

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADMISSION CONTRAT D'ASSURANCE-PRÊTS RELAIS**

Taux contractuel de **0,30 %** du capital initial garanti

Taux d'appel de **0,23 %** du capital initial garanti

**IMPORTANT : REMPLIR LE DOCUMENT A L'AIDE D'UN STYLO A BILLE EN APPUYANT FORTEMENT**

M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  Né(e) le \_\_\_\_\_ N° Mutuelle \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
 Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Concubin(e)  Veuf(ve)  Partenaire d'un Pacs  Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle  
 Nom (pour une femme nom de jeune fille) \_\_\_\_\_ **1** Agriculteurs exploitants  
 Nom d'épouse \_\_\_\_\_ **2** Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise  
 Prénoms \_\_\_\_\_ **3** Cadres, Professions libérales Enseignants  
 Adresse \_\_\_\_\_ **4** Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise  
 Complément d'adresse \_\_\_\_\_ **5** Employés  
 CP et Commune \_\_\_\_\_ **6** Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)  
 Lieu de naissance (C.P.) \_\_\_\_\_ (Com.) \_\_\_\_\_ (Dpt) \_\_\_\_\_ **7** Retraités  
**8** Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

N° de collectivité / N° de client \_\_\_\_\_ N° de contrat **7 3 7 2 N** Type de garantie  Décès PTIA  
 N° de bordereau \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ EPR : emprunteur - CPR : co-emprunteur - CTP : caution de personne physique  
 Date de signature du QS \_\_\_\_\_

Organisme Prêteur	Adresse	N° Prêt ou dossier	Montant du Prêt	Durée	Capital garanti	Quotité assurée %	Cautionné par

Je soussigné, demandeur de prêt(s) à(aux) l'organisme(s) ci-dessus désigné(s) déclare accepter d'être assuré pour ce(s) prêt(s) en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie suivant les modalités du contrat d'assurance collective auquel a souscrit la Mutuelle, qui en cas de sinistre percevra les prestations dues, à charge pour elle d'en remettre le montant à(aux) l'organisme(s) prêteur(s), m'engage à régler les primes qui me seront réclamées au taux en vigueur chaque année d'assurance (tout manquement pourra entraîner la radiation du contrat voir article 13 de la notice d'information ci-jointe), certifie que ladite mutuelle m'a remis lors de la signature du présent bulletin la notice pour m'informer des modalités de l'assurance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

**IMPORTANT !**

Si le montant cumulé de vos prêts assurés est inférieur ou égal à 80 000 €, si vous avez moins de 50 ans et si vous pouvez vous déclarer en bonne santé en lisant cette déclaration sur l'honneur, alors datez et signez en bas de cette page, sans rature ni surcharge, dans tous les autres cas remplissez le questionnaire de santé au dos du 4<sup>ème</sup> feuillet. – (Voir art. 6 de la notice d'information ci-jointe).

**JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR**

**SITUATION ACTUELLE**

En fonction de ma taille, ne pas peser plus de :

Taille en centimètres	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	plus de 180
Poids en kilogrammes	80	83	88	92	98	102	108	110

Ne pas avoir de handicap, d'infirmité ou de maladie chronique, d'affection évolutive de la vision, de myopie, ne pas bénéficier d'une pension d'invalidité, ne pas être actuellement en arrêt de travail pour raison de santé (sauf congé légal de maternité).

Ne pas bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour raison de santé.

Ne pas avoir de traitement médical en cours ou interrompu depuis moins de 6 mois.

Ne pas être soumis à une surveillance médicale régulière autre que la médecine du travail.

Pour une femme enceinte, ne pas présenter de risques particuliers.

Ne pas être séropositif VHB, VHC ou VIH.

Ne pas avoir d'infection conséquence d'une immunodéficience acquise.

**ANTÉCÉDENTS**

**N'avoir pas eu au cours des 24 derniers mois :**

- plusieurs affections successives (même sans arrêt de travail) ;
- plusieurs récurrences d'une même maladie.

**Ne pas avoir, ces cinq dernières années :**

- interrompu mon travail durant plus de 30 jours continus pour raison de santé (maladie, accident, séjour en maison de repos, sauf congé légal de maternité) ;
- subi d'opération chirurgicale.

**N'avoir JAMAIS :**

- eu de problème cardiaque, vasculaire ou pulmonaire ;
- eu d'hypertension artérielle ou de diabète ;
- été hospitalisé en service de neurologie ou de psychiatrie ;
- eu de dépression nerveuse ;
- subi de traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ;
- eu de maladie osseuse, articulaire ou rhumatismale, de lumbago, de sciatique ou de hernie discale ;
- été traité pour des affections de l'appareil digestif, rénales ou sanguines.

N'avoir fait l'objet d'aucune exclusion, d'aucune surprime ou d'aucun refus lors de souscription antérieure et au titre d'un autre contrat d'assurance-vie.

**PERSPECTIVES**

Ne pas devoir être hospitalisé pour examen ou traitement dans les mois qui viennent.

Ne pas devoir subir de tests diagnostiques (analyse ou autres examens).

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

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

**Je reconnais avoir été averti que toute déclaration inexacte qui pourrait gêner l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité du contrat ou la réduction des garanties.**

**Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle d'entrée dans l'assurance.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature de l'adhérent(e), précédée de "Lu et approuvé"

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADMISSION CONTRAT D'ASSURANCE-PRÊTS RELAIS**

Taux contractuel de **0,30 %** du capital initial garanti

Taux d'appel de **0,23 %** du capital initial garanti

**IMPORTANT : REMPLIR LE DOCUMENT A L'AIDE D'UN STYLO A BILLE EN APPUYANT FORTEMENT**

M  Mme  Mlle  Né(e) le \_\_\_\_\_ N° Mutuelle \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
 Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Concubin(e)  Veuf(ve)  Partenaire d'un Pacs  Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle  
 Nom (pour une femme nom de jeune fille) \_\_\_\_\_ **1** Agriculteurs exploitants  
 Nom d'épouse \_\_\_\_\_ **2** Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise  
 Prénoms \_\_\_\_\_ **3** Cadres, Professions libérales Enseignants  
 Adresse \_\_\_\_\_ **4** Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise  
 Complément d'adresse \_\_\_\_\_ **5** Employés  
 CP et Commune \_\_\_\_\_ **6** Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)  
 Lieu de naissance (C.P.) \_\_\_\_\_ (Com.) \_\_\_\_\_ (Dpt) \_\_\_\_\_ **7** Retraités  
**8** Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

N° de collectivité / N° de client \_\_\_\_\_ N° de contrat **7 3 7 2 N** Type de garantie  Décès PTIA  
 N° de bordereau \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ EPR : emprunteur - CPR : co-emprunteur - CTP : caution de personne physique  
 Date de signature du QS \_\_\_\_\_

Organisme Prêteur	Adresse	N° Prêt ou dossier	Montant du Prêt	Durée	Capital garanti	Quotité assurée %	Cautionné par

Je soussigné, demandeur de prêt(s) à(aux) l'organisme(s) ci-dessus désigné(s) déclare accepter d'être assuré pour ce(s) prêt(s) en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie suivant les modalités du contrat d'assurance collective auquel a souscrit la Mutuelle, qui en cas de sinistre percevra les prestations dues, à charge pour elle d'en remettre le montant à(aux) l'organisme(s) prêteur(s), m'engage à régler les primes qui me seront réclamées au taux en vigueur chaque année d'assurance (tout manquement pourra entraîner la radiation du contrat voir article 13 de la notice d'information ci-jointe), certifie que ladite mutuelle m'a remis lors de la signature du présent bulletin la notice pour m'informer des modalités de l'assurance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

**IMPORTANT !**

Si le montant cumulé de vos prêts assurés est inférieur ou égal à 80 000 €, si vous avez moins de 50 ans et si vous pouvez vous déclarer en bonne santé en lisant cette déclaration sur l'honneur, alors datez et signez en bas de cette page, sans rature ni surcharge, dans tous les autres cas remplissez le questionnaire de santé au dos du 4<sup>ème</sup> feuillet. – (Voir art. 6 de la notice d'information ci-jointe).

**JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR**

**SITUATION ACTUELLE**

En fonction de ma taille, ne pas peser plus de :

Taille en centimètres	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	plus de 180
Poids en kilogrammes	80	83	88	92	98	102	108	110

Ne pas avoir de handicap, d'infirmité ou de maladie chronique, d'affection évolutive de la vision, de myopie, ne pas bénéficier d'une pension d'invalidité, ne pas être actuellement en arrêt de travail pour raison de santé (sauf congé légal de maternité).

Ne pas bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour raison de santé.

Ne pas avoir de traitement médical en cours ou interrompu depuis moins de 6 mois.

Ne pas être soumis à une surveillance médicale régulière autre que la médecine du travail.

Pour une femme enceinte, ne pas présenter de risques particuliers.

Ne pas être séropositif VHB, VHC ou VIH.

Ne pas avoir d'infection conséquence d'une immunodéficience acquise.

**ANTÉCÉDENTS**

**N'avoir pas eu au cours des 24 derniers mois :**

- plusieurs affections successives (même sans arrêt de travail) ;
- plusieurs récurrences d'une même maladie.

**Ne pas avoir, ces cinq dernières années :**

- interrompu mon travail durant plus de 30 jours continus pour raison de santé (maladie, accident, séjour en maison de repos, sauf congé légal de maternité) ;
- subi d'opération chirurgicale.

**N'avoir JAMAIS :**

- eu de problème cardiaque, vasculaire ou pulmonaire ;
- eu d'hypertension artérielle ou de diabète ;
- été hospitalisé en service de neurologie ou de psychiatrie ;
- eu de dépression nerveuse ;
- subi de traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ;
- eu de maladie osseuse, articulaire ou rhumatismale, de lumbago, de sciatique ou de hernie discale ;
- été traité pour des affections de l'appareil digestif, rénales ou sanguines.

N'avoir fait l'objet d'aucune exclusion, d'aucune surprime ou d'aucun refus lors de souscription antérieure et au titre d'un autre contrat d'assurance-vie.

**PERSPECTIVES**

Ne pas devoir être hospitalisé pour examen ou traitement dans les mois qui viennent.

Ne pas devoir subir de tests diagnostiques (analyse ou autres examens).

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

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

**Je reconnais avoir été averti que toute déclaration inexacte qui pourrait gêner l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité du contrat ou la réduction des garanties.**

**Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle d'entrée dans l'assurance.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature de l'adhérent(e), précédée de "Lu et approuvé"

ADHÉRENT

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADMISSION CONTRAT D'ASSURANCE-PRÊTS RELAIS**

Taux contractuel de **0,30 %** du capital initial garanti

Taux d'appel de **0,23 %** du capital initial garanti

**IMPORTANT : REMPLIR LE DOCUMENT A L'AIDE D'UN STYLO A BILLE EN APPUYANT FORTEMENT**

M  Mme  Mlle  Né(e) le \_\_\_\_\_ N° Mutuelle \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
 Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Concubin(e)  Veuf(ve)  Partenaire d'un Pacs  Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle  
 Nom (pour une femme nom de jeune fille) \_\_\_\_\_ **1** Agriculteurs exploitants  
 Nom d'épouse \_\_\_\_\_ **2** Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise  
 Prénoms \_\_\_\_\_ **3** Cadres, Professions libérales Enseignants  
 Adresse \_\_\_\_\_ **4** Professions intermédiaires, Techniciens Agents de maîtrise  
 Complément d'adresse \_\_\_\_\_ **5** Employés  
 CP et Commune \_\_\_\_\_ **6** Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)  
 Lieu de naissance (C.P.) \_\_\_\_\_ (Com.) \_\_\_\_\_ (Dpt) \_\_\_\_\_ **7** Retraités  
**8** Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

N° de collectivité / N° de client \_\_\_\_\_ N° de contrat **7 3 7 2 N** Type de garantie  Décès PTIA  
 N° de bordereau \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ EPR : emprunteur - CPR : co-emprunteur - CTP : caution de personne physique  
 Date de signature du QS \_\_\_\_\_

Organisme Prêteur	Adresse	N° Prêt ou dossier	Montant du Prêt	Durée	Capital garanti	Quotité assurée %	Cautionné par

Je soussigné, demandeur de prêt(s) à(aux) l'organisme(s) ci-dessus désigné(s) déclare accepter d'être assuré pour ce(s) prêt(s) en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie suivant les modalités du contrat d'assurance collective auquel a souscrit la Mutuelle, qui en cas de sinistre percevra les prestations dues, à charge pour elle d'en remettre le montant à(aux) l'organisme(s) prêteur(s), m'engage à régler les primes qui me seront réclamées au taux en vigueur chaque année d'assurance (tout manquement pourra entraîner la radiation du contrat voir article 13 de la notice d'information ci-jointe), certifie que ladite mutuelle m'a remis lors de la signature du présent bulletin la notice pour m'informer des modalités de l'assurance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

**IMPORTANT !**

Si le montant cumulé de vos prêts assurés est inférieur ou égal à 80 000 €, si vous avez moins de 50 ans et si vous pouvez vous déclarer en bonne santé en lisant cette déclaration sur l'honneur, alors datez et signez en bas de cette page, sans rature ni surcharge, dans tous les autres cas remplissez le questionnaire de santé au dos du 4<sup>ème</sup> feuillet. – (Voir art. 6 de la notice d'information ci-jointe).

**JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR**

**SITUATION ACTUELLE**

En fonction de ma taille, ne pas peser plus de :

Taille en centimètres	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	plus de 180
Poids en kilogrammes	80	83	88	92	98	102	108	110

Ne pas avoir de handicap, d'infirmité ou de maladie chronique, d'affection évolutive de la vision, de myopie, ne pas bénéficier d'une pension d'invalidité, ne pas être actuellement en arrêt de travail pour raison de santé (sauf congé légal de maternité).

Ne pas bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour raison de santé.

Ne pas avoir de traitement médical en cours ou interrompu depuis moins de 6 mois.

Ne pas être soumis à une surveillance médicale régulière autre que la médecine du travail.

Pour une femme enceinte, ne pas présenter de risques particuliers.

Ne pas être séropositif VHB, VHC ou VIH.

Ne pas avoir d'infection conséquence d'une immunodéficience acquise.

**ANTÉCÉDENTS**

**N'avoir pas eu au cours des 24 derniers mois :**

- plusieurs affections successives (même sans arrêt de travail) ;
- plusieurs récurrences d'une même maladie.

**Ne pas avoir, ces cinq dernières années :**

- interrompu mon travail durant plus de 30 jours continus pour raison de santé (maladie, accident, séjour en maison de repos, sauf congé légal de maternité) ;
- subi d'opération chirurgicale.

**N'avoir JAMAIS :**

- eu de problème cardiaque, vasculaire ou pulmonaire ;
- eu d'hypertension artérielle ou de diabète ;
- été hospitalisé en service de neurologie ou de psychiatrie ;
- eu de dépression nerveuse ;
- subi de traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ;
- eu de maladie osseuse, articulaire ou rhumatismale, de lumbago, de sciatique ou de hernie discale ;
- été traité pour des affections de l'appareil digestif, rénales ou sanguines.

N'avoir fait l'objet d'aucune exclusion, d'aucune surprime ou d'aucun refus lors de souscription antérieure et au titre d'un autre contrat d'assurance-vie.

**PERSPECTIVES**

Ne pas devoir être hospitalisé pour examen ou traitement dans les mois qui viennent.

Ne pas devoir subir de tests diagnostiques (analyse ou autres examens).

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

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

**Je reconnais avoir été averti que toute déclaration inexacte qui pourrait gêner l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité du contrat ou la réduction des garanties.**

**Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle d'entrée dans l'assurance.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature de l'adhérent(e), précédée de "Lu et approuvé"

ADHÉRENT

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

**BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADMISSION CONTRAT D'ASSURANCE-PRÊTS RELAIS**

Taux contractuel de **0,30 %** du capital initial garanti

Taux d'appel de **0,23 %** du capital initial garanti

**IMPORTANT : REMPLIR LE DOCUMENT A L'AIDE D'UN STYLO A BILLE EN APPUYANT FORTEMENT**

M  Mme  Mlle  Né(e) le \_\_\_\_\_ N° Mutuelle \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
 Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Concubin(e)  Veuf(ve)  Partenaire d'un Pacs  Cocher la case correspondant à la catégorie professionnelle  
 Nom (pour une femme nom de jeune fille) \_\_\_\_\_ **1** Agriculteurs exploitants  
 Nom d'épouse \_\_\_\_\_ **2** Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise  
 Prénoms \_\_\_\_\_ **3** Cadres, Professions libérales  
 Adresse \_\_\_\_\_ **4** Enseignants  
 Complément d'adresse \_\_\_\_\_ **5** Professions intermédiaires, Techniciens  
 CP et Commune \_\_\_\_\_ **6** Agents de maîtrise  
 Lieu de naissance (C.P.) \_\_\_\_\_ (Com.) \_\_\_\_\_ (Dpt) \_\_\_\_\_ **7** Employés  
**8** Ouvriers (y compris Ouvriers agricoles)  
**7** Retraités  
**8** Autres sans activité professionnelle (y compris les chômeurs)

N° de collectivité / N° de client \_\_\_\_\_ N° de contrat **7 3 7 2 N** Type de garantie  Décès PTIA  
 N° de bordereau \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ EPR : emprunteur - CPR : co-emprunteur - CTP : caution de personne physique  
 Date de signature du QS \_\_\_\_\_

Organisme Prêteur	Adresse	N° Prêt ou dossier	Montant du Prêt	Durée	Capital garanti	Quotité assurée %	Cautionné par

Je soussigné, demandeur de prêt(s) à(aux) l'organisme(s) ci-dessus désigné(s) déclare accepter d'être assuré pour ce(s) prêt(s) en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie suivant les modalités du contrat d'assurance collective auquel a souscrit la Mutuelle, qui en cas de sinistre percevra les prestations dues, à charge pour elle d'en remettre le montant à(aux) l'organisme(s) prêteur(s), m'engage à régler les primes qui me seront réclamées au taux en vigueur chaque année d'assurance (tout manquement pourra entraîner la radiation du contrat voir article 13 de la notice d'information ci-jointe), certifie que ladite mutuelle m'a remis lors de la signature du présent bulletin la notice pour m'informer des modalités de l'assurance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

ADHÉRENT

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

**DÉTACHER LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ AVANT DE LE REMPLIR**

**DÉTACHER ET CONSULTER LA NOTICE D'INFORMATION  
QUI VOUS EST DESTINÉE**

**Voir questionnaire de santé au verso...**

**DÉTACHER CE FEUILLET DE LA LIASSE AVANT  
DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE**

N° contrat 7372 N

N° client

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

« 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 la CNP. Cette enveloppe doit être remise à votre interlocuteur ».

**ATTENTION : LA VALIDITÉ DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EST D'UNE DURÉE DE 3 MOIS A COMPTER DE LA DATE DE SIGNATURE.**

*L'acceptation dans l'assurance pour un prêt supérieur à 300 000 Euros est soumise à la production d'analyses biologiques et d'exams médicaux (voir notice art. 6).*

Nom  Prénom  Date de naissance

1 Indiquez : Votre taille  (cm) - Votre poids  (kg)

2 Si votre acuité visuelle avant correction est inférieure à 2 dixièmes, indiquez -la :  
(sinon, passez à la question 3) :

Œil droit  /10<sup>ème</sup> Œil gauche  /10<sup>ème</sup>

et dans ce cas indiquez votre correction en dioptries : Œil droit  dioptries Œil gauche  dioptries

**RÉPONDEZ OBLIGATOIREMENT OUI OU NON DANS CHAQUE CASE ET SI OUI, COMPLÉTEZ**

**TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

3 Etes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé ?  Pourquoi ?  Depuis le :   
(sauf congé légal de maternité)

4 Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ?  Pourquoi ?  Depuis le :   
Taux

5 Etes-vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur pour raison de santé ? (prise en charge à 100 %)  Pourquoi ?  Quand ?

6 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies dont le résultat est spécifié positif, portant en particulier sur les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH) ? (si oui, cochez la ou les cases et indiquez leur date)

<input type="checkbox"/>	Cochez la(les) case(s)	Date :
<input type="checkbox"/>	VHB	...../...../.....
<input type="checkbox"/>	VHC	...../...../.....
<input type="checkbox"/>	VIH	...../...../.....

7 Avez-vous durant les cinq dernières années, interrompu votre travail pour raison de santé sur une période d'au moins 30 jours consécutifs ?  Pourquoi ?  Quand ?  Durée :

8 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ?  Pourquoi ?  Quand ?  Durée :

9 Avez-vous subi au cours de votre existence :

- une intervention chirurgicale, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? <input type="text"/>	Quand ? <input type="text"/>
- un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? <input type="text"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/>
- un traitement pour maladie rhumatismale ou ostéo-articulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- un traitement pour lombalgie, lumbago ou sciatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- un traitement pour troubles nerveux, dépression nerveuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- d'autres traitements de plus d'un mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10 Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ?  Lesquelles ?  Depuis le

11 Etes-vous sous surveillance médicale ?  Pourquoi ?  Depuis le :   
Etes-vous en cours de traitement médical ?  Lesquels ?  Depuis le :

12 Allez-vous dans les prochains mois :

- subir des examens de laboratoire ou d'autres examens à l'exception de la médecine du travail ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? <input type="text"/>	Quand ? <input type="text"/>
- être hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Quand ? <input type="text"/>
- être traité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Quand ? <input type="text"/>
- être opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Quand ? <input type="text"/>

**Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu à toutes les questions de façon complète et sincère à toutes les questions posées. J'accepte que les données relatives à mon état de santé soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et réassureurs éventuels. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraînent la nullité du contrat (art. L 113.8 du Code des Assurances). Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de prise d'effet des garanties sous peine de nullité de l'assurance. Je déclare avoir pris connaissance des principales conditions d'assurance, dont un exemplaire m'a été remis par l'organisme prêteur.**

Fait à  le  Signature

Les données vous concernant sont destinées à l'Assureur, aux réassureurs et à l'organisme prêteur. Elles sont obligatoires pour la gestion de votre contrat d'assurance. Par ailleurs, conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés », (loi du 06/01/1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06/08/2004), l'organisme prêteur pourra vous adresser des offres sur ses produits et services, sauf opposition de votre part. Dans ce cas, vous lui adresserez un courrier en ce sens. Conformément à la même loi, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant : Soit à : CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15. Soit à : Unions Assurantielles MFPrévoyance Vie - MFPrévoyance - Correspondant Informatique et Libertés - 62, rue Jeanne d'Arc - 75640 PARIS Cedex 13.

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

**NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE N° 7372 N,  
souscrit par les Mutuelles dénommées ci-après le "Souscripteur"  
auprès des Co-assureurs suivants : CNP Assurances, CNP IAM,  
les Unions MFPrévoyance Vie et MFPrévoyance dénommés ci-après l'"Assureur"  
Conditions applicables en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**

L 5341

## **1** OBJET DE L'ASSURANCE

Le présent contrat d'Assurance de Groupe, ci-après désigné le « contrat » a pour objet de garantir, dans les conditions fixées ci-après, aux assurés désignés à l'article 4, en cas de réalisation des risques Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le paiement des sommes dues au titre de prêts immobiliers, cautionnés ou non et ce, en tenant compte, le cas échéant, des limites prévues à l'article 3.

Les parties ont convenu que le présent contrat est régi par le Code des Assurances, Code auquel est soumis l'Assureur, étant entendu qu'il sera fait application des dispositions du Code de la Mutualité si celui-ci est plus favorable à l'assuré.

La garantie est limitée à deux ans.

## **2** PRETS ASSURABLES

Peuvent être garantis par le présent contrat :

- Les prêts relais non amortissables.

Il n'y a pas possibilité de modifier la quotité du prêt en cours d'assurance sauf motifs graves.

En tout état de cause, chaque prêt éligible au contrat sera soumis à l'accord préalable de l'Assureur.

## **3** PLAFOND ASSURABLE

Le montant maximum des capitaux assurables pour l'ensemble des prêts contractés sur une tête est fixé à 600 000 €.

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

## **4** GROUPE ASSURE

Les assurées sont les personnes physiques âgées de moins de 65 ans à la date de leur demande d'adhésion :

- titulaires du prêt immobilier et membres d'un Souscripteur,

OU

- co-emprunteur ou caution personnelle du titulaire du prêt même si ces deux personnes n'ont pas la qualité de fonctionnaire,

OU

- emprunteurs, co-emprunteurs, personnes physiques qui participent par leurs apports en compte courant au financement d'une SCI et sont assurés à 100 % sur chacune des 2 têtes. La SCI doit être constituée exclusivement entre parents et alliés jusqu'au 4<sup>ème</sup> degré.

## **5** REPARTITION DES GARANTIES

**Il ne peut y avoir plus de deux assurés au titre d'un même prêt.**

Lorsque l'assurance repose sur 2 têtes, les parts de garantie de l'emprunteur, du co-emprunteur ou de la caution personnelle du titulaire du prêt sont librement fixées par ces personnes.

## **6** ADMISSION DANS L'ASSURANCE – CONTROLE MEDICAL

Les candidats à l'assurance :

- **âgés de moins de 50 ans :**

- sollicitant un prêt inférieur ou égal à 80 000 €, sont admis sur production d'une déclaration d'état de santé, qui est conservée par le Souscripteur.

Si les intéressés ne sont pas en mesure de signer cette déclaration, l'admission est subordonnée à un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé et éventuellement d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur.

- sollicitant un prêt supérieur à 80 000 €, sont admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé et éventuellement d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur.

- **âgés de plus de 50 ans :**

- sollicitant un prêt inférieur ou supérieur à 80 000 €, sont admis après avis favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'un questionnaire de santé et éventuellement d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur.

L'Assureur conserve les questionnaires de santé qui lui sont soumis.

**Formalités particulières**

**Pour les prêts supérieurs à 300 000 €, l'acceptation dans l'assurance est soumise à un questionnaire de santé, et selon l'âge, à la production d'analyses biologiques et d'examens médicaux.**

- Dispositions applicables à tous les prêts

En cas de sinistre survenant à un candidat ayant été intégré dans le contrat sans avoir été soumis aux formalités d'entrée dans l'assurance telles que décrites ci-dessus l'adhésion au contrat est annulée en ce qui concerne ledit candidat et les versements de primes déjà effectués sont remboursés.

En cas de rachat ou de réaménagement d'un prêt initialement garanti au titre de ce contrat, aucune formalité médicale n'est à accomplir par l'emprunteur.

Si le prêt racheté ou réaménagé n'était pas assuré au titre du présent contrat, l'emprunteur doit remplir le Bulletin Individuel de Demande d'Admission.

## 7

### ADMISSION DANS L'ASSURANCE – DECISION DE L'ASSUREUR

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

- accepter son entrée dans l'assurance au taux de base du contrat avec ou sans exclusions totales ou partielles de garanties sauf cause accidentelle\* ;
- accepter son entrée dans l'assurance dans le cadre d'un contrat surrisque ;
- ajourner sa décision ;
- refuser l'entrée dans l'assurance.

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

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

Conformément à l'article L 113-2 du Code des Assurances, le candidat à l'assurance doit répondre aux questions posées par l'Assureur, et notamment au questionnaire de santé.

Il doit également se soumettre à tout contrôle, examens et visites médicales qui seraient demandés par l'Assureur.

**Un questionnaire de santé soumis au service Souscription et Maîtrise des risques est valable 3 mois à compter de la date de signature. Passé ce délai, il est caduc et doit être remplacé par un questionnaire actualisé pour examen par l'Assureur.**

**La décision émise par l'Assureur est valable 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'assurance. Passé ce délai, elle devient caduque.**

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

## 8

### PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

#### 8.1 – Prise d'effet des garanties

Sous réserve de l'acceptation des emprunteurs, co-emprunteurs ou cautions dans l'assurance, dans les conditions prévues aux articles 6 et 7 ci-dessus, les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) prennent effet :

Le jour de la dernière acceptation de l'offre de prêt, que l'adhérent soit soumis ou non à visite médicale.

Pour les candidats produisant un questionnaire de santé, le présent contrat garantit gratuitement le Décès et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutifs à un accident\* corporel, si le Décès ou la PTIA survient entre la date de réception du questionnaire chez l'Assureur et la date de notification de l'accord d'assurance au Souscripteur.

#### 8.2 – Durée des garanties

Les garanties prennent fin :

- à la date du remboursement intégral du prêt,
- le jour où l'assuré fait connaître expressément sa renonciation à la réalisation de l'opération immobilière,
- le jour où l'assuré perd la qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur,
- le remboursement anticipé total du prêt, volontaire ou forcé, met immédiatement fin à l'assurance pour toutes les personnes assurées au titre du prêt garanti,
- à la date du Décès ou à la date de reconnaissance de la PTIA.

Au plus tard :

- en ce qui concerne la garantie Décès, au 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré,
- en ce qui concerne la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré,
- en tout état de cause, deux ans après la date de versement des fonds.

## 9

### FAUSSE DECLARATION

**En cas de fraude, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à atténuer l'appréciation du risque ou à tromper sur l'identité d'un assuré, l'assurance est annulée, conformément à l'article L 113.8 du Code des Assurances. Les primes versées jusqu'au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la décision de l'Assureur restent acquises à l'Assureur.**

## 10

### BENEFICIAIRES ET REGLEMENT DES PRESTATIONS

L'organisme prêteur ou, à défaut, les organismes qui ont accordé leur caution, sont les bénéficiaires exclusifs des prestations dues par l'Assureur jusqu'à concurrence des sommes restant dues selon le tableau d'amortissement ou l'attestation de l'organisme prêteur.

Les prestations sont directement versées au Souscripteur auquel l'assuré se rattache, à charge pour lui de les reverser à qui de droit.

Le Souscripteur informe, le cas échéant, l'emprunteur du versement des prestations à l'organisme prêteur ou de caution.

**Les prestations sont garanties à hauteur de la quotité assurée.**

## 11

### PRESTATIONS GARANTIES

#### 11.1 – En cas de décès

En cas de décès d'un assuré survenant en cours d'assurance et avant la fin du mois qui suit son 67<sup>ème</sup> anniversaire, l'Assureur garantit par l'intermédiaire du Souscripteur, sous réserve des exclusions prévues à l'article 12 et des dispositions visées ci-dessous, le paiement en une seule fois, des sommes dues par l'intéressé au jour du sinistre d'après le tableau d'amortissement ou l'attestation de l'organisme prêteur augmenté des intérêts éventuellement dus (à l'exclusion de toutes échéances arriérées) ; ou bien le paiement du capital initial assurable si le décès survient avant la date d'échéance du 1<sup>er</sup> remboursement.

#### 11.2 – En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenant en cours d'assurance et avant la fin du mois qui suit son 65<sup>ème</sup> anniversaire, les prestations sont servies dans les mêmes conditions que pour le Décès.

Un assuré est en état de PTIA lorsque les deux conditions suivantes sont remplies **simultanément** :

1. Cette Perte Totale et Irréversible d'Autonomie le place dans l'impossibilité de se livrer à toute occupation ou à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,
2. La PTIA dont il est atteint le met dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour exercer les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette).

**Pendant les douze premiers mois d'assurance, la PTIA n'est pas couverte sauf si elle résulte d'un accident.**

L'accident s'entend d'une façon générale de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant

directement et exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

### 11.3 – Limite des obligations de l'Assureur

Les prestations servies par l'Assureur sont limitées :

- Au plafond assurable visé à l'article 3, que l'assurance repose sur une ou deux têtes
- Lorsque l'assurance repose sur deux têtes :

Les prestations de l'Assureur sont déterminées selon la quotité de garantie ;

Lorsque 2 assurés sont garantis au titre d'un ou plusieurs prêts immobiliers, les prestations de l'Assureur ne seront en aucun cas supérieures au montant dû au titre du (des) prêt(s) garanti(s) et figurant sur le tableau d'amortissement ou l'attestation de l'organisme prêteur.

## 12 RISQUES EXCLUS

Ne sont pas garanties les conséquences :

- a) Pour la garantie décès : du suicide de l'assuré dans la première année d'assurance. Toutefois, cette exclusion ne s'applique qu'au-delà d'un plafond de 120 000 €, pour les prêts destinés à l'acquisition d'un logement principal ;**
- b) Des accidents, blessures maladies ou mutilations volontaires ;**
- c) De guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante (\*) ;**
- d) De guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrection, d'attentats et d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active (\*) ;**
- e) Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyau d'atome (\*\*) ;**
- f) De démonstrations, raids, acrobaties, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur (\*) ;**
- g) Des vols sur des appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou licence valide ;**
- h) Des vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parachute ascensionnel et parapente (\*) ;**

(\*) Les paragraphes c), d), f) et h) ne s'appliquent pas aux militaires et aux policiers dans l'exercice de leur profession.

(\*\*) Le paragraphe e) ne s'applique pas aux sapeurs pompiers non militaires dans l'exercice de leur profession.

## 13 TAUX, PAIEMENT DE LA PRIME

### 13.1 – Taux de prime

La prime est fonction d'un taux appliqué au capital initial garanti au moment de l'entrée dans l'assurance ; il est précisé sur le bulletin individuel de demande d'admission.

En tout état de cause, le ou les assurés s'engagent (nt) à régler les primes qui lui (leur) seront réclamées au taux en vigueur chaque année d'assurance.

Le remboursement anticipé total du prêt, volontaire ou forcé, met immédiatement fin à l'assurance pour toutes les personnes assurées au titre du prêt garanti.

### 13.2 – Modalités de paiement de la prime

Les primes dues par l'intéressé sont annuelles, payable d'avance par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, et selon la prise d'effet de l'adhésion au contrat :

– Si l'adhésion a pris effet entre le 1<sup>er</sup> et le 15 du mois, la prime est alors appelée le 1<sup>er</sup> jour du mois en cours,

– Si l'adhésion a pris effet entre le 16 et la fin du mois, la prime est alors appelée le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.

Les primes sont recouvrées par le Souscripteur et reversées à l'Assureur, le 5 du mois suivant le trimestre échu.

En cas de non-paiement des primes par les emprunteurs, le Souscripteur peut se substituer aux assurés pour le paiement des primes à l'Assureur, et régler le contentieux engagé par voie de droit ou alors procéder à leur radiation du contrat.

Pour les prêts cautionnés, l'appel de la prime peut être anticipé. Il est alors déterminé à compter du jour de la notification de l'accord de caution selon les mêmes règles que celles appliquées ci-dessus.

Lorsque le prélèvement des primes débute avant la dernière acceptation de l'offre de prêt, celui-ci prend fin avant le terme du contrat de prêt. Cependant, la couverture du prêt est maintenue jusqu'à son terme en prenant en compte les primes payées par anticipation.

En cas de remboursement anticipé total, la régularisation des primes est calculée en fonction de la date de la 1<sup>ère</sup> échéance du prêt assuré, en prenant en compte les éventuels paiements anticipés.

En cas de non-réalisation de l'opération immobilière ou de non-acceptation de l'offre de prêt, le droit aux garanties n'est pas maintenu, les primes payées par anticipation sont remboursées selon les mêmes modalités.

Cette prime est égale :

– à 3/12 d'une prime annuelle si la prise d'effet de garantie se situe entre le 1<sup>er</sup> et le 15 du 1<sup>er</sup> mois du trimestre considéré,

– à 2/12 d'une prime annuelle si la prise d'effet de garantie se situe entre le 16 du 1<sup>er</sup> mois et le 15 du 2<sup>ème</sup> mois du trimestre,

– à 1/12 d'une prime annuelle si la prise d'effet de garantie se situe entre le 16 du 2<sup>ème</sup> mois et le 15 du 3<sup>ème</sup> mois du trimestre.

Si la prise d'effet de garantie se situe après le 16 du 3<sup>ème</sup> mois du trimestre, la prime de raccordement n'est pas due.

En cas de non-paiement d'une prime trimestrielle ou d'une fraction de prime trimestrielle à son échéance et après mise en demeure par lettre recommandée, le contrat est résilié dans les conditions prévues à l'article L 113-3 du Code des Assurances.

Le règlement des primes est indépendant du recouvrement qui doit en faire le Souscripteur auprès des assurés. Les risques assurés continuent donc d'être couverts en cas de poursuites engagées par l'établissement prêteur contre l'emprunteur.

## 14 NOTICE

Chaque Souscripteur remet aux assurés qui lui sont rattachés le bulletin individuel de demande d'admission accompagné d'une notice d'information dont la rédaction incombe à l'Assureur.

## 15 FORMALITES A REMPLIR – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE ET REGLEMENT DES SINISTRES

### 15.1 – En cas de Décès

En vue du règlement du capital prévu à l'article 11.1 ci-dessus, le Souscripteur constitue et adresse à l'Assureur pour chaque sinistre, un dossier comprenant :

- Une demande de prestations dûment remplie et signée.
- Une copie du ou des bulletins d'adhésions.

- Le (s) tableau (x) d'amortissement du (des) prêt (s).
- Une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du décès à l'exclusion de tout arriéré.
- Un acte de décès original.
- Un certificat médical original indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle.

### 15.2 – En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de réalisation de ce risque, il convient d'adresser à l'Assureur :

- Une demande de prestations dûment remplie et signée formulée au plus tard dans un délai de six mois à compter de la date de survenance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie telle qu'elle est définie à l'article 11.2.
- Toutes pièces que la situation particulière de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie rend nécessaire pour l'examen de la demande notamment :
  - **Dans tous les cas** : un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que l'assuré est définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement de l'ensemble des quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette). Ce certificat devra préciser le point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident qui en est la cause.
  - Une copie de la décision faisant état de la nécessité de recours à l'assistance d'une tierce personne.
  - Une attestation de l'organisme prêteur signalant les sommes dues au jour du sinistre à l'exclusion de tout arriéré.
  - Le (s) tableau (x) d'amortissement du (des) prêt (s).
  - La copie du (des) bulletin (s) d'adhésion (s).
  - Un justificatif incapacité/invalidité (JII – Document CNP Assurances).

A la réception de la demande, l'Assureur fait procéder à l'examen de l'assuré par les soins d'un médecin désigné par lui. A la vue des conclusions du rapport auquel donne lieu cette expertise médicale, l'Assureur statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande et notifie sa décision à l'intéressé par l'intermédiaire du Souscripteur.

## 16 PROCEDURE DE CONCILIATION

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

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

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

Le médecin que l'assuré aura désigné et le Médecin Conseil de l'Assureur rechercheront une position commune relative à son état de santé. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, l'Assureur invite alors son Médecin Conseil et le médecin de l'assuré à désigner un médecin tiers – expert. Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties, dans le cadre de la procédure de conciliation.

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

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

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

## 17 PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par deux ans, conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances. L'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception notamment, interrompt la prescription.

## 18 RECLAMATION SUR LES CONDITIONS D'ADMISSION A L'ASSURANCE – MEDIATION EN CAS DE SINISTRE

### 18.1 – Réclamation sur les conditions d'admission à l'assurance

Pour toute réclamation relative à l'adhésion, l'assuré peut s'adresser à : **CNP Assurances – Service PMF – 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS Cedex 15.**

### 18.2 – Médiation en cas de sinistre

En cas de désaccord sur une décision de l'Assureur et après avoir épuisé toutes les voies de recours auprès des services de l'Assureur, l'assuré peut s'adresser au Médiateur : **CNP Assurances – Secrétariat de l'Instruction de la Médiation – 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS Cedex 15.**

La demande de médiation doit autoriser le Médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier, pièces médicales comprises.

## 19 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données vous concernant sont destinées à l'Assureur, aux réassureurs et à l'organisme prêteur. Elles sont obligatoires pour la gestion de votre contrat d'assurance. Par ailleurs, conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés », (loi du 06/01/1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06/08/2004), l'organisme prêteur pourra vous adresser des offres sur ses produits et services, sauf opposition de votre part. Dans ce cas, vous lui adresserez un courrier en ce sens. Conformément à la même loi, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant :

Soit à : **CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.**

Soit à : **Unions Assurancielles MFPrévoyance Vie – MFPrévoyance - Correspondant Informatique et Libertés - 62, rue Jeanne d'Arc – 75640 PARIS Cedex 13.**

## 20 AUTORITE DE CONTROLE

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), située **61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09** est chargée du contrôle de CNP Assurances, CNP IAM et des Unions MFPrévoyance Vie et MFPrévoyance.