



BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADMISSION

igesa

N° Contrat **4 | 3 | 7 | 1 | B**

N° Client **0 | 0 | 2 | 7 | 0**

Garanties Décès-PTIA-ITT

Caserne Saint-Joseph
BP 190
20293 BASTIA Cedex

Adresse postale : CNP ASSURANCES
TSA 57161 - 75716 PARIS CEDEX 15

Imprimé n° 640*/36

Circulaire n° 500755/DEF/SGA/DFP/AS/IR du 4 février 2003 modifiée

Adhérent

M. Mme Mlle Né(e) le _____ à _____
Profession _____
Nom patronymique _____
Prénoms _____
Nom marital _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____
Emprunteur Coemprunteur

CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS :

Devise du prêt : Euros Numéro du prêt : _____
Montant initial : _____ Durée de remboursement : _____ Quotité garantie : _____
Numéro du prêt : _____
Montant initial : _____ Durée de remboursement : _____ Quotité garantie : _____

Déclaration de l'adhérent

Je soussigné(e)

- déclare accepter d'être assuré(e) pour le prêt indiqué ci-dessus, **en cas de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi qu'en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail** suivant les modalités du contrat d'assurance de groupe auquel adhère le Prêteur. En cas de sinistre, celui-ci sera bénéficiaire des prestations versées.
- m'engage à régler en sus des échéances de chaque prêt, les primes qui me seront réclamées par le Prêteur au taux en vigueur, soit 0,29 % l'an en groupe 1 - population à norme standard.
- certifie que le Prêteur m'a remis lors de la signature du présent bulletin une notice d'information (L34029 - 01-2009) pour m'informer des modalités de l'assurance, notice dont je conserve un exemplaire.

Fait à _____, le _____
signature du candidat précédée de la mention « lu et approuvé »

Formalités d'admission dans l'assurance

Le montant total de vos prêts est inférieur ou égal à 16 000 € et vous avez moins de 65 ans.

Si vous remplissez **toutes** les conditions de la DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ci-après, datez et signez-la.

Sinon, remplissez le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ci-joint.

Déclaration d'état de santé

JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR :

- 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 être actuellement en interruption de travail pour cause de maladie ou d'accident, ne pas bénéficier d'une rente ou d'une pension d'invalidité,
- ne pas être exonéré(e) du ticket modérateur pour raison de santé, n'être soumis(e) à aucun traitement,
- ne pas avoir de handicap, ni d'infirmité, ni de troubles évolutifs de la vision,
- ne pas avoir, au cours des 5 dernières années :
 - été en arrêt de travail plus de 30 jours continus pour raison de santé ;
 - subi d'intervention chirurgicale ;
- n'avoir jamais :
 - suivi de traitement pour maladie du sang, affection rénale ou de l'appareil digestif, diabète, hypertension artérielle, affection cardiaque, vasculaire, respiratoire, cancéreuse, neurologique, psychiatrique, dépression nerveuse ;
 - eu de maladie osseuse, articulaire, rhumatismale, de lumbago ou de sciatique ;
 - fait l'objet d'exclusion, de refus ou de surprime lors de la demande d'adhésion à un autre contrat d'assurance-vie.
- ne pas devoir subir des examens médicaux (sauf médecine du travail ou préventive), un traitement médical, une hospitalisation, une intervention chirurgicale, dans les 12 prochains mois.

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

Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque à garantir entraînerait la réduction ou la nullité du contrat d'assurance (art. L. 113-8 du Code des assurances).

Fait à _____, le _____ Signature

Vous êtes habilité(e) à demander communication ou rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur des fichiers à l'usage de CNP Assurances, des réassureurs et des organismes professionnels concernés, en vous adressant directement à CNP Assurances « Correspondant informatique et libertés » : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15 (loi du 06-01-1978).



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

M. Mme Mlle Né(e) le _____ à _____ Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nom patronymique _____

Prénoms _____

Nom marital _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Référence interne du client : _____ Profession _____

- 1 Indiquez : votre taille cm - votre poids kg
- 2 Si votre acuité visuelle avant correction est inférieure à 2 dixièmes, indiquez-la : œil gauche/10^e œil droit/10^e
et dans ce cas, indiquez votre correction en dioptries : œil gauche dioptries œil droit dioptries

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

Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe doit être remise au Prêteur.

