



NOTICE D'INFORMATION SUR L'ASSURANCE FACULTATIVE (Réf. 0596Y 01/10)

Contrat d'assurance de groupe n° 0596Y RACHAT DE CREDIT souscrit par COFIDIS auprès de CNP Assurances et CNP I.A.M. pour le compte de ses emprunteurs



Assureur - CNP ASSURANCES – Société Anonyme de droit français, au capital de 594 151 292 € entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris – entreprise d'assurance vie ; et CNP IAM – Société Anonyme de droit français au capital de 30 500 000 € entièrement libéré – 383 024 189 RCS Paris –, entreprise d'assurance non-vie. Siège social : 4 place Raoul Dautry – 75716 Paris CEDEX 15, France. Entreprises régies par le Code des assurances françaises. Entreprises soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM), 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Souscripteur - COFIDIS – Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance de droit français au capital de 50 000 000€ – Siège social : Parc de la Haute Borne – 61 AVENUE HALLEY - 59866 VILLE-NEUVE D'ASCQ CEDEX. France – SIREN 325 307 106 RCS LILLE. Société de courtage en assurances - Garantie Financière et Assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances. Enregistrée auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (www.orias.fr) sous le numéro 07023493. Entreprise régie par le Code des assurances français. Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM), 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Le contrat d'assurance de groupe est souscrit pour une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES

1-QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Ce contrat est destiné à garantir l'emprunteur et/ou le co-emprunteur de crédits amortissables, d'un montant maximum de 80 000€ et d'une durée maximum de 144 mois, consentis par COFIDIS. Les risques susceptibles d'être couverts sont les suivants : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale (ITT) « Toutes causes » et « Accidentels » et, en option, la Perte d'Emploi (PE). Les garanties sont détaillées à l'article 9.

Les prestations ne peuvent en aucun cas excéder le montant de la dette au jour du sinistre (risque Décès ou PTIA) ou de la date d'arrêt de travail (risque ITT) ou de la date de l'entretien préalable de licenciement (PE).

2-COMBIEN COUTE L'ASSURANCE ?

Le taux de prime mensuel TTC, qui est exprimé en pourcentage du capital initial emprunté, est indiqué dans l'offre préalable de crédit.

Les primes sont payables mensuellement en même temps que la mensualité de crédit par prélèvement sur le compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement établi dans un Etat membre de l'Union européenne. Le paiement des primes mensuelles reste soumis aux conditions d'utilisation du crédit, telles que définies par COFIDIS.

3-QUI PEUT ADHERER ?

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur âgé(s) de moins de 70 ans au jour de l'adhésion peut(peuvent) demander son(leur) adhésion au contrat d'assurance. L'adhérent et l'Assuré sont la même personne physique. La garantie est obligatoirement de 100 % pour toutes les garanties souscrites.

4-QUELLES SONT LES CONDITIONS OU FORMALITES A REMPLIR AU JOUR DE L'ADHESION POUR BENEFICIER DES GARANTIES ?

4.1 Prêts d'un montant inférieur à 50 000€

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur doit (doivent), au jour de l'adhésion au contrat d'assurance, remplir les conditions suivantes :

➤ **Pour bénéficier de la garantie DECES « Toutes causes »** : être âgé de moins de 70 ans ;

➤ **Pour bénéficier des garanties PTIA et ITT « Toutes causes »** : être âgé de moins de 60 ans, ne pas être en arrêt de travail pour raison de santé (maladie ou accident), ne pas avoir été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs durant les 12 mois précédant la demande d'adhésion, ne pas être titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité, ne pas être ou avoir été exonéré du ticket modérateur pour raison de santé ;

➤ **Pour bénéficier de la garantie PE si elle a été choisie** : bénéficiaire des garanties PTIA et ITT, être âgé de moins de 55 ans, occuper un emploi salarié dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée, ne pas être en préavis de licenciement, de démission, de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre), ni en période d'essai.

Les conditions d'adhésion, remplies au jour de la demande d'adhésion, déterminent les différentes garanties auxquelles vous pouvez prétendre. Ces conditions seront vérifiées au moment de la déclaration de sinistre.

4.2 Prêts d'un montant compris entre 50 000€ et 80 000€

➤ Pour bénéficier des garanties Décès, PTIA, ITT

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur doit (doivent) pouvoir valider la Déclaration d'Etat de Santé incluse dans la demande d'adhésion.

- Si l'emprunteur et/ou le co-emprunteur peut (peuvent) valider la Déclaration d'Etat de Santé, il(s) est (seront) assuré(s) au titre de garanties « **Toutes causes** » ;

- Si l'emprunteur et/ou le co-emprunteur ne peut (peuvent) pas valider la Déclaration d'Etat de Santé, il(s) est (seront) assuré(s) au titre de garanties « **Accidentelles** ».

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

➤ **En outre, pour bénéficier de la garantie PE si elle a été choisie** : il(s) doit (doivent) être âgé(s) de moins de 55 ans, occuper un emploi salarié dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée, ne pas être en préavis de licenciement, de démission, de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre), ni en période d'essai.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion. Les primes payées demeurent acquises à l'Assureur qui a droit au paiement des primes échues à titre de dommages et intérêts.

Dans tous les cas, la photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité de l'Assuré doit être jointe au Bulletin d'adhésion.

5-A PARTIR DE QUAND MON ADHESION EST-ELLE CONCLUE ET MES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Votre adhésion est conclue sous réserve de l'acceptation par l'Assureur et du paiement de la première prime d'assurance à la date de réception par COFIDIS de votre demande d'adhésion.

Vos garanties prennent effet le jour de la date de conclusion de votre adhésion. Toutefois, la garantie Perte d'Emploi prend effet le 181ème jour qui suit la date de conclusion de votre adhésion au contrat.

6-QUI EST BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE ?

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

7-TERRITORIALITE DU CONTRAT

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

Les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Temporaire Totale (ITT) n'interviennent pas lorsqu'elles résultent de maladies ou d'accidents frappant un Assuré ne résidant pas sur le sol français ou un Assuré résidant sur le sol français mais séjournant temporairement hors de France.

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

- la prestation Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) sera calculée sur la base du capital restant dû au tableau d'amortissement ou à l'échéancier du contrat de prêt, arrêté au plus tôt au jour de la constatation médicale de l'état de santé de l'Assuré, par l'Assureur sur le sol français,

- la prestation Incapacité Temporaire Totale (ITT) est subordonnée à la présence de l'Assuré sur le sol français. Le point de départ du délai de franchise se situera au plus tôt au jour de la constatation médicale par l'Assureur, de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français.

8-COMMENT EXERCER MON DROIT DE RENONCIATION ?

8.1 Délai pour exercer la faculté de renonciation

* Si le contrat est vendu par démarchage :

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

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

* Si le contrat est vendu à distance :

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, le même

délaï s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque l'adhésion est conclue exclusivement au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance. Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 121-20-11 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

* Dans tous les cas :

Si le contrat est vendu en vente par démarchage ou vente à distance, CNP Assurances (ou CNP IAM) étend contractuellement ce délai à 30 jours. Quel que soit le mode de commercialisation l'adhérent bénéficie alors d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

8.2 Modalités de renonciation

Pour exercer votre droit à renonciation, vous devez adresser une lettre recommandée avec avis de réception à COFIDIS - 59866 Villeneuve d'Ascq cedex, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance N°0596Y que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion)

Le (Date et signature) »

8.3 Effets de la renonciation

CNP Assurances (ou CNP IAM) procède alors au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Les effets sur le contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception de la lettre recommandée de renonciation ;
- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation. L'adhérent reste cependant tenu au paiement intégral de la prime annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

9-QUELLES SONT MES GARANTIES ?

Pour les prêts compris entre 50 000€ et 80 000€, lorsque l'emprunteur et/ou le co-emprunteur ne peut (peuvent) pas valider la Déclaration d'Etat de Santé, il(s) est (sont) assuré(s) pour les garanties Décès, PTIA et ITT « Accidentelles ».

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

9.1 DECES

Prestation - L'Assureur rembourse le capital restant dû, tel qu'il ressort du tableau d'amortissement, arrêté à la date du décès, déduction faite des versements éventuels intervenus au titre de l'ITT.

9.2 PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Définition - Un Assuré est en état de PTIA quand les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

1. Si l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité lui procurant gain ou profit,
2. Si l'invalidité le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller),
3. La PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue avant son 60^{ème} anniversaire.

Prestation - L'Assureur rembourse le capital restant dû, tel qu'il ressort du tableau d'amortissement, arrêté à la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur, déduction faite des versements éventuels intervenus au titre de l'ITT. L'intégralité de cette somme est versée à COFIDIS après étude de votre dossier.

L'Assureur est susceptible d'effectuer un contrôle médical pour apprécier la réalisation du risque PTIA.

9.3 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

Définition - Un Assuré est en état d'ITT quand les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

1. Il se trouve, à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'impossibilité absolue d'exercer une activité professionnelle rémunérée, même à temps partiel,
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà du délai de franchise défini ci-dessous,
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 12 « Pour bénéficier d'une prise en charge au titre de l'ITT ».

Délai de franchise - Votre indemnisation débute après une période

appelée délai de franchise qui est la durée minimale de l'interruption temporaire totale de travail pour pouvoir prétendre à une prise en charge. Elle est de **90 jours consécutifs à partir du premier jour d'arrêt de travail**. Pendant cette période, les mensualités restent à votre charge.

Rechute - S'il y a une reprise d'activité inférieure à 60 jours, la prise en charge des mensualités de remboursement recommence dès l'obtention d'un mois complet de justificatifs d'arrêt pour la même maladie, sans application d'un nouveau délai de franchise.

Prestations - L'Assureur prend en charge, après expiration du délai de franchise, les mensualités de l'emprunt, sous réserve de la présentation de l'ensemble des justificatifs sollicités.

Après étude de votre dossier, la prise en charge de vos mensualités commencera dès la fin du délai de franchise **si vous déclarez votre arrêt dans les 180 jours suivant sa survenance. Sinon, celle-ci ne sera effective qu'à compter de la réception de votre déclaration.**

La prise en charge se poursuit jusqu'à ce que vous soyez reconnu apte à exercer une activité professionnelle, même partiellement, et sous réserve que les justificatifs de prolongation d'arrêt de travail soient fournis selon les modalités décrites à l'article 12.

L'Assureur est susceptible d'effectuer un contrôle médical pour apprécier la réalisation du risque ITT.

Il ne peut y avoir cumul entre les prestations ITT et PE.

Fin des prestations - L'Assureur cesse de verser les prestations :

- lorsque vous n'êtes plus en mesure de fournir les attestations de paiement des prestations de la Sécurité sociale,
- lorsque vous bénéficiez d'une pension d'invalidité de première catégorie de la Sécurité sociale,
- lorsque vous bénéficiez de prestations attestant d'une incapacité partielle, notamment mi-temps thérapeutique,
- lorsque vous bénéficiez de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),
- lorsque vous êtes reconnu apte à exercer partiellement une activité professionnelle,
- au jour de survenance d'un des cas de cessation de garanties.

9.4 PERTE D'EMPLOI (PE)

Délai d'attente : La perte d'emploi consécutive au licenciement notifié au salarié au cours des 180 premiers jours qui suivent la date de conclusion de l'adhésion ne peut faire l'objet d'une prise en charge.

Définition - Un Assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de la garantie Perte d'Emploi quand les conditions suivantes sont réunies cumulativement :

1. L'Assuré est en chômage total,
2. Le chômage résulte d'un licenciement,
3. Le chômage entraîne le versement, au-delà de la période de franchise, d'allocations d'assurance chômage de base prévues aux articles L.5422-1 et suivants du Code du travail.

Une nouvelle période de perte d'emploi ne peut être indemniée, qu'après application d'un nouveau délai de franchise, et qu'à l'issue d'une reprise d'activité professionnelle rémunérée d'au moins 9 mois consécutifs sous contrat à durée indéterminée auprès d'un même employeur depuis la fin de la première période indemniée.

Prestations - L'Assureur prend en charge les mensualités de l'emprunt après une période appelée **délai de franchise** qui est la durée minimale de l'interruption de travail pour pouvoir prétendre à une indemnisation. Elle est de **90 jours consécutifs** à partir de la date de prise en charge par le Pôle Emploi. La prise en charge se poursuit, sous réserve de la présentation de l'ensemble des justificatifs demandés par l'Assureur.

Il ne peut pas y avoir cumul entre les prestations PE et ITT.

L'indemnisation par l'Assureur ne peut pas excéder une durée maximale de **15 mois**.

Fin des prestations :

- à l'expiration d'une durée maximale de 15 mois,
- en cas d'interruption du versement des allocations énumérées au paragraphe « Perte d'Emploi »,
- au jour où vous ne bénéficiez plus des allocations d'assurance chômage servies par le Pôle Emploi ou de prestations équivalentes versées au personnes relevant de l'article L.5424-1 du Code du travail,
- au jour de la reprise partielle ou totale d'une activité professionnelle,
- au jour de survenance d'un des cas de cessation de garanties.

10-QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS PAR GARANTIE ?

• **Le suicide de l'Assuré, dans la première année d'assurance, quelle qu'en soit la cause. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas aux prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré,**

Les risques exclus communs au Décès, à la PTIA et à l'ITT :

• Les affections suivantes antérieurement survenues à la date d'effet des garanties et connues de l'Assuré au moment de l'adhésion :

- hypertension artérielle et veineuse,
 - diabète,
 - asthme,
 - tumeurs malignes,
- le sinistre qui survient alors que l'Assuré :
- présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L234-1 du code de la route et relevant des délits (soit 0,8 g/litre au 01/01/2004),
 - a fait usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences des faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- les conséquences 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 valides,
- les conséquences de l'utilisation de véhicules à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalation ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux de l'atome.

Les risques exclus spécifiques à l'ITT et à la PTIA :

- les affections psychiatriques, psychiques ou neuropsychiques dont les états dépressifs quelle que soit leur nature,
- les exclusions visées à l'article L113-1 du Code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires),
- les atteintes discales ou vertébrales : lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale,

L'ITT et la PTIA ne sont pas couvertes lorsqu'elles résultent d'une maladie ou d'un accident affectant un Assuré hors de France (toutefois, les Assurés dont le rapatriement serait impossible pourront prétendre à une prise en charge au titre de l'ITT si le pays d'hospitalisation est membre de l'Union Européenne et si l'Assuré est pris en charge par la Sécurité sociale française). Le sinistre sera considéré être intervenu au plus tôt au jour de la constatation médicale par l'Assureur de l'état de santé de l'Assuré sur le sol français, de ce fait, pour l'ITT cette date sera le point de départ du délai de franchise.

Les risques exclus spécifiques à la Perte d'Emploi :

- la démission de l'Assuré ou le départ négocié même indemnisé par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé,
- la perte d'emploi consécutive au licenciement de l'Assuré intervenu à l'initiative de son conjoint, son partenaire dans le cadre d'un PACS, d'un ascendant, d'un descendant, d'un collatéral ou d'un co-emprunteur ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par son conjoint, son partenaire dans le cadre d'un PACS, un ascendant, un descendant, un collatéral ou le co-emprunteur,
- la perte d'emploi consécutive à une fin de contrat de travail à durée déterminée,
- la perte d'emploi à l'issue ou en cours de période d'essai ou de stage, quel qu'en soit le régime juridique,
- la perte d'emploi lorsque l'Assuré est dispensé de recherche d'emploi,
- la perte d'emploi non indemnisée ou indemnisée partiellement par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé,
- la perte d'emploi indemnisé au titre d'un régime de solidarité,
- le chômage partiel, saisonnier, technique, suite à intempéries sans rupture du contrat de travail.

11-DUREE DE MON ADHESION ? QUAND CESSENT MES GARANTIES ET MON ADHESION ?

Votre adhésion prend effet à la date de conclusion de l'adhésion et se poursuit jusqu'au 31 décembre de la même année, date à laquelle elle

se reconduit tacitement d'année en année.

L'adhésion ainsi que l'ensemble des garanties prennent fin à votre égard :

- A la date de l'échéance finale du crédit ;
- Au jour de réception par COFIDIS de la lettre de renonciation au contrat d'assurance par COFIDIS selon les modalités indiquées dans l'article 8 ;
- A l'échéance qui suit la cessation du prélèvement d'assurance ;
- En cas de non-paiement de votre prime d'assurance après mise en œuvre des formalités prévues à l'article L141-3 du Code des assurances ;
- En cas d'exigibilité anticipée de la totalité du crédit par COFIDIS suivant les dispositions du contrat de crédit ;
- En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe soit par COFIDIS soit par CNP Assurances ou CNP IAM. Toutefois, l'Assureur garantit le versement des prestations en cours jusqu'à la fin de la période d'assurance couverte par le paiement de la prime ;
- A l'échéance mensuelle de remboursement de crédit qui suit la réception par COFIDIS de votre demande de résiliation selon les modalités prévues à l'article 13 ;
- En cas de mise en place d'un plan conventionnel « Banque de France » ou d'un plan de redressement judiciaire civil, sauf s'il y a maintien du paiement de la prime initiale (loi Neiertz) ;
- En cas de versement de la prestation prévue par le contrat au titre des garanties Décès et PTIA « Toutes causes » ou « Accidentelles ».

En outre, la garantie Perte d'Emploi prend fin :

- au jour de la liquidation de la pension de retraite ou de préretraite, quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude, ou autre)
- ou au jour où vous cessez toute activité professionnelle rémunérée ;
- au jour de votre 55ème anniversaire.

En outre, la garantie ITT « Toutes causes » ou « Accidentelle » prend fin :

- au jour de la liquidation de la pension de retraite ou de préretraite, quelle qu'en soit la cause, (invalidité, réforme, inaptitude, ou autre),
- au plus tard au jour de votre 60ème anniversaire.

En outre, la garantie PTIA « Toutes causes » ou « Accidentelle » prend fin au jour de votre 60ème anniversaire.

En outre, la garantie Décès « Toutes causes » ou « Accidentelle » prend fin au plus tard à la fin du mois de votre 75ème anniversaire.

12-COMMENT et QUAND DEMANDER UNE PRISE EN CHARGE ?

Votre demande doit se faire auprès de COFIDIS par téléphone ou par courrier dès connaissance du sinistre.

Le versement des prestations est subordonné à la production de justificatifs. Si l'une ou plusieurs des pièces limitativement énumérées ci-dessous fait défaut, l'Assureur pourra à titre supplétif demander que lui soit produite toute autre pièce strictement nécessaire pour permettre l'instruction du sinistre.

12.1 Pour demander la prise en charge au titre de la garantie Décès

Il revient à vos ayants droit de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire de COFIDIS, dans les jours qui suivent la survenance du décès :

- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat médical indiquant en particulier si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non à un risque exclu ;
- en outre, lorsque le décès résulte d'un accident, tout document précisant l'origine et les circonstances du sinistre, notamment procès-verbal de police, de gendarmerie, coupure de presse.

Lorsque ces documents sont en langue étrangère, ils devront être traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

12.2 Pour demander la prise en charge au titre de la garantie PTIA

Il revient à vous-même ou à vos ayants droit de fournir à l'Assureur, par l'intermédiaire de COFIDIS, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, toutes informations de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une attestation médicale d'incapacité-invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin et valant certificat médical ;

En cas de refus du médecin d'utiliser l'attestation médicale d'incapacité-invalidité, vous devrez fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant :

1. que vous êtes définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant procurer gain ou profit et la moindre occupation,
2. que votre état de santé vous oblige à recourir définitivement à l'assistance totale et permanente d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
3. la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature

de la maladie ou de l'accident dont résulte votre invalidité.

- si vous êtes assuré social, vous devez joindre au(x) justificatif(s) ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne. Ce document n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre ;
- en outre, lorsque l'Assuré est couvert uniquement pour la PTIA « Accidentelle » : tout document précisant l'origine et les circonstances du sinistre, notamment procès-verbal de police, de gendarmerie, coupure de presse.

12.3 Pour bénéficiaire d'une prise en charge au titre de l'ITT
Vous devez déclarer à COFIDIS chaque nouveau sinistre Incapacité Totale au plus tard **90 jours après la fin du délai de franchise. A défaut une déchéance partielle de garantie pourra vous être appliquée, conformément à l'article L 113-2 4° du Code des assurances et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.**

Vous devrez fournir :

- une attestation médicale d'incapacité-invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin et valant certificat médical.

En cas de refus du médecin d'utiliser l'attestation médicale d'incapacité-invalidité, vous devrez fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant :

1. la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'ITT,
2. le point de départ de la maladie ou de l'accident,
3. la durée probable de l'incapacité.

- si vous êtes assuré social, vous devrez joindre aux justificatifs ci-dessus : les attestations de paiement des prestations en espèces de la Sécurité sociale ou du régime équivalent couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise (indemnités journalières maladie ou accident, pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie, rente accident du travail ou maladie professionnelle) ;
- si vous n'êtes pas assuré social, joindre aux justificatifs ci-dessus : toute pièce justifiant de l'exercice de votre activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.
- en outre, lorsque l'Assuré est couvert uniquement pour l'ITT « Accidentelle » tout document précisant l'origine et les circonstances du sinistre, notamment procès-verbal de police, de gendarmerie, coupure de presse.

En cas de prolongation de l'incapacité, les pièces justificatives de l'état d'ITT doivent être transmises à l'Assureur au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné et par votre médecin pour le certificat médical, et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité-Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées. En cas d'absence de réception des justificatifs requis pendant une durée de 6 mois ou plus, les mensualités échues entre la date des derniers justificatifs et la date de réception tardive ne sont pas indemnifiables.

Les pièces décrites ci-dessus sont nécessaires à l'étude de votre dossier mais n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du risque ITT.

12.4 Pour bénéficiaire d'une prise en charge au titre de la Perte d'Emploi

Vous devez déclarer à COFIDIS chaque nouveau sinistre Perte d'Emploi, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre.

Vous devrez fournir :

- un certificat de l'employeur indiquant : la date de début du contrat de travail, la date de début du préavis de licenciement, le motif du licenciement ;
- l'avis d'admission à l'allocation d'assurance chômage servies par le Pôle Emploi ou de prestations équivalentes versées aux personnes relevant de l'article L.5424.1 du Code du travail,
- l'attestation mensuelle de paiement des prestations par l'organisme social pour l'emploi. Cette attestation doit être fournie mensuellement ;
- copie du contrat de travail en cours au jour du sinistre ;
- copie du contrat de travail en vigueur à la date de signature du bulletin d'adhésion (si l'employeur est différent de celui de la date d'adhésion) ;
- copie de la lettre de licenciement sur laquelle est indiquée la date de l'entretien préalable.

13-PUIS-JE RESILIER MON ADHESION ?

Vous pouvez résilier votre adhésion à tout moment, en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à COFIDIS. La résiliation prend effet à l'échéance qui suit la réception par COFIDIS de votre courrier.

14-EN CAS DE RECLAMATION, A QUI DOIS-JE M'ADRESSER ?

Vous pouvez vous adresser à COFIDIS – Service Assurance – 59866 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à votre réclamation, vous

pouvez vous adresser à l'unité chargée de la gestion de votre dossier à CNP Assurances– Direction des Clientèles Bancaires – Unité de réclamations – Portefeuille COFIDIS– 4 place Raoul Dautry – 75015 Paris.

En dernier recours, vous pouvez vous adresser au médiateur de CNP Assurances– 4 place Raoul Dautry – 75015 PARIS. La demande écrite et signée autorisera le Médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier et en particulier des pièces médicales confidentielles. L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux. Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Procédure de conciliation

Lorsque l'Assuré ou ses ayants-droit conteste(nt) un refus de prise en charge par l'Assureur suite à un contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, il peut faire l'objet d'une procédure de conciliation dans l'année qui suit ce contrôle. Elle ne s'applique que lorsque le médecin de l'Assuré et le médecin-conseil de CNP Assurances ne peuvent signer un procès-verbal d'accord sur cette évaluation de l'état de santé de l'Assuré.

L'Assuré ou ses ayants-droit devra(ont) préalablement lui faire parvenir, dans les 6 mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant la réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation et précisant qu'il(s) s'engage(nt) à avancer les honoraires du tiers expert qui sera en charge de cette procédure.

CNP Assurances invite son médecin-conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder, dans le cadre de la procédure de conciliation, à une nouvelle évaluation de l'état de santé de l'Assuré. Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième médecin sont à la charge de la partie perdante, étant convenu que l'Assuré ou ses proches en aura(ont) fait l'avance.

15-DISPOSITIONS DIVERSES

15-1 PRESCRIPTION BIENNALE

En vertu de l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes les actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites au terme d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui leur a donné naissance.

Conformément aux dispositions de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement et la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ou une lettre recommandée avec accusé de réception.

15-2- INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique, fichiers et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP ASSURANCES, responsable du traitement, COFIDIS ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, prestataires et aux organismes professionnels concernés. L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15 (pour les données administratives) ou du Médecin Conseil de CNP Assurances (pour les données de santé).

Par ailleurs, COFIDIS pourra adresser à l'Assuré des offres sur ses produits et services sauf opposition de sa part. Dans ce cas, l'Assuré adressera un courrier en ce sens à COFIDIS.

15-3- 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 25/06/1999- article L423-1 du Code des assurances, et un Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et autres infractions instauré par la loi n° 90-86 du 23/01/1990.

15-4- LOI APPLICABLE- LANGUE UTILISEE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'emprunteur et/ou le co-emprunteur qui demande l'assurance ou l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant toute la durée des relations précontractuelles et contractuelles.

15-5 -FRAIS LIES AU MODE DE COMMERCIALISATION

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'adhérent et/ou du co-adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de COFIDIS, de CNP Assurances et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'adhérent et/ou le co-adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

15.6- DUREE DE VALIDITE DE L'OFFRE

La durée de validité de l'offre d'assurance est identique à la durée de validité indiquée dans l'offre préalable de crédit.