

**IDENTIFICATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

M.  Mme  Mlle

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

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

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

Prénom \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle rémunérée

Né(e) le : / /  à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Tél. mobile\* \_\_\_\_\_

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- Agriculteurs exploitants  
 Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise  
 Cadres, Professions libérales  
 Technicien, Agent de maîtrise  
 Enseignants  
 Employés  
 Ouvriers (y compris agricoles)  
 Retraités  
 Autres (sans activité, chômeurs)

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

**FINANCEMENT**

Qualité :  Emprunteur  Co-emprunteur  Caution personne physique  Caution associé SCI

Montant du prêt	Quotité	Durée	Type	Capital assuré
€	%	mois	Amortissable	€
€	%	mois		€
€	%	mois		€
€	%	mois		€

**DÉCLARATIONS DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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

**Je certifie :**

- **Avoir pris connaissance** du Document d'Information sur le Produit d'assurance, de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli », de la note d'information et de la notice d'information (Réf. L5764\_A238W\_06/2022), que j'accepte ;
- **Avoir reçu les documents susvisés** et en conserver un exemplaire de chaque document.

**Je déclare :**

- **Demander à adhérer** au contrat d'assurance n° A238W pour le(s) crédit(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, **reconnaitre avoir reçu et pris connaissance** des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate de la garantie à la date de conclusion de l'adhésion ;
- **Donner mon accord** pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français ;
- **Mengager à payer les primes d'assurance** que je choisis de régler par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- **Être informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Assureur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'Assureur toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion ;**
- **Accepter** que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Assureur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Assureur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- **Accepter** par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout Assureur en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

## DECLARATIONS DU CANDIDAT A L'ASSURANCE (suite)

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

Les destinataires de ces données à caractère personnel, 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. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées

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 de 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.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, 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 (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »). 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 également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

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

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.

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_, le   /   /

**Signature**

Exemplaire destiné au Candidat à l'assurance

**IDENTIFICATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

M.    Mme    Mlle  
 Célibataire    Marié(e)    Séparé(e)    Divorcé(e)    Veuf(ve)    Concubin(e)    Partenaire d'un PACS

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

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

Prénom \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Statut :    Fonctionnaire    Salarié    Non salarié    Sans activité professionnelle rémunérée

Né(e) le : / /  à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Tél. mobile\* \_\_\_\_\_

**Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle**

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
- Cadres, Professions libérales
- Technicien, Agent de maîtrise
- Enseignants
- Employés
- Ouvriers (y compris agricoles)
- Retraités
- Autres (sans activité, chômeurs)

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

**FINANCEMENT**

Qualité :    Emprunteur    Co-emprunteur    Caution personne physique    Caution associé SCI

Montant du prêt	Quotité	Durée	Type	Capital assuré
€	%	mois	Amortissable	€
€	%	mois		€
€	%	mois		€
€	%	mois		€

**DÉCLARATIONS DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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

**Je certifie :**

- **Avoir pris connaissance** du Document d'Information sur le Produit d'assurance, de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli », de la note d'information et de la notice d'information (Réf. L5764\_A238W\_06/2022), que j'accepte ;
- **Avoir reçu les documents susvisés** et en conserver un exemplaire de chaque document.

**Je déclare :**

- **Demander à adhérer** au contrat d'assurance n° A238W pour le(s) crédit(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, **reconnaitre avoir reçu et pris connaissance** des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate de la garantie à la date de conclusion de l'adhésion ;
- **Donner mon accord** pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français ;
- **Mengager à payer les primes d'assurance** que je choisis de régler par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- **Être informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Assureur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'Assureur toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion ;**
- **Accepter** que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Assureur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Assureur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;
- **Accepter** par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout Assureur en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

## DECLARATIONS DU CANDIDAT A L'ASSURANCE (suite)

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

Les destinataires de ces données à caractère personnel, 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. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées

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 de 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.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, 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 (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »). 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 également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

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

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.

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_,

le   /   /

**Signature**

Exemplaire destiné à la Mutuelle

**IDENTIFICATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

M.  Mme  Mlle

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

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

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

Prénom \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle rémunérée

Né(e) le : / /  à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Tél. mobile\* \_\_\_\_\_

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- Agriculteurs exploitants  
 Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise  
 Cadres, Professions libérales  
 Technicien, Agent de maîtrise  
 Enseignants  
 Employés  
 Ouvriers (y compris agricoles)  
 Retraités  
 Autres (sans activité, chômeurs)

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

**FINANCEMENT**

Qualité :  Emprunteur  Co-emprunteur  Caution personne physique  Caution associé SCI

Montant du prêt	Quotité	Durée	Type	Capital assuré
€	%	mois	Amortissable	€
€	%	mois		€
€	%	mois		€
€	%	mois		€

**DÉCLARATIONS DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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

**Je certifie :**

- **Avoir pris connaissance** du Document d'Information sur le Produit d'assurance, de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli », de la note d'information et de la notice d'information (Réf. L5764\_A238W\_06/2022), que j'accepte ;

- **Avoir reçu les documents susvisés** et en conserver un exemplaire de chaque document.

**Je déclare :**

- **Demander à adhérer** au contrat d'assurance n° A238W pour le(s) crédit(s) indiqué(s) ci-dessus ;

- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, **reconnaitre avoir reçu et pris connaissance** des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate de la garantie à la date de conclusion de l'adhésion ;

- **Donner mon accord** pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français ;

- **M'engager à payer les primes d'assurance** que je choisis de régler par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;

- **Être informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Assureur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'Assureur toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion ;**

- **Accepter** que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Assureur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Assureur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégués et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;

- **Accepter** par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout Assureur en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

## DECLARATIONS DU CANDIDAT A L'ASSURANCE (suite)

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

Les destinataires de ces données à caractère personnel, 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. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées

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 de 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.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, 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 (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »). 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 également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

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

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.

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_, le   /   /

**Signature**

Exemplaire destiné à l'Organisme ayant donné sa caution

**IDENTIFICATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

M.  Mme  Mlle

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

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

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

Prénom \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle rémunérée

Né(e) le : / /  à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Tél. mobile\* \_\_\_\_\_

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
- Cadres, Professions libérales
- Technicien, Agent de maîtrise
- Enseignants
- Employés
- Ouvriers (y compris agricoles)
- Retraités
- Autres (sans activité, chômeurs)

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

**FINANCEMENT**

Qualité :  Emprunteur  Co-emprunteur  Caution personne physique  Caution associé SCI

Montant du prêt	Quotité	Durée	Type	Capital assuré
€	%	mois	Amortissable	€
€	%	mois		€
€	%	mois		€
€	%	mois		€

**DÉCLARATIONS DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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

**Je certifie :**

- **Avoir pris connaissance** du Document d'Information sur le Produit d'assurance, de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli », de la note d'information et de la notice d'information (Réf. L5764\_A238W\_06/2022), que j'accepte ;

- **Avoir reçu les documents susvisés** et en conserver un exemplaire de chaque document.

**Je déclare :**

- **Demander à adhérer** au contrat d'assurance n° A238W pour le(s) crédit(s) indiqué(s) ci-dessus ;

- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, **reconnaitre avoir reçu et pris connaissance** des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate de la garantie à la date de conclusion de l'adhésion ;

- **Donner mon accord** pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français ;

- **M'engager à payer les primes d'assurance** que je choisis de régler par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;

- **Être informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Assureur entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à l'Assureur toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion ;**

- **Accepter** que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Assureur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Assureur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel ;

- **Accepter** par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout Assureur en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

## DECLARATIONS DU CANDIDAT A L'ASSURANCE (suite)

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

Les destinataires de ces données à caractère personnel, 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. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées

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 de 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.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, 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 (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »). 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 également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

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

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.

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_, le   /   /

**Signature**

**Exemplaire destiné à l'Organisme ayant donné sa caution**



## Document d'information AERAS

à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé)

Mars 2022

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé (personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies), la Convention AERAS met 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, pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer ou d'une hépatite virale C de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur ;
- D'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit :
  - les caractéristiques des pathologies (définition précise) et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies aux personnes qui en ont souffert ;
  - des taux de surprimes maximaux applicables par les assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent 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. Non déclaration d'une ancienne pathologie cancéreuse ou d'une ancienne hépatite virale C : le « droit à l'oubli » pour tous les crédits entrant dans le champ de la Convention**

#### **1.1 Le dispositif s'applique lorsque deux conditions sont réunies :**

- les contrats d'assurance couvrent les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71<sup>ème</sup> anniversaire de l'emprunteur.

#### **1.2 Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » si vous avez été atteint d'une maladie cancéreuse ou d'une hépatite virale C sous réserve que :**

- la date de fin du *protocole thérapeutique*<sup>1</sup> remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- **et** qu'il n'a pas été constaté de *rechute*<sup>2</sup> de votre maladie.

Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle. Les conséquences de la maladie cancéreuse, de l'hépatite virale C ou celles des traitements, notamment les effets secondaires, ne sont pas couvertes par le Droit à l'oubli et doivent donc être déclarées à l'assureur.

→ **Vos droits : Si vous répondez aux conditions médicales mentionnées au 1.2, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse ou d'hépatite virale C 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 aux maladies cancéreuses ou à l'hépatite virale C, mentionnées au 1.2 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.**

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

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

## 2. Déclaration des états de santé : la grille de référence AERAS

### 2.1 Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont réunies :

- les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- il s'agit soit de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000€, sans tenir compte des crédits relais; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 320 000€ pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71<sup>ème</sup> anniversaire de l'emprunteur.

### 2.2 Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence AERAS

**Vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée suivant les modalités suivantes :**

a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard :

- o La grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, répondant à des critères précis, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser les conditions d'accès à des délais inférieurs à ceux du « droit à l'oubli » au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer ;
- o Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du protocole thérapeutique<sup>3</sup> (pathologies cancéreuses, hépatite virale C) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie.
- o Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de l'acceptation aux conditions standard.  
→ **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 celles mentionnées au 2.1.

b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard :

- o La grille de référence liste les pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser, par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité), les critères d'accès à ces conditions d'assurance et les taux de surprimes maximaux applicables ;
- o Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de la tarification standard de la prime et peut ainsi apprécier le niveau de la surprime appliquée.

→ **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 si vous remplissez les conditions mentionnées au 2.1 et les critères d'accès.

L'application de la grille de référence est évaluée par le service médical de l'assureur qui a la possibilité de demander des informations complémentaires au candidat à l'assurance afin de pouvoir vérifier les critères définis par la grille de référence.

## 3. Évolution du « droit à l'oubli » et du contenu de la grille de référence AERAS

Les dispositions prévues pour le « droit à l'oubli » comme celles figurant dans la grille de référence AERAS sont enrichies pour tenir compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles pour certaines pathologies. Les mises à jour régulières de cette grille de référence sont mises en ligne et donc consultables sur le site internet de la Convention AERAS, [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

---

<sup>3</sup> **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute (toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie), par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapie persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (1/2)

(A remplir lisiblement en majuscules au stylo-bille)

N° contrat A238W

N° collectivité

## IDENTIFICATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

M.  Mme  Mlle

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

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

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

Prénom \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle rémunérée

Né(e) le : / /  à \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Tél. mobile\* \_\_\_\_\_

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
- Cadres, Professions libérales
- Technicien, Agent de maîtrise
- Enseignants
- Employés
- Ouvriers (y compris agricoles)
- Retraités
- Autres (sans activité, chômeurs)

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

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

**\*\* : ATTENTION, si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse ou d'une hépatite virale C dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)**

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

### TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ.

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

2 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence sur une durée de plus de 7 jours \*\* ?  **\*\* Pourquoi ?** \_\_\_\_\_  
Quand ? \_\_\_\_\_

3 Avez-vous au cours de votre existence subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ou endoscopiques \*\* ?  **\*\* Pourquoi ?** \_\_\_\_\_  
Quand ? \_\_\_\_\_

4 Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Lequel ? \_\_\_\_\_  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
Depuis le (mois/année) ? \_\_\_\_\_

5 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 ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

6 Êtes-vous atteint : Nature de l'affection ? Depuis le ?  
6.1 d'une affection cardiaque et/ou vasculaire (hypertension artérielle, troubles du rythme, infarctus du myocarde, angine de poitrine, artérite, insuffisance cardiaque, etc.) ?  \_\_\_\_\_

6.2 d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) \*\* ?  **\*\*** \_\_\_\_\_

6.3 d'une affection respiratoire (asthme, bronchite chronique, emphysème, dilatation des bronches, insuffisance respiratoire, etc.) ?  \_\_\_\_\_

6.4 d'une affection neurologique ou psychiatrique (maladie de Parkinson, d'Alzheimer, épilepsie, accident vasculaire cérébral, myopathie, trouble de la mémoire, sclérose en plaques, dépression nerveuse, etc.) ?  \_\_\_\_\_

6.5 d'une ou plusieurs autres affections (digestive, rénale, urinaire, diabète, déficience immunitaire, rhumatisme, polyarthrite rhumatoïde, etc.) ?  \_\_\_\_\_

6.6 de séquelles d'accident ou de maladie ?  \_\_\_\_\_

7 Allez-vous dans les prochains mois subir un traitement médical, des examens médicaux, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou endoscopique ?  Nature de l'affection \_\_\_\_\_  
Quand ? \_\_\_\_\_

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (2/2)

(A remplir lisiblement en majuscules au stylo-bille)

N° contrat A238W

N° collectivité

## CANDIDAT À L'ASSURANCE

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

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

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

## DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

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

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

Les destinataires de ces données à caractère personnel, 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. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées

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 de 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.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, 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 (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »).

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

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégue à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

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

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(e) de la possibilité de transmettre mes données à caractère personnel de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je ne fais pas ce choix, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur, ses délégataires, ses prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel.

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

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_, le / /     Signature du Candidat à l'assurance

Je déclare avoir pris connaissance des informations visées ci-dessus et consens de manière expresse à la collecte et au traitement de mes données de santé pour les finalités ci-avant exposées d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui me seraient applicables et accepte que mes données de santé soient transmises aux destinataires visés.

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_, le / /     Signature du Candidat à l'assurance

Exemplaire destiné au Candidat à l'Assurance

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (1/2)

(A remplir lisiblement en majuscules au stylo-bille)

N° contrat A238W

N° collectivité

## IDENTIFICATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

M.  Mme  Mlle

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

Nom de naissance

Nom usuel ou marital

Prénom

Profession

Statut :  Fonctionnaire  Salarié  Non salarié  Sans activité professionnelle rémunérée

Né(e) le : / /  à  Dept.  Pays

Adresse

Code postal  Commune

Adresse e-mail  Tél. mobile\*

Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
- Cadres, Professions libérales
- Technicien, Agent de maîtrise
- Enseignants
- Employés
- Ouvriers (y compris agricoles)
- Retraités
- Autres (sans activité, chômeurs)

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

1 Indiquez : Votre taille  cm Votre poids  kg

**\*\* : ATTENTION, si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse ou d'une hépatite virale C dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)**

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

### TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ.

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

2 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence sur une durée de plus de 7 jours \*\* ?  **\*\* Pourquoi ?**   
Quand ?

3 Avez-vous au cours de votre existence subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ou endoscopiques \*\* ?  **\*\* Pourquoi ?**   
Quand ?

4 Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Lequel ?   
Pourquoi ?   
Depuis le (mois/année) ?

5 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 ?  Durée :

6 Êtes-vous atteint : Nature de l'affection ?  Depuis le ?   
6.1 d'une affection cardiaque et/ou vasculaire (hypertension artérielle, troubles du rythme, infarctus du myocarde, angine de poitrine, artérite, insuffisance cardiaque, etc.) ?

6.2 d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) \*\* ?  **\*\***

6.3 d'une affection respiratoire (asthme, bronchite chronique, emphysème, dilatation des bronches, insuffisance respiratoire, etc.) ?

6.4 d'une affection neurologique ou psychiatrique (maladie de Parkinson, d'Alzheimer, épilepsie, accident vasculaire cérébral, myopathie, trouble de la mémoire, sclérose en plaques, dépression nerveuse, etc.) ?

6.5 d'une ou plusieurs autres affections (digestive, rénale, urinaire, diabète, déficience immunitaire, rhumatisme, polyarthrite rhumatoïde, etc.) ?

6.6 de séquelles d'accident ou de maladie ?

7 Allez-vous dans les prochains mois subir un traitement médical, des examens médicaux, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou endoscopique ?  Nature de l'affection   
Quand ?

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (2/2)

(A remplir lisiblement en majuscules au stylo-bille)

N° contrat A238W

N° collectivité

## CANDIDAT À L'ASSURANCE

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

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

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

## DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

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

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

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

Les destinataires de ces données à caractère personnel, 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. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées

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 de 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.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, 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 (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »).

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

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégue à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

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

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(e) de la possibilité de transmettre mes données à caractère personnel de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je ne fais pas ce choix, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur, ses délégataires, ses prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel.

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

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_, le / /     Signature du Candidat à l'assurance

Je déclare avoir pris connaissance des informations visées ci-dessus et consens de manière expresse à la collecte et au traitement de mes données de santé pour les finalités ci-avant exposées d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui me seraient applicables et accepte que mes données de santé soient transmises aux destinataires visés.

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_, le / /     Signature du Candidat à l'assurance

Exemplaire destiné à CNP Assurances

# Assurance Emprunteur

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : CNP Assurances – Société anonyme régie par le Code des assurances et immatriculée en France – SIREN : 341 737 062

Produit : Contrat d'assurance SENIOR n°A238W

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 du décès l'emprunteur.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

L'assureur prend en charge les sommes dues au prêteur (capital restant dû ou échéances), dans la limite de la quotité choisie et hors intérêts et pénalités de retard. Ce contrat est soumis à un plafond de garantie de 500 000 euros par personne assurée, quel que soit le nombre de prêts couverts pour une même opération, par ce contrat (capital restant dû multiplié par la quotité assurée).

#### GARANTIE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ **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 prêteur.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres intervenus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les sommes dues au prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais)
- ✗ Les sinistres intervenus postérieurement à la limite d'âge prévue pour la garantie Décès



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

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Le suicide pendant la première année
- ! Les faits intentionnels causés par l'assuré
- ! Les faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorismes
- ! Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalations ou d'irradiations provenant de transmutation de noyaux d'atome
- ! Les démonstrations, raids, acrobaties, compétitions avec un engin à moteur
- ! Certains accidents de navigation aérienne
- ! Les vols sur ailes volantes, ULM, deltaplane, parachute ascensionnel et parapente

#### PRINCIPALE RESTRICTION

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



## Où suis-je couvert ?

La garantie Décès est acquise dans le monde entier.



## 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
- Informer l'assureur via le souscripteur en cas de modification de l'état de santé avant la date de conclusion

### En cours de contrat

- Régler la prime prévue au contrat
- Informer l'assureur en cas de modification du prêt

### En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre dans les délais impartis
- Fournir les pièces justificatives médicales et/ou administratives



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les primes sont mensuelles et dues par avance avec chaque échéance de prêt.  
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 de l'adhésion est fixée, sous réserve du paiement de la première prime d'assurance, à la date d'acceptation par l'assuré de ses conditions particulières et à la condition que l'assuré ne fasse pas l'objet d'un gel des avoirs à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Le contrat prend effet (date où les sinistres peuvent commencer à être pris en charge) à la date de conclusion de l'adhésion

La garantie prend fin notamment dans les cas suivants :

- au terme contractuel du prêt
- en cas de non-paiement de la prime d'assurance,
- en cas de résiliation de l'engagement de caution (pour la caution assurée),
- en cas de remboursement anticipé total du prêt,
- en cas de versement de la prestation Décès,
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme,
- en cas de renonciation à l'adhésion par l'assuré,
- en cas de résiliation/substitution de l'adhésion demandée par l'assuré,
- en cas de résiliation annuelle de l'adhésion demandée par l'assuré.

La garantie Décès cesse au 85ème anniversaire de l'assuré.

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage ou vente à distance ou vente en face à face), l'Assuré bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion au contrat en adressant au souscripteur une demande de résiliation :

- pour les crédits immobiliers : à tout moment à compter de la signature de l'offre de crédit,
- pour les crédits autres que les crédits immobiliers : à chaque échéance annuelle de l'adhésion (date anniversaire de signature de l'offre de crédit), au moins deux mois avant la date d'échéance.



## NOTE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EN COUVERTURE DE CREDITS IMMOBILIERS CONTRAT SENIOR N° A238W

### Entreprise contractante :

**CNP Assurances** - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances dont siège sociale est situé 4 Place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15

### 1° NOM COMMERCIAL DU CONTRAT

Contrat d'assurance de groupe en couverture de Crédits immobiliers SENIOR A238W.

### 2° CARACTERISTIQUES DU CONTRAT

#### 2.1 Définition contractuelle de la garantie

Le contrat d'assurance de groupe n° A238W comporte une garantie en cas de décès qui garantit le remboursement des sommes dues au titre des Crédits immobiliers amortissables en cas de décès de l'Assuré avant son 85<sup>ème</sup> anniversaire.

#### 2.2 Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue, sous réserve du paiement de la première prime d'assurance, à la date d'acceptation par l'Assuré de ses conditions particulières d'assurance.

#### 2.3 Durée du contrat et de l'adhésion

**Durée du contrat d'assurance de groupe souscrit entre l'Assureur et le Souscripteur**

Le contrat d'assurance de groupe est souscrit pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année chaque 1er janvier.

#### Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt garanti mentionné dans le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion, sous réserve des cas de cessation de garantie contractuels visés à l'article 10 de la notice d'information.

#### 2.4 Modalités de versement des primes

La couverture de la garantie Décès est accordée moyennant le paiement par l'Assuré à l'Assureur, d'une prime d'assurance. La prime annuelle est exprimée en pourcentage du capital initial du prêt garanti. Le taux de prime figure sur les conditions particulières d'assurance adressées au candidat à l'assurance par l'Assureur. **Le paiement de la prime est dû à partir de la date de signature de l'acceptation des conditions particulières d'assurance par l'emprunteur, date de conclusion de l'adhésion.**

Le paiement de la prime peut être notamment effectué directement par prélèvement sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré, auprès d'un établissement de crédit domicilié dans un pays de l'Union européenne. Dans ce cas, l'Assureur procède à ces prélèvements selon une périodicité proposée par lui.

Le montant de la prime est calculé individuellement pour chaque candidat à l'assurance en fonction des caractéristiques de son prêt, de son état de santé et de son âge. La prime reste inchangée pendant toute la durée du prêt.

**L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. En cas de non-paiement des primes, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de cet envoi par l'Assureur, conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances.**

#### 2.5 Délais et modalités de renonciation du contrat

L'Assuré ayant adhéré au contrat n° A238W peut renoncer à son adhésion au contrat dans les trente jours calendaires révolus à compter de la date de réception du certificat d'adhésion dans lequel il est informé de la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 8 de la notice d'information.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception à l'adresse de l'Assureur, par l'intermédiaire du souscripteur, selon le modèle suivant : « *Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) .....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance n° A238W que j'ai signé le ..... à .....(lieu d'adhésion). Le .....(date et signature) »* .

La renonciation est effective à la date de réception par l'Assureur de la demande de renonciation.

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. En cas d'accord exprès de l'Assuré pour la prise d'effet immédiate de la garantie, le contrat prend fin à la date de réception de la demande de renonciation.

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la prime éventuellement versée, dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception.

#### 2.6 Formalités à remplir en cas de sinistre

En cas de Décès, il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir dans les jours qui suivent la survenance du Décès à l'Assureur à l'adresse suivante CNP Assurances - SP 26 - 75716 PARIS CEDEX 15 :

- une copie de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- une copie des conditions particulières d'assurances acceptées par l'Assuré,
- un extrait d'acte de décès original,
- une attestation de décès (imprimé fourni par l'Assureur) indiquant en particulier si le décès est dû ou non à une cause naturelle et s'il est dû ou non à un risque exclu figurant à l'article 14 de la notice d'information.
- Ces documents devront être libellés en français ou le cas échéant traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'établissement des documents.
- une copie du tableau d'amortissement du (des) prêt(s) en cours à la date du sinistre ou une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

#### 2.7 Informations sur les primes relatives aux garanties principales et complémentaires

En cas de réaménagement ou de remboursement partiel d'un crédit, le montant du capital servant de base au calcul de la prime est égal au montant résultant de la différence entre le montant du capital emprunté et le montant partiel remboursé par anticipation, la quotité assurée restant inchangée.

Le remboursement anticipé total du crédit, volontaire ou forcé, met immédiatement fin à la garantie pour toutes les personnes assurées au titre du prêt concerné, et ne donne lieu à aucun remboursement de prime

#### 2.8 Loi applicable et indications générales relatives au régime fiscal

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Souscripteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

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

### 3° RENSEIGNEMENT – RECLAMATION – MEDIATION

- **Pour toute réclamation relative à la décision d'adhésion de l'Assuré**, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à : CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs – Service souscription – TSA 57161 – 4 place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.

- **Pour tout renseignement relatif à un sinistre**, les ayants droit de l'Assuré peuvent s'adresser à : CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs - SP 26 - TSA 67162 - 75716 PARIS CEDEX 15.

- **Pour toute réclamation relative à un sinistre**, les ayants-droits de l'Assuré peuvent s'adresser à CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs – Unité réclamations – TSA 81566 – 75716 PARIS CEDEX 15.

**En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur relative à un sinistre, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, les ayants droit de l'Assuré peut (vent) à la Médiation de l'Assurance: Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09 ou directement sur le site internet [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).**

### 4°CONSULTATION DU RAPPORT SUR LA SOLVABILITÉ ET LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSUREUR

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) du groupe CNP Assurances est consultable sur son site internet : <http://www.cnp.fr/Analyste-investisseur>.



# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE EN COUVERTURE DE CREDITS IMMOBILIERS SENIOR N° A238W

## 1. Objet de l'assurance

Le présent contrat d'assurance de groupe n° A238W est souscrit par les Mutuelles ou Organismes ci-après dénommés « le Souscripteur » auprès de CNP Assurances ci-après dénommée « l'Assureur ». Le présent contrat relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R. 321-1 du code des assurances.

Il a pour objet de garantir, dans les conditions fixées ci-après, les Assurés désignés à l'article 4, contre la survenance du risque de Décès, le paiement des sommes dues au titre des crédits immobiliers cautionnés ou non sous réserve des limites prévues par la présente notice d'information ou des crédits visés à l'article L. 311-1 du code de la consommation tels que définis à l'article 3 de la présente notice d'information.

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

**Assuré** : tout Emprunteur pour lequel au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.

**Assureur** : CNP Assurances

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

**Emprunteur** : est ainsi dénommée toute personne ayant demandé ou obtenu un crédit auprès d'un établissement de crédit, il s'agit des emprunteurs, des coemprunteurs et de leurs cautions personnes physiques et des associés de SCI.

## 2. Informations précontractuelles spécifiques de la vente à distance

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

1. Le contrat d'assurance de groupe en couverture de crédits immobiliers SENIOR n° A238W est souscrit auprès de CNP Assurances Société Anonyme - RCS Paris 341 737 062 - Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15. Le distributeur du contrat d'assurance est le Souscripteur dont les coordonnées et le numéro SIREN sont indiqués dans l'attestation d'assurance remise par celui-ci.

CNP Assurances est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75009 PARIS.

2. Le taux de prime est mentionné dans les conditions particulières d'assurance selon les modalités décrites à l'article 15 - Paiement des primes par l'assuré de la notice d'information.

3. La durée de l'adhésion est fixée à l'article 8 - Date de conclusion de l'adhésion - Durée de l'adhésion - Faculté de renonciation de la notice d'information. La garantie du contrat est mentionnée à l'article 13 - Prestations garanties en cas de décès de la notice d'information. Les exclusions au contrat n° A238W sont mentionnées à l'article 14 - Risques exclus de la notice d'information.

4. L'offre contractuelle d'assurance définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date indiquée dans les conditions particulières d'assurance.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet de la garantie sont définies à l'article 8 - Date de conclusion de l'adhésion - Durée de l'adhésion - Faculté de résiliation et à

l'article 9 - Date de prise d'effet de la garantie de la notice d'information.

L'adhésion au contrat n° A238W s'effectue selon les modalités décrites à l'article 7 - Modalités d'adhésion de la notice d'information. Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 16 - Paiement des primes par l'Assuré de la notice d'information.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée - coûts des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires, des connexions Internet, des frais d'impression et d'envois postaux par l'Emprunteur sont à la charge de ce dernier et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

5. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 11 - Droit de renonciation de la notice d'information. En contrepartie de la prise d'effet immédiate de la garantie Décès à la date de conclusion de l'adhésion, l'emprunteur doit acquitter un versement correspondant à la première prime d'assurance.

6. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

7. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 21 - Réclamation - Médiation de la notice d'information.

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

8. Le Document d'Information sur le Produit d'assurance qui a été remis à l'Assuré au même titre que la notice d'information et prévu par l'article L.112-2 pour les assurances portant sur le risque non-vie.

## 3. Crédits assurables

Le présent contrat couvre les crédits :

- immobiliers amortissables,
- à la consommation finançant des travaux d'un montant inférieur ou égal à 75 000 euros.

**L'encours maximum, c'est-à-dire la somme des capitaux restant dus multipliée par les quotités assurées, susceptible d'être garanti pour un même Assuré en tant qu'emprunteur, co-emprunteur, caution ou caution associée de SCI au titre de l'ensemble des contrats en couverture de crédits souscrits par le Souscripteur auprès de l'Assureur, est fixé à 500 000 €.**

## 4. Personnes assurables

Peuvent être assurées, les personnes physiques âgées d'au moins 65 ans et n'ayant pas atteint leur 80ème anniversaire à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et ayant la qualité suivante:

- Emprunteur ou coemprunteur, titulaire du crédit immobilier ou du crédit à la consommation ou caution personne physique du titulaire du crédit, client du Souscripteur et/ou membre d'une mutuelle sociétaire du Souscripteur,

ou

- Coemprunteur ou caution personne physique du titulaire du crédit même si ces deux personnes n'ont pas la qualité de client du Souscripteur et/ou membre d'une mutuelle sociétaire du Souscripteur,

ou

- Emprunteurs, coemprunteurs, cautions personnes physiques tels que définis ci-dessus et ayant la qualité d'associé d'une SCI. La SCI doit être constituée exclusivement entre parents et alliés jusqu'au 4ème degré et/ou entre concubins et/ou personnes liées par un PACS. Les cautions associés de SCI bénéficient des dispositions applicables aux co-emprunteurs.

### **Cas particuliers des seuls coemprunteurs et caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur :**

Les coemprunteurs ou caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, s'ils n'ont pas la qualité de membre du Souscripteur, devront présenter une demande d'adhésion conjointe avec l'Emprunteur, membre du Souscripteur. Leur adhésion est conditionnée à l'adhésion effective de cet Emprunteur au contrat n°A238W, au contrat n°7371M, au contrat n°7372N ou au contrat 2ème niveau AERAS souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur (se reporter aux dispositions prévues à l'article 8.1.2).

## **5. Quotité**

L'assurance repose sur la tête de l'Emprunteur, des coemprunteurs et/ou de(s) caution(s) personnes physiques et/ou des cautions associé d'une SCI.

Il ne peut y avoir plus de deux Assurés au titre d'un même prêt. Au cas où le prêt est consenti conjointement à deux personnes, l'assurance repose sur leurs têtes dans la proportion indiquée par les intéressés et sans que la garantie puisse, pour chaque Assuré, être supérieure à 100 % du montant du prêt. Chaque Emprunteur peut être Assuré selon une quotité de 10 % à 100%.

En cas de sinistre survenu à un seul Assuré, la prestation est calculée en fonction de la quotité de garantie choisie par ce dernier.

En cas de sinistre simultané survenu aux deux Assurés, la prestation due est calculée en fonction de la somme des quotités choisies, sans pouvoir dépasser 100 % des sommes dues au titre de l'opération de crédit couverte.

## **6. Territorialité de la garantie**

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

## **7. Modalités d'adhésion**

### **7.1 Formalités d'adhésion**

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent au plus tard au moment de la demande de crédit.

Elles comportent un bulletin individuel de demande d'adhésion et un questionnaire de santé à compléter intégralement et à dater et signer par le Candidat à l'assurance.

Le Candidat à l'assurance a la possibilité d'adresser le questionnaire de santé sous enveloppe fermée portant la mention «Confidentiel», à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances. Cette procédure s'applique également pour l'envoi de tout document médical à l'initiative du Candidat à l'assurance.

Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété, à la demande de l'Assureur, d'examen médicaux de laboratoire et le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur et à ses frais.

**Le questionnaire de santé dûment complété et signé par le Candidat à l'assurance est valable trois mois à compter de la date de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, le Candidat à l'assurance doit remplir un nouveau questionnaire.**

La durée de validité des examens médicaux est fixée à six mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Si une évolution de l'état de santé du Candidat à l'assurance survient avant la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 8.1 et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, le Candidat à l'assurance est tenu d'en informer l'Assureur.

**En cas de rachat ou de réaménagement d'un crédit initialement garanti au titre de ce contrat, l'Assuré doit renouveler les formalités d'adhésion telles que décrites au présent article.**

Toutefois, les cas de réaménagement suivant ne donnent pas lieu à renouvellement des formalités d'adhésion :

- diminution du capital assurable, de la durée, de la quotité,
- changement du numéro de crédit,
- la modification du nombre de crédits à montant total assuré égal.

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

### **7.2 Décision de l'Assureur**

L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

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

- **accepter l'adhésion** à l'assurance. La décision de l'Assureur est formalisée par l'émission d'une proposition d'assurance intitulée « Conditions particulières d'assurance » valable pour une période limitée à **quatre mois**; sa date d'expiration figure sur cette proposition.

**A défaut d'acceptation de cette proposition par le candidat à l'assurance au terme de ce délai, le renouvellement des formalités d'adhésion est nécessaire.**

L'adhésion à l'assurance est, en tout état de cause, prononcée pour un crédit immobilier déterminé aux conditions initiales de ce crédit immobilier, telles que définies à l'article 3.

**Une autre opération d'emprunt nécessite un renouvellement des formalités d'adhésion, telles que prévues à l'article 7.1.**

- **ajourner sa décision.** Dans ce cas, le Candidat à l'assurance n'est pas assuré, mais il peut, à la fin du délai d'ajournement, présenter une nouvelle demande d'adhésion. Il s'adresse pour cela au Souscripteur.

- **refuser l'adhésion dans l'assurance au titre du présent contrat.**

En cas de refus ou d'ajournement, l'Assureur envoie un courrier de notification de la décision d'assurance sur lequel est indiquée la possibilité pour le Candidat à l'assurance de prendre contact par courrier avec le médecin de l'Assureur, soit directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine de la décision.

**Cas particuliers des seuls co-emprunteurs et caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur :**

Dans tous les cas, l'acceptation de la demande d'adhésion du coemprunteur ou de la caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur, est conditionnée à l'acceptation de la demande d'adhésion de l'Emprunteur, membre du Souscripteur au contrat n°A238W, au contrat n°7371M, au contrat n°7372N ou au contrat 2ème niveau AERAS souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur.

### 7.3 Décision du Candidat à l'assurance

Le Candidat à l'assurance peut :

- **accepter la proposition de l'Assureur** : son accord est formalisé par la signature des Conditions Particulières d'assurance qui lui ont été envoyées.

**Dans ce cas**, le Candidat à l'assurance retourne à l'Assureur :

- l'exemplaire signé qui lui est destiné,
- l'autorisation de prélèvement automatique,
- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- le tableau d'amortissement ou l'attestation établie par l'organisme prêteur ou, à défaut de ces derniers, une copie de l'(des) offre(s) de prêt(s) acceptée(s), datée(s) et signée(s).

**Parallèlement**, le Candidat à l'assurance envoie :

- au Souscripteur, l'exemplaire qui lui est destiné,
- à la Banque Partenaire, l'exemplaire qui lui est destiné.

**Le Candidat à l'assurance conserve l'exemplaire qui lui est destiné.**

- **refuser ou ne pas donner suite à la proposition de l'Assureur** avant la date d'expiration figurant sur les Conditions Particulières d'assurance. Dans ce cas la demande d'adhésion est classée sans suite et il n'est pas assuré.

## 8. **Date de conclusion de l'adhésion - Durée de l'adhésion – Faculté de résiliation**

### 8.1 Date de conclusion de l'adhésion

#### 8.1.1 Dispositions générales

L'adhésion est conclue, sous réserve du paiement de la première prime d'assurance, à la date d'acceptation par l'Assuré de ses Conditions particulières d'assurances.

**Dans tous les cas, l'adhésion est conclue à la condition que l'Assuré ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du bulletin individuel de demande d'adhésion**

#### 8.1.2 Cas particuliers des co-emprunteurs et caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 8.1.1, l'adhésion du co-emprunteur ou de la caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur, est conclue au plus tôt à la date de conclusion de l'adhésion de l'Emprunteur, membre du Souscripteur au contrat n°A238W, au contrat n°7371M, au contrat n° 7372N ou au contrat 2ème niveau AERAS souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur.

### 8.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du crédit garanti mentionné sur le Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés à l'article 9.

### 8.3 Faculté de résiliation

#### a) Faculté de résiliation

**Pour les crédits immobiliers mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à**

**l'article L.113-12-2 du code des assurances et aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation**, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation et de substitution de son adhésion au présent contrat d'assurance à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré notifie au Souscripteur sa demande de résiliation selon les modalités prévues au b) ci-dessous.

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

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

- Soit 10 jours après réception de la décision du Prêteur par l'Assureur,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

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

**Pour les opérations de crédits autres que celles mentionnées au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12 du code des assurances**, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation de son adhésion au présent contrat d'assurance à chaque échéance annuelle de son adhésion audit contrat. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation au Prêteur, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues au b) ci-dessous.

L'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

#### b) Notification de la demande de résiliation

L'Assuré notifie au Prêteur sa demande de résiliation :

- soit par lettre ou tout support durable (constitue un support durable, au sens de l'article L.111-9 du code des assurances, tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. Par exemple, une lettre signée de manière manuscrite puis scannée et transmise via la messagerie sécurisée internet, s'il en dispose d'une),

- Soit par déclaration faite au Souscripteur,

- Soit par acte extrajudiciaire,

Le destinataire confirme par écrit la réception de la demande de résiliation.

#### c) A qui adresser la demande de résiliation ?

L'Assuré doit notifier sa demande de résiliation au Souscripteur.

## 9. **DATE DE PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE**

La prise d'effet de la garantie Décès intervient à la date de conclusion de l'adhésion. Si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, l'emprunteur donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate de la garantie à la date de conclusion de l'adhésion.

## 10. **CESSATION DE L'ADHESION ET DE LA GARANTIE**

**L'adhésion et la garantie cessent pour chaque Assuré :**

- **au terme contractuel du crédit,**
- **en cas de non-paiement des primes selon les modalités prévues à l'article 17,**
- **pour la caution personne physique Assurée, en cas de**

- résiliation de l'engagement de caution avec l'accord de l'organisme prêteur,**
- à la date de remboursement total anticipé (volontaire ou forcé) du crédit,
  - à la date d'exigibilité du crédit avant le terme et après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de crédit,
  - au jour de la réception par l'Assureur, de la lettre de renoncement conformément à l'article 11,
  - à la date de versement de la prestation en cas de Décès,
  - à la date de réception par l'Assureur de la lettre de résiliation en cas de résiliation/substitution dans les conditions fixées à l'article 8.3,
  - à la date de réception par l'Assureur de la lettre de résiliation en cas de résiliation annuelle dans les conditions fixées à l'article 8.3.

En tout état de cause, la garantie Décès cesse à la date du 85<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.

## 11. DROIT A RENONCIATION

La signature des conditions particulières d'assurance ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré s'il a adhéré dans le cas d'une vente par démarchage ou d'une vente à distance. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci- après :

### 11.1 Délai pour exercer de droit de renoncer

L'Assuré ayant adhéré au contrat d'assurance SENIOR n° A238W peut renoncer à son adhésion au contrat dans les trente jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 8.1.

### 11.2 Modalités de la renonciation

La renonciation doit être faite par lettre recommandée ou envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception, envoyée à l'Assureur par l'intermédiaire du Souscripteur, selon le modèle suivant : "Je soussigné(e), M. Mme. Melle ... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat SENIOR n° A238W » que j'ai signé le ... à ... (Lieu d'adhésion). Le ... (Date et signature)."

### 11.3 Effets de la renonciation

La renonciation est effective à la date de réception par l'Assureur de la demande de renonciation. La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. En cas d'accord exprès de l'adhérent pour la prise d'effet immédiate de la garantie, le contrat prend fin à la date de réception de la demande de renonciation.

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la prime éventuellement versée, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou envoi électronique recommandé avec demande d'avis de réception.

**Cas particuliers des seuls co-emprunteurs et caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur :**

Dans tous les cas, la renonciation de l'emprunteur, membre du Souscripteur au contrat n°A238W, au contrat n°7371M, au contrat n° 7372N ou au contrat 2ème niveau AERAS souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur entraîne automatiquement la résiliation de l'adhésion du co-emprunteur ou de la caution personne physique, y compris les cautions associés de SCI, n'ayant pas la qualité de membre du Souscripteur, à la même date et avec les mêmes effets.

## 12. BENEFICIAIRES DE L'ASSURANCE ET REGLEMENT DES PRESTATIONS

L'organisme prêteur ou l'organisme qui a accordé sa caution, est le bénéficiaire exclusif des prestations dues par l'Assureur.

Les prestations sont réglées jusqu'à concurrence des sommes restant dues selon le tableau d'amortissement ou de l'attestation de l'organisme prêteur à l'exclusion de toutes échéances arriérées).

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

Les prestations sont garanties à hauteur de la quotité assurée.

## 13. PRESTATIONS GARANTIES EN CAS DE DECES

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 14 de la présente notice, en cas de décès d'un Assuré survenant en cours d'assurance et avant la date de son 85<sup>ème</sup> anniversaire, l'Assureur garantit le paiement des sommes dues par l'Assuré au jour du sinistre, d'après le tableau d'amortissement du prêt ou de l'attestation de l'organisme prêteur (à l'exclusion de toutes échéances arriérées).

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

Les cautions associés de SCI bénéficient des dispositions applicables aux coemprunteurs.

## 14. RISQUES EXCLUS

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

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

## 15. FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Toute demande de prise en charge doit être adressée à : CNP Assurances - SP 26 - TSA 67162 - 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

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

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

Pour pouvoir prétendre à une prise en charge au titre de la garantie Décès, l'Assuré caution personne physique de l'Emprunteur doit avoir fait l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire depuis trois (3) mois à la date de survenance du sinistre par l'Assureur et avoir rempli ses obligations de caution pendant la même durée. Par conséquent, outre les pièces définies ci-dessous, une copie justifiant la mise en œuvre de la procédure de recouvrement engagée à son encontre, depuis trois (3) mois au moins à la date de survenance du sinistre, doit être transmise.

Il revient aux ayants droit de l'Assuré de fournir, dans les jours qui suivent la survenance du décès, à CNP Assurances :

- une copie de la pièce officielle d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- un acte ou un bulletin de décès original,
- une attestation de décès (imprimé fourni par l'Assureur) indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle et s'il est dû ou non aux risques exclus définis à l'article 14,
- une copie des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré,
- une copie de(s) tableau(x) d'amortissement du (des) prêt(s) ou une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.

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

## 16. PAIEMENT DES PRIMES PAR L'ASSURÉ

La garantie Décès est consentie moyennant le paiement par l'Assuré d'une prime annuelle exprimée en pourcentage du capital initial du prêt garanti. Le taux de prime est indiqué par l'Assureur sur les conditions particulières d'assurance adressées à l'Assuré.

Le montant de la prime est calculé individuellement pour chaque candidat à l'assurance en fonction des caractéristiques de son prêt, de son état de santé et de son âge.

Les taux annuels de prime s'appliquent pendant toute la durée de l'adhésion.

Le paiement de la prime est dû à partir de la date de signature de l'acceptation des conditions particulières d'assurance par l'emprunteur, date de conclusion de l'adhésion.

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

Dans ce cas, l'Assureur procède à ces prélèvements selon une périodicité proposée par lui.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur en cas de réaménagement, de remboursement total ou partiel du prêt.

En cas de réaménagement ou de remboursement partiel d'un prêt, le montant du capital servant de base au calcul de la prime est égal au montant résultant de la différence entre le montant du capital emprunté et le montant partiel remboursé par anticipation, la quotité assurée restant inchangée.

Dans ce cas, la décision d'assurance émise par l'Assureur lors de la demande initiale d'adhésion au contrat pour couvrir le prêt concerné par ce remboursement anticipé partiel est maintenue.

Le remboursement anticipé total du prêt, volontaire ou forcé, met immédiatement fin à la garantie pour toutes les personnes assurées au titre du prêt concerné, et ne donne lieu à aucun remboursement de cotisation.

## 17. NON-PAIEMENT DE LA PRIME PAR L'ASSURÉ

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes jusqu'à la date de cessation de la garantie Décès. S'il ne règle

pas ses primes, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du code des assurances ; cette lettre recommandée est envoyée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

L'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, conformément à l'article L141-3 du code des assurances.

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

## 18. NOTICE D'INFORMATION

Le Souscripteur est tenu de remettre au candidat à l'assurance, l'exemplaire du bulletin individuel de demande d'adhésion accompagnée du Document d'information sur le produit d'assurance et de la notice d'information dont la rédaction incombe à l'Assureur.

La notice d'information définit les modalités d'entrée en vigueur, le champ d'application de la garantie Décès ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La preuve de la remise de la notice d'information et du Document d'information sur le produit d'assurance au Candidat à l'assurance incombe au Souscripteur.

## 19. PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,

- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là, Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

## 20. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement des données à caractère personnel de l'Assuré est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la

gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données à caractère personnel, 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. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, CNP Assurances est amenée à collecter des données de santé concernant l'Assuré au moyen d'un questionnaire de santé. Ses données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui lui sont applicables ou de 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. Ces données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, 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 (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le « RGPD »).

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, il dispose du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, il dispose du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. Il 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 peut exercer ces différents droits (i) en se rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le RGPD, ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Il dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès. 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 Fontenay 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

## 21. RECLAMATION – MEDIATION

Les réclamations au titre du présent contrat doivent être

formulées auprès de l'Assureur.

Pour toute réclamation relative à la décision d'adhésion de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser pendant la durée de validité de la décision, à CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs – Service souscription – Réexamens - TSA 57161 – 4 place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.

Pour tout renseignement relatif à un sinistre, les ayants-droit de l'Assuré peut (peuvent) s'adresser à CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs – Unité sinistres – SP 26 – TSA 67162 - 75716 PARIS CEDEX 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, les ayants-droits de l'Assuré peut (peuvent) s'adresser à CNP Assurances – Département relations clients emprunteurs – Unité réclamations – TSA 81566 - 75716 PARIS CEDEX 15.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, les ayants droit de l'Assuré pourront s'adresser à la Médiation de l'Assurance :

Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09, ou directement sur le site internet [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org). L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

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

## 22. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Souscripteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

## 23. COUT INHERENT AU MODE DE COMMERCIALISATION

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée - coûts des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires, des connexions Internet, des frais d'impression et d'envois postaux par l'Emprunteur sont à la charge de ce dernier et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

## 24. FONDS DE GARANTIE

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

## 25. AUTORITE DE CONTROLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 est chargé du contrôle de CNP Assurances.

## 26. OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, l'Assuré a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)).