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNE

- 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 durant les cinq dernières années, interrompu votre travail pour raison de santé sur une période d'au moins 30 jours consécutifs ? Pourquoi ? Quand ? Durée :
- 7 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 :
- 8 Avez-vous subi au cours de votre existence :
- une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? Pourquoi ? Quand ?
 - un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ? Pourquoi ? Quand ?Durée :
 - un traitement pour maladie rhumatismale ou ostéo-articulaire ? Pourquoi ? Quand ?Durée :
 - un traitement pour lombalgie, lumbago ou sciatique ? Pourquoi ? Quand ?Durée :
 - un traitement pour troubles nerveux, dépression nerveuse ? Pourquoi ? Quand ?Durée :
 - un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? Pourquoi ? Quand ?Durée :
 - d'autres traitements de plus d'un mois ? Pourquoi ? Quand ?Durée :
- 9 Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ? La(es)quelle(s) ? Depuis le
- 10 Etes-vous sous surveillance médicale ? Pourquoi ? Depuis le
- Etes-vous en cours de traitement médical ? Le(s)quel(s) ? Depuis le
- 11 Allez-vous dans les prochains mois :
- subir des examens de laboratoire ou d'autres examens à l'exception de la médecine du travail ? Pourquoi ? Quand ?
 - être hospitalisé, traité ou opéré (Si oui, cochez la ou les case(s) et précisez) ? hospitalisé traité opéré
- Pourquoi ? Quand ?

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L. 113.8 du Code des assurances).

J'atteste avoir reçu un exemplaire de la notice d'information (L34029 - 01-2009).

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.

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

Fait à _____, le _____ Signature _____

**NOTICE A CONSERVER PAR L'ASSURÉ - ASSURANCE EN COUVERTURE DE PRÊTS
DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE - INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL
Contrat N° 4371B souscrit par l'IGESA auprès de CNP Assurances**

**Le présent contrat est régi tant par le Code des assurances que par les dispositions générales définies ci-après.
Toutes actions en dérivant se prescrivent conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 dudit Code.**

1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Le présent contrat souscrit par l'Institution de Gestion Sociale des Armées a pour objet de garantir à l'organisme prêteur, en cas de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de ses emprunteurs le règlement du capital restant dû; et en cas d'Incapacité Totale de Travail de ses emprunteurs le règlement des échéances de remboursement de prêts.

2 - COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

Le contrat d'assurance s'adresse à l'ensemble des emprunteurs du personnel du Ministère de la Défense âgés de moins de 65 ans et bénéficiaires de prêts « Logement » du Ministère de la Défense consentis par l'IGESA.

3 - SÉLECTION DES RISQUES ET FORMALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les emprunteurs. Elles consistent à remplir une déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé. Pour les candidats à l'assurance n'étant pas en mesure de remplir une déclaration de santé, les formalités consistent en un contrôle médical exercé sous forme de questionnaire de santé éventuellement complété d'examens médicaux (examens de laboratoire et visite auprès d'un médecin désigné par l'Assureur) aux frais de l'Assureur.

L'acceptation de l'Assureur conduit à classer les Assurés dans un des deux groupes suivants :

GROUPE I - Population à normes standard

GROUPE II - Population à normes particulières

L'acceptation à l'adhésion du candidat dans ces groupes peut s'envisager :

a. sans réserve,

b. avec réserve pour certains risques ou certaines garanties.

Les candidatures non acceptées dans l'un des deux groupes peuvent faire l'objet :

a. d'un refus. Cette décision déclenche automatiquement pour l'Assureur dans le cadre de la Convention « AERAS » (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), une étude dans le cadre d'un contrat spécifique,

b. d'un ajournement

En cas d'ajournement, le candidat qui souhaite bénéficier de la garantie devra, à l'issue du délai qui lui sera indiqué, accomplir de nouvelles formalités d'adhésion.

Dans le cas où l'acceptation avec réserve a consisté dans l'exclusion de la garantie Incapacité Totale de Travail, cette exclusion ne s'applique pas lorsque l'arrêt de travail survenant en cours d'assurance est imputable à un accident.

En cas d'irrégularité commise lors de la demande d'adhésion, l'adhésion est nulle et l'Assureur procède aux remboursements des primes versées.

L'acceptation de l'adhésion est prononcée pour un prêt déterminé et à ses conditions initiales. Toute autre opération d'emprunt ou modification des conditions de l'emprunt nécessite une nouvelle demande d'adhésion.

4 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE LA GARANTIE

La garantie prend effet, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur et du paiement de la prime, au jour du versement des fonds.

L'acceptation de l'adhésion par l'Assureur est fixée :

- soit au jour de la signature de la déclaration d'état de santé,
- soit à la date portée sur la notification de décision en cas d'acceptation après examens de laboratoire et éventuellement visite médicale,
- soit à la date portée sur le bordereau de décision retourné à l'organisme prêteur en cas d'entrée au vu du questionnaire.

Le décès accidentel est garanti pendant deux mois à compter de la signature du Questionnaire de Santé ou de la déclaration d'état de santé. Cette garantie est subordonnée au versement des fonds.

On entend par « accident » tout événement soudain et imprévisible provenant exclusivement et directement de l'action d'une cause extérieure ayant pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré.

Les garanties sont maintenues pour chaque Assuré jusqu'à la date fixée comme dernier terme de remboursement du prêt sous réserve des limites d'âge prévues aux articles 6, 7 et 8 du présent contrat.

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

En cas de remboursement anticipé partiel, l'assurance poursuit ses effets pour le montant des sommes restant dues, compte tenu du remboursement.

5 - RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de CNP Assurances les sinistres résultant :

- A. du suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance. Toutefois, pour les prêts 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,**
- B. des exclusions visées à l'article L. 113-1 du Code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires) ;**
- C. de faits 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 déroule ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active (*) ;**
- E. des conséquences de vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;**
- F. de démonstrations, raids, acrobaties, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur (*) ;**

G. des vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parachute ascensionnel et parapente (*) ;

H. des vols d'essai, vols sur prototype, tentatives de records ;

I. des sauts effectués avec des parachutes non approuvés par la réglementation européenne ;

J. des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

(*) Les paragraphes C), D), F), G) et I) ne s'appliquent pas aux militaires dans l'exercice de leur profession.

6 - PRESTATIONS GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès d'un Assuré survenant en période de garantie et avant son 72^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit à l'organisme prêteur et selon le tableau d'amortissement, le paiement :

- soit du capital dont l'intéressé reste redevable au lendemain du décès, à l'exclusion de toutes échéances arriérées,
- soit du capital initial, si le décès survient avant la date d'échéance du premier remboursement comportant amortissement.

7 - PRESTATIONS GARANTIES EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit ;
- elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer ;
- la PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue avant son 65^{ème} anniversaire.

La PTIA doit survenir après 12 mois ininterrompus d'assurance. Le délai de 12 mois n'est pas opposé lorsque ladite invalidité est consécutive à un accident.

On entend par « accident » tout événement soudain et imprévisible provenant exclusivement et directement de l'action d'une cause extérieure ayant pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré.

L'Assuré pour lequel sont versées des prestations au titre de la garantie Incapacité Totale de Travail définie à l'article 8 ci-après, peut bénéficier du paiement du capital au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il vient à remplir les conditions précisées ci-dessus. Le capital dû au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera alors diminué des sommes réglées au titre de l'Incapacité Totale de Travail qui se rapporteraient à des périodes postérieures à la date reconnue comme point de départ de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

8 - PRESTATIONS GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

Pendant la période dite **délai de franchise**, l'Assureur ne verse pas de prestation. Ce délai est **90 jours**. Il est décompté à partir du 1^{er} jour d'interruption d'activité professionnelle.

L'Assuré est en état d'ITT lorsqu'il se trouve à l'expiration du **délai de franchise** et par suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle même partiellement.

En cas d'Incapacité Totale de Travail dans les conditions ci-dessus, survenant avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, et se prolongeant sans interruption durant plus de 90 jours, l'Assureur prend en charge à compter du 91^{ème} jour le paiement des échéances dues par l'emprunteur qui surviennent dans la période d'ITT reconnue (**délai de franchise**).

Le paiement desdites prestations cesse en toute hypothèse au jour de l'admission à la retraite ou à la préretraite qu'elle qu'en soit la cause et au plus tard au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Tout arrêt de travail, dû à une rechute, et survenant moins de deux mois après la fin d'une période de prise en charge, ne donne pas lieu à l'application d'un nouveau délai de franchise.

Les prestations d'Incapacité Totale de Travail cessent de plein droit du seul fait de la reprise même partielle de l'activité de l'Assuré.

9 - FORMALITÉS EN CAS DE DÉCÈS

En vue du règlement du capital prévu à l'article 6, les ayants droit adressent à l'IGESA dans les jours qui suivent la survenance du décès et au plus tard dans un délai de 10 ans conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances :

- un bulletin de décès ou acte de décès original,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est ou non lié à un risque exclu. En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droits) : le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse. Pour les ressortissants de pays étrangers, ces documents devront être libellés ou traduits en français
- une copie de l'offre(des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,
- une copie du(des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier(des échéanciers) du(des) contrat(s) de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt,
- une copie du(des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion, accompagné selon le cas du Questionnaire de Santé,
- un exemplaire des conditions particulières d'assurance acceptées par l'Assuré.

10 - FORMALITÉS EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En vue du règlement du capital prévu à l'article 7, l'Assuré ou à ses ayants droit adressent l'IGESA, dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 2 ans conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances, 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,
- un certificat médical attestant que l'Assuré est définitivement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle lui procurant un revenu et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte,
- une attestation d'arrêts de travail des 5 dernières années précédant l'adhésion pour les sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion,
- une copie de l'offre(des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,
- une copie du(des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier(des échéanciers) du(des) contrat(s) de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt,
- une copie du(des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion, accompagné selon le cas du Questionnaire de Santé,
- une copie de la présente notice d'information.

Si l'Assuré concerné est Assuré Social, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne. Ce document est nécessaire à l'étude du dossier mais n'engage pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Si l'Assuré est fonctionnaire, joindre aux justificatifs ci-dessus, une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de commission de réforme.

REMARQUE : Les pièces émanant de la Sécurité sociale, ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur. Les pièces émanant de la COTOREP ne permettent pas de justifier d'un arrêt de travail.

11 - FORMALITÉS EN CAS D'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

En vue du règlement des prestations prévues à l'article 8, l'Assuré ou ses ayants droit adressent à l'IGESA pour chaque nouveau sinistre Incapacité Totale de Travail, à l'issue du délai de franchise défini à l'article 8 et au plus tard 90 jours après la fin du délai de franchise :

- une copie de l'offre(des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement
- une copie du(des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier(des échéanciers) du(des) contrat(s) de prêt en cours à la date du sinistre et indiquant la date de dernière échéance du prêt
- une copie du(des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion, accompagné selon le cas du Questionnaire de Santé
- une copie de la présente notice d'information,
- une attestation médicale d'incapacité / invalidité (imprimé fourni par l'Assureur), complétée et signée par l'Assuré et son médecin.
- une attestation d'arrêts de travail des 5 dernières années précédant l'adhésion pour les sinistres survenus moins de 5 ans après l'adhésion.

Doivent être produits en outre :

I) Pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale :

La copie des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale depuis l'arrêt de travail, **couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise** (Indemnités Journalières, ou titre de pension 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou rente supérieure ou égale à 66 %). A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent toutes la subrogation.

II) Pour les Assurés assujettis à des régimes similaires au régime général de la Sécurité sociale :

La copie des décomptes de prestations en espèces émanant de ces régimes, depuis l'arrêt de travail, **couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise**. A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées pour justifier la période sous réserve qu'elles précisent toutes la subrogation.

III) Pour les fonctionnaires ou assimilés :

Une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie, **couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise**.

Tant que dure l'Incapacité Totale de Travail (ITT), de nouvelles attestations médicales d'incapacité/invalidité, devront être fournies à la demande de l'Assureur. Par ailleurs, l'Assuré devra fournir à l'Assureur dans les 90 jours suivants le dernier jour de la période d'ITT mentionnée sur les justificatifs :

- la copie des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale ou de régime similaire (indemnités journalières, ou titre de pension 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou rente supérieure ou égale à 66 %) s'il est salarié ou perçoit des allocations ASSEDIC,
- les attestations d'employeur s'il est fonctionnaire (et 6 mois après l'arrêt de travail, la copie de l'arrêté de position administrative),
- les certificats médicaux s'il est travailleur non salarié, ou s'il est sans profession et qu'il ne perçoit pas d'allocations ASSEDIC.

A défaut de présentation des pièces dans ce délai, la prise en charge au titre de ce sinistre est suspendue. Elle reprendra, pour ce sinistre, si toutes les conditions d'indemnisation sont réunies, à compter du premier jour de la période d'ITT mentionnée sur le justificatif présenté dans le délai de 90 jours dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances.

REMARQUE : Les pièces émanant de la Sécurité sociale, ou d'organismes similaires, n'engagent pas l'Assureur. Les pièces émanant de la COTOREP ne permettent pas de justifier d'un arrêt de travail.

A défaut de présentation des pièces dans les 90 jours suivant la fin du délai de franchise, une déchéance partielle de garantie pourra 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.

En cas de prolongation de l'ITT, les pièces justificatives de l'état d'ITT doivent être renouvelées, faute de quoi, les prestations cessent d'être versées par l'Assureur.

12. CONTRÔLE MÉDICAL

La production des justificatifs demandés en cas de PTIA est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin mandaté par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA tel que défini à l'article 7 et 10.

Au vu des conclusions du rapport du médecin mandaté, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge. En cas de refus, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré. En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'invalidité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin mandaté par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles, peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut-être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 13.

Si l'Assuré refuse de se soumettre à la visite médicale ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale. **Cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions du contrôle médical.**

13. PROCÉDURE DE CONCILIATION ET TIERCE EXPERTISE

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 l'année qui suit ce contrôle.

La demande de l'Assuré, formulée par écrit, doit indiquer qu'il 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 l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date. La demande de l'Assuré doit en outre, mentionner qu'il accepte les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

Cette lettre, destinée à l'Assureur, doit parvenir à celui-ci dans un délai de 90 jours qui suivent le contrôle médical 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 l'état de santé de l'Assuré. 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 invitera alors son médecin conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers-expert.

A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure de conciliation prend fin.

Quelle que soit l'issue de cette conciliation, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers-expert.

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

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

14 - TAUX, EXIGIBILITÉ ET PAIEMENT DE LA PRIME

La garantie est accordée moyennant le paiement par l'Assuré d'une prime annuelle, payable en autant de fractions que le prêt comporte d'échéances, dont le taux est assis sur le montant initial. Il n'est procédé à aucun remboursement de prime, les trop-versés éventuels viennent en diminution des primes à échoir.

15. INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS

Les données concernant l'Assuré sont destinées à l'Assureur, aux réassureurs éventuels et au Prêteur. Elles sont obligatoires pour la gestion de son contrat d'assurance.

Par ailleurs, conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés », le Prêteur pourra adresser à l'Assuré des offres sur ses produits et services, sauf opposition de la part de ce dernier. Dans ce cas, l'Assuré lui adressera un courrier en ce sens.

Conformément à la même loi, l'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés – 4 place Raoul Dautry – 75015 Paris.

16. MÉDIATION

En cas de désaccord avec la position définitive de CNP Assurances, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent demander la saisine du Médiateur de CNP Assurances, les modalités de la procédure amiable de médiation seront communiquées sur demande adressée au Secrétariat de l'Instruction de la médiation - CNP Assurances – 4 place Raoul Dautry – 75 716 PARIS Cedex 15.

17. PRESCRIPTION

Toutes actions nées du présent contrat se prescrivent conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances.

18. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09) est chargée du contrôle de CNP Assurances et de CNP IAM.