

## NOTICE D'INFORMATION – Contrat d'assurance de groupe facultatif n°P09010 – v201105

Ce contrat d'assurance de groupe facultatif n°PN0901 est souscrit, en présence de CBP, courtier, par BPCE, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 467 226 960 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13, en sa qualité d'organe central des banques populaires et des établissements de crédit affiliés, par application de l'article L 512-107 du Code monétaire et financier, agissant pour le compte des établissements de crédit constituant le réseau des Banques Populaires, en tant que souscripteur auprès d'Assurances Banque Populaire Vie - Société Anonyme au capital de 481 873 068, 50 Euros – Régie par le Code des assurances - 399 430 693 RCS Paris, dont le siège social est situé au 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris - Assurances Banque Populaire Prévoyance – Société Anonyme au capital de 8 433 250 Euros - Régie par le Code des assurances - 352 259 717 RCS Paris, dont le siège social est situé au 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris, ci-après dénommées « l'assureur ». Le souscripteur, BPCE, agit pour le compte des Banques Populaires et des établissements de crédit affiliés, chaque banque étant dénommée ci-après comme « le prêteur ». Ce contrat est régi par la loi française. L'assureur et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis par le conseiller. Cette notice comporte 14 articles numérotés de 1 à 14.

### 1 : OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de garantir la ou les personne(s) assurée(s) contre les risques de décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité totale de travail atteignant cette ou ces personne(s) avant le remboursement intégral de leur financement, contracté auprès du prêteur.

### 2 : DEFINITION

**Assuré** : toute personne physique qui répond aux conditions suivantes :

- avoir la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou caution ou encore garant à quel que titre que ce soit du financement,
- avoir signé la demande d'adhésion en ayant satisfait aux conditions d'âge et de montant du prêt indiqués au paragraphe « Garanties » ci-dessous.

L'exercice d'une activité professionnelle rémunérée n'est pas une condition pour adhérer à la garantie incapacité totale de travail. Est assurable la personne physique résidant fiscalement en France. Toutefois, les non-résidents domiciliés en Allemagne, Belgique, Espagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Portugal, Royaume-Uni peuvent adhérer et être assurés pour les seules garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

**Prêt** : Les prêts et crédits assurables peuvent être des prêts amortissables, ou des prêts avec différé total (différé de capital et intérêts) ou partiel (différé de capital seulement). Pour les prêts avec différé total, ou pour les prêts amortissables pendant les périodes de suspension ou de report des échéances, l'assurance couvre uniquement les risques de décès et perte totale et irréversible d'autonomie. La quotité assurée est égale à 100 % par personne assurée. **Le capital emprunté est limité à 75000 € (soixante-quinze mille euros) par prêt dont la durée est limitée à 10 (dix) ans.**

**Garanties** : Les garanties pouvant être souscrites par le postulant à l'adhésion sont les suivantes :

- Age du postulant compris entre 18 ans (à partir du 18ème anniversaire) et 65 ans (avant le 65ème anniversaire) :

Prêt inférieur ou égal à 21 500 € et âge < 61 ans : sans déclaration de santé : Décès et PTIA (**formule 1**)

Prêt > à 21 500 € **et/ou** âge compris entre 61 ans (avoir atteint son 61ème anniversaire) et 65 ans (ne pas avoir atteint son 65ème anniversaire) :

- avec déclaration d'état de santé signée : Décès et PTIA (**formule 2**) ou Décès, PTIA et ITT (**formule 3**)
- sans déclaration d'état de santé signée : Décès par accident et PTIA par accident (**formule 4**) ou Décès par accident, PTIA par accident et ITT par accident (**formule 5**)

**Lorsque la déclaration d'état de santé est requise, si le postulant ne peut la signer, seule la couverture des risques consécutifs à un accident est accordée.**

- Age du postulant compris entre 65 ans (à partir du 65ème anniversaire) et 70 ans (avant son 70ème anniversaire) : avec déclaration d'état de santé signée : Décès seul (**formule 6**)

**Vente à distance** : Technique de commercialisation sans présence physique et simultanée des parties jusqu'à la conclusion du contrat.

**Démarchage à domicile** : 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.

**Accident** : Par risque consécutif à un accident, il faut entendre le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité totale de travail résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré.

**Le risque consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date de l'accident. Le risque n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens du contrat.**

**Consolidation de l'état de santé de l'assuré** : le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de cet état de santé.

**PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** : par suite d'accident ou de maladie (suivant la formule souscrite) survenant postérieurement à la date d'effet de la garantie et avant son 65ème anniversaire, l'assuré réunit les conditions suivantes :

- être reconnu, par le Médecin conseil de l'assureur, dans l'incapacité totale et définitive de se livrer au moindre travail procurant gain ou profit, ni à la moindre occupation,
- être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

De plus, s'il est salarié :

- être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3ème catégorie, ou être reconnu atteint par cet organisme d'une incapacité d'un taux égal à 100% en cas d'accident de travail et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne.

**ITT : Incapacité Totale de Travail** : l'assuré est, sur prescription médicale, dans l'impossibilité absolue constatée par le Médecin conseil de l'assureur par suite d'un accident ou d'une maladie (suivant la formule souscrite) survenant après la date d'effet des garanties et avant son 65ème anniversaire :

- d'exercer son activité professionnelle, même partiellement s'il exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre (y compris recherche d'emploi),
  - d'exercer une quelconque activité, professionnelle ou non, même partiellement s'il n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre.
- L'incapacité totale de travail peut être temporaire ou permanente. A la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré, et au plus tard trois ans après le début de son ITT, le Médecin conseil de l'assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'assuré sur la base du tableau ci-après.
- Si l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction de son taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle. Si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle.

**Le taux d'incapacité fonctionnelle** : Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de l'incapacité physique ou mentale de l'assuré, suite à son accident ou à sa maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

**Le taux d'incapacité professionnelle** : Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité totale de l'assuré par rapport à sa profession. Il tient compte de la capacité de l'assuré à l'exercer antérieurement à l'accident ou à la maladie (suivant la formule choisie), des conditions d'exercice normales de sa profession et de ses possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

## TAUX D'INCAPACITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle				
	60	70	80	90	100
30	48 %	53 %	58 %	62 %	67 %
40	52 %	58 %	64 %	69 %	74 %
50	56 %	63 %	68 %	74 %	79 %
60	60 %	66 %	73 %	79 %	84 %
70	63 %	70 %	77 %	83 %	89 %
80	66 %	73 %	80 %	87 %	93 %
90	69 %	76 %	83 %	90 %	97 %
100	71 %	79 %	86 %	93 %	100 %

Si le taux d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est égal ou supérieur à 66 %, les prestations de l'assureur sont maintenues. Si le taux d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est inférieur à 66 %, aucune prestation n'est due par l'assureur.

**Franchise ITT** : période de **90 jours d'incapacité totale et continue de travail**, débutant au premier jour d'arrêt de travail, pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

### 3 : PRISE D'EFFET, DUREE ET CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date du premier déblocage des fonds sous réserve de la signature préalable de la demande d'adhésion, et, dans le cadre de la vente à distance ou d'une démarche à domicile, à l'expiration du délai de renonciation. Dans tous les cas, la cotisation est due dès la prise d'effet des garanties. Une fois l'adhésion acceptée par l'assureur, aucune modification ne peut intervenir sur les garanties pendant toute la durée du prêt. Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'assuré, une fois admis ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie du groupe des assurés. En cas de résiliation du contrat entre l'assureur et le souscripteur, toutes les garanties souscrites sont maintenues aux assurés dans les conditions de cette notice. Les cotisations continuent d'être dues.

**Les garanties cessent :**

- au 75ème anniversaire de l'assuré pour la garantie décès, à son 65ème anniversaire pour les garanties PTIA et ITT,
- en cas de non paiement des cotisations, selon les dispositions du Code des assurances, - au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme de chaque prêt,
- à la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de mandataire social,
- si l'assuré est caution, à la date à laquelle son engagement de caution est résilié,
- pour l'ensemble des garanties, à la date à laquelle la prestation au titre de la garantie PTIA est versée.

**Sanction en cas de fausse déclaration**

**Fausse déclaration intentionnelle** : Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

**Fausse déclaration non intentionnelle** : Conformément à l'article L.113-9 du Code des assurances, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### 4 : PRESTATIONS

**Bénéficiaire des prestations** : Le bénéficiaire des prestations est l'établissement financier prêteur. **Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt, l'assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée.**

**Garantie Décès** : En cas de décès par suite d'accident ou de maladie (suivant la formule souscrite) avant le 75ème anniversaire de l'assuré, l'assureur verse au prêteur :

- le capital assuré restant dû au jour du décès. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès,
- le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,
- pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital seulement, durant la phase de différé : l'assureur verse au prêteur le montant initial du prêt,
- les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès.
- Pour les prêts comportant un différé d'amortissement en capital et intérêt, durant la phase de différé : l'assureur verse au prêteur le montant initial du prêt ainsi que les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès.

**Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en compte.**

**Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : la prestation définie à la garantie décès est versée à la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie par le Médecin conseil de l'assureur.

**Garantie Incapacité totale de travail (ITT)** : **Pour pouvoir bénéficier de la garantie ITT, l'assuré, s'il est caution, doit apporter la preuve qu'il est payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins 3 mois continus au jour du sinistre, ou que l'emprunteur est insolvable.**

Les prestations sont dues à l'issue d'un **délaï de franchise de 90 jours (quatre-vingt-dix) d'incapacité totale et continue de travail**. Ce délai débute au premier jour de chaque ITT. Il n'est pas appliqué si, après une période d'incapacité totale de travail indemnisée par l'assureur, l'assuré a repris une activité professionnelle pendant moins de 90 jours et s'il est de nouveau en incapacité totale de travail pour le même accident ou la même maladie (selon la formule choisie). Les prestations sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

**Montant des prestations** : Base de calcul

Les prestations versées pendant l'incapacité totale de travail sont calculées sur la base des échéances découlant du fonctionnement normal du contrat de prêt. **Si l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre** : L'assureur verse 100 % de la base de calcul dans la limite

de 166 € (cent soixante six euros) par jour si un seul prêt est garanti, et de 233 € (deux cent trente-trois euros) par jour, si plusieurs prêts sont garantis en incapacité totale de travail au titre du contrat. **Si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre :**

- **la prise en charge est limitée à 50 % de la base de calcul.**

- toutes les autres conditions de cette notice ainsi que le taux de cotisation restent inchangés.

**Ne sont pas pris en compte :**

- **les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le prêteur,**

- **les augmentations d'échéance non prévues au contrat de prêt et intervenues moins de 6 mois avant l'incapacité totale de travail ou pendant l'incapacité totale de travail.**

**Limitation des prestations à la diminution de la rémunération :** Lorsque l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé, les prestations sont limitées à la diminution de rémunération.

**Définition de la diminution de la rémunération :** La diminution de rémunération est égale à la différence entre la rémunération de référence et la rémunération perçue au cours de la période indemnisée. Si plusieurs prêts sont garantis en incapacité totale de travail par l'assuré, le cumