, de l'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100%),
- au cours des 3 dernières années :
 - > ne pas, à ma connaissance, avoir été atteint :
 - d'une affection rhumatismale, d'un lumbago, d'une sciatique,
 - d'une dépression nerveuse, d'une affection psychiatrique,
 - d'une affection cardiaque ou vasculaire, d'une hypertension artérielle,
 - d'un diabète,
 - d'une affection maligne, neurologique, rénale ou respiratoire,
 - > ne pas avoir été, pour raison de santé ou suite à un accident, en arrêt de travail (ou en interruption d'activité) de plus de 30 jours continus (sauf congé légal de maternité),
 - > ne pas avoir fait l'objet d'exclusion, de refus, de surprime lors de la demande d'adhésion à un autre contrat d'assurance-vie,
- ne pas devoir subir, à ma connaissance, des examens médicaux, une hospitalisation, une intervention chirurgicale, un traitement médical dans les prochains 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.

Fait à _____, le _____ Signature, précédée de
"Lu et approuvé"

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique, fichiers et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion de l'assuré et à la gestion de son contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, aux responsables des traitements, CNP Assurances, le Co-assureur, le Souscripteur, l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, prestataires et aux organismes professionnels concernés. L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de : **CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.**

Exemplaire destiné à la BFM

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

BANQUE FRANÇAISE MUTUALISTE

1, place des Marseillais - 94227 CHARENTON LE PONT Cedex

(1) 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) concernés par un prêt inférieur ou égal à 40 000 EUR peuvent être admis sur production d'une déclaration de bonne 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) concernés par un prêt supérieur à 40 000 EUR 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) doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé.

M. ☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐ Né(e) le _____ Mutuelle _____ Profession _____

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

Nom (pour une femme, nom de jeune fille) _____

Nom d'épouse _____

Prénom(s) _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Lieu de naissance (CP) _____ (Com) _____ (Dpt) _____

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle
☐ Agriculteurs exploitants
☐ Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
☐ Cadres, Professions libérales, Enseignants
☐ Professions intermédiaires, Techniciens, Agents de maîtrise
☐ Employés
☐ Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)
☐ Retraités
☐ Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

Qualité : Emprunteur (EPR) ☐ Co-emprunteur (CPR) ☐ Caution (CTP) ☐

Organisme prêteur	N° des conditions générales du prêt	Montant du prêt	Durée (en mois)	Quotité assurée
BFM				100 %

Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information, en avoir pris connaissance et en avoir accepté les termes.

Fait à _____, le _____ Signature, précédée de
« Lu et approuvé »

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Je déclare sur l'honneur :

- ne pas être en arrêt de travail,
- ne pas être atteint de handicap ou d'infirmité,
- ne pas bénéficier d'une rente ou d'une pension d'invalidité, de l'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100%),
- au cours des 3 dernières années :
 - > ne pas, à ma connaissance, avoir été atteint :
 - d'une affection rhumatismale, d'un lumbago, d'une sciatique,
 - d'une dépression nerveuse, d'une affection psychiatrique,
 - d'une affection cardiaque ou vasculaire, d'une hypertension artérielle,
 - d'un diabète,
 - d'une affection maligne, neurologique, rénale ou respiratoire,
 - > ne pas avoir été, pour raison de santé ou suite à un accident, en arrêt de travail (ou en interruption d'activité) de plus de 30 jours continus (sauf congé légal de maternité),
 - > ne pas avoir fait l'objet d'exclusion, de refus, de surprime lors de la demande d'adhésion à un autre contrat d'assurance-vie,
- ne pas devoir subir, à ma connaissance, des examens médicaux, une hospitalisation, une intervention chirurgicale, un traitement médical dans les prochains 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.

Fait à _____, le _____ Signature, précédée de
« Lu et approuvé »

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

Elles sont nécessaires à l'adhésion de l'assuré et à la gestion de son contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, aux responsables des traitements, CNP Assurances, le Co-assureur, le Souscripteur, l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, prestataires et aux organismes professionnels concernés.

L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de : **CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.**

Exemplaire destiné aux Banques Partenaires

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

BANQUE FRANÇAISE MUTUALISTE

1, place des Marseillais - 94227 CHARENTON LE PONT Cedex

(1) 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) concernés par un prêt inférieur ou égal à 40 000 EUR peuvent être admis sur production d'une déclaration de bonne 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) concernés par un prêt supérieur à 40 000 EUR 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) doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé.

M. ☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐ Né(e) le _____ Mutuelle _____ Profession _____

Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ Partenaire d'un Pacs ☐ Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

Nom (pour une femme, nom de jeune fille) _____ [1] Agriculteurs exploitants

Nom d'épouse _____ [2] Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise

Prénom(s) _____ [3] Cadres, Professions libérales, Enseignants

Adresse _____ [4] Professions intermédiaires, Techniciens, Agents de maîtrise

Code postal _____ Commune _____ [5] Employés

Lieu de naissance (CP) _____ (Com) _____ (Dpt) _____ [6] Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)

[7] Retraités

[8] Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

Qualité : Emprunteur (EPR) ☐ Co-emprunteur (CPR) ☐ Caution (CTP) ☐

Organisme prêteur	N° des conditions générales du prêt	Montant du prêt	Durée (en mois)	Quotité assurée
BFM				100 %

Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information, en avoir pris connaissance et en avoir accepté les termes.

Fait à _____, le _____ Signature, précédée de
« Lu et approuvé »

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Je déclare sur l'honneur :

- ne pas être en arrêt de travail,
- ne pas être atteint de handicap ou d'infirmité,
- ne pas bénéficier d'une rente ou d'une pension d'invalidité, de l'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100%),
- au cours des 3 dernières années :
 - > ne pas, à ma connaissance, avoir été atteint :
 - d'une affection rhumatismale, d'un lumbago, d'une sciatique,
 - d'une dépression nerveuse, d'une affection psychiatrique,
 - d'une affection cardiaque ou vasculaire, d'une hypertension artérielle,
 - d'un diabète,
 - d'une affection maligne, neurologique, rénale ou respiratoire,
 - > ne pas avoir été, pour raison de santé ou suite à un accident, en arrêt de travail (ou en interruption d'activité) de plus de 30 jours continus (sauf congé légal de maternité),
 - > ne pas avoir fait l'objet d'exclusion, de refus, de surprime lors de la demande d'adhésion à un autre contrat d'assurance-vie,
- ne pas devoir subir, à ma connaissance, des examens médicaux, une hospitalisation, une intervention chirurgicale, un traitement médical dans les prochains 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.

Fait à _____, le _____ Signature, précédée de
« Lu et approuvé »

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

Elles sont nécessaires à l'adhésion de l'assuré et à la gestion de son contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, aux responsables des traitements, CNP Assurances, le Co-assureur, le Souscripteur, l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, prestataires et aux organismes professionnels concernés.

L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de : **CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.**

Exemplaire destiné à l'assuré(e)

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

BANQUE FRANÇAISE MUTUALISTE

1, place des Marseillais - 94227 CHARENTON LE PONT Cedex

(1) 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) concernés par un prêt inférieur ou égal à 40 000 EUR peuvent être admis sur production d'une déclaration de bonne 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) concernés par un prêt supérieur à 40 000 EUR 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) doivent obligatoirement satisfaire à un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé.

M. ☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐ Né(e) le Mutuelle Profession

Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ Partenaire d'un Pacs ☐ Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

Nom (pour une femme, nom de jeune fille) ☐ Agriculteurs exploitants

Nom d'épouse ☐ Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise

Prénom(s) ☐ Cadres, Professions libérales, Enseignants

Adresse ☐ Professions intermédiaires, Techniciens, Agents de maîtrise

Code postal Commune ☐ Employés

Lieu de naissance (CP) (Com) (Dpt) ☐ Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)

☐ Retraités

☐ Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

Qualité: Emprunteur (EPR) ☐ Co-emprunteur (CPR) ☐ Caution (CTP) ☐

Organisme prêteur	N° des conditions générales du prêt	Montant du prêt	Durée (en mois)	Quotité assurée
BFM				100 %

Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information, en avoir pris connaissance et en avoir accepté les termes.

Fait à , le Signature, précédée de
« Lu et approuvé »

CONSULTER LA NOTICE D'INFORMATION QUI VOUS EST DESTINÉE

Exemplaire destiné à CNP Assurances

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

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 doit être remise à votre interlocuteur”.

- 1 Indiquez : Votre taille cm - Votre poids kg
- 2 Indiquez votre acuité visuelle avant correction **si elle est inférieure à 2 dixièmes** : Œil droit /10° Œil gauche /10°
et dans ce cas, indiquez votre correction en dioptries : Œil droit dioptries Œil gauche dioptries

Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI, complétez

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ

- 3 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé ☐ Pourquoi ?
(sauf congé légal de maternité) ? ☐ Depuis le : / /
- 4 Êtes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ? ☐ Pourquoi ? Depuis le : / /
☐ Taux :
- 5 Êtes-vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur pour ☐ Pourquoi ?
raison de santé (prise en charge à 100 %) ? ☐ Quand ?
- 6 Avez-vous durant les cinq dernières années, interrompu ☐ Pourquoi ? Quand ?
votre travail pour raison de santé sur une période d'au moins ☐ Durée :
30 jours consécutifs ?
- 7 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour ☐ Pourquoi ? Quand ?
un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, ☐ Durée :
dents de sagesse, appendicite, grossesse ?
- 8 Avez-vous subi au cours de votre existence : ☐ Pourquoi ?
- une intervention chirurgicale, pour un motif autre que ☐ Quand ?
l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, ☐ Pourquoi ? Quand ? Durée :
appendicite, grossesse ? ☐
- un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ? ☐
- un traitement pour maladie rhumatismale, ostéo-articulaire ? ☐
- un traitement pour lombalgie, lumbago ou sciatique ? ☐
- un traitement pour troubles nerveux, dépression nerveuse ? ☐
- un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, ☐
hypertension artérielle ? ☐
- d'autres traitements de plus d'un mois ? ☐
- 9 Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie ☐ Lesquelles ?
chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de ☐ Depuis le : / /
séquelles (accident - maladie) ?
- 10 Etes-vous sous surveillance médicale ? ☐ Pourquoi ? Depuis le : / /
Etes-vous en cours de traitement médical ? ☐ Lesquels ? Depuis le : / /
- 11 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, ☐ Pourquoi ? Quand ?
votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains ☐ Lesquels ?
mois de : ☐
- réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ? ☐
- être hospitalisé, traité, opéré ? ☐ Hospitalisé ☐ Traité ☐ Opéré ☐
(si oui, cochez la ou les case(s) et précisez) ☐ Pourquoi ? Quand ?

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. J'accepte que les données relatives à mon état de santé soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et réassureurs éventuels. 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.

Fait à , le Signature

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique, fichiers et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion de l'assuré et à la gestion de son contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, aux responsables des traitements, CNP Assurances, le Co-assureur, le Souscripteur, l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, prestataires et aux organismes professionnels concernés. L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de : **CNP Assurances - Médecin-Conseil - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.**

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, CNP I.A.M., 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) pour le paiement des échéances dues par l'emprunteur au prorata du nombre de jours d'ITT se prolongeant après une interruption continue de 90 jours ou de 180 jours.

2 - Plafond assurable

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.

3 - Limite du plafond assurable pour les prêts avec différé total

Le différé total ne peut excéder une durée maximum de 12 mois.

4 - 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) sont tenues au remboursement, elles peuvent adhérer au contrat à condition que chacune d'elles remplisse les conditions d'adhésion prévues à l'article 5. Dans ce cas, chacune d'elles est considérée comme assurée personnellement pour la totalité du prêt.

5 - 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) concernés par un prêt **inférieur ou égal à 40 000 euros** peuvent être admis sur production d'une Déclaration d'Etat de Santé (DES). S'ils ne sont pas en mesure de signer cette Déclaration d'Etat 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) 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) 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.

Cette décision déclenche automatiquement et dans le cadre de la

convention AERAS (« S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude du dossier dans un contrat de 2^{ème} niveau. Si à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier sera examiné (sous condition d'âge, de montant emprunté, et conditions de ressources) par un 3^{ème} niveau national.

L'adhésion dans l'assurance est prononcée pour un prêt déterminé. Une autre opération d'emprunt nécessite une nouvelle demande d'adhésion.

*** 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.

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 5 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*.

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 (cf. article 10) de 90 jours ou de 180 jours (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 2e ou 3e 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 en 1.

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 ne 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.**

L'Incapacité Totale de Travail n'est pas couverte si elle résulte :

- **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,**
- **d'une tentative de suicide,**

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

10 - Prestations versées

10.1 - Décès ou PTIA :

En cas de Décès survenant **avant 76 ans**, 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 :

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 prorata 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.

10.3 - Pour toutes les prestations :

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.

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.

11 - Cessation des prestations

- à la date de validité de l'aptitude totale ou partielle,
- à la date du remboursement intégral du prêt,
- au **65^e anniversaire** en cas d'ITT,
- au jour où l'assuré fait valoir ses droits à la retraite ou à la préretraite,
- 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 :**

- 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 conciliation

Tout refus de prise en charge par l'Assureur suite à un contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet, à la demande de l'assuré, d'une procédure de conciliation dans les douze mois qui suivent ce contrôle.

La demande, formulée par écrit, doit indiquer que l'assuré sollicite la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin qu'il désignera pour le représenter. Ce certificat doit détailler son état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date. La demande doit en outre, mentionner que l'assuré accepte les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

Cette lettre, destinée à l'Assureur, doit parvenir au Souscripteur dans les meilleurs délais pour permettre la mise en place de cette procédure.

Le médecin que l'assuré aura désigné et le Médecin Conseil de l'Assureur rechercheront une position commune relative à son état de santé. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. Si cet accord n'est pas obtenu, l'Assureur invite alors son Médecin Conseil et le médecin de l'assuré à désigner un médecin tiers - expert.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation.

Quelle que soit l'issue de cette conciliation, chaque partie conservera à sa charge les frais et honoraires **de son médecin. En cas de désignation d'un médecin tiers - expert, l'assuré fera l'avance des frais et honoraires du tiers - expert, lesquels resteront à la charge de la partie perdante.**

En tout état de cause, l'assuré conservera, ainsi que l'Assureur, la faculté d'exercer une action en justice.

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.

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

En cas de non-paiement des primes par les emprunteurs et après mise en demeure par lettre recommandée avec A.R. envoyée par la BFM, le contrat est résilié conformément à l'article L. 141-3 du Code des Assurances.

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 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 le Médiateur de CNP Assurances, en adressant leur demande à : **CNP Assurances - Secrétariat de l'Instruction de la Médiation - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.**

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

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

Elles sont nécessaires à l'adhésion de l'assuré et à la gestion de son contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, aux responsables des traitements, CNP Assurances, le Co-assureur, le Souscripteur, l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, prestataires et aux organismes professionnels concernés.

L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de : **CNP Assurances Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.**

23 - Autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (**ACPR**), située 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09 est chargée du contrôle de CNP Assurances, CNP I.A.M. et de MFPrévoyance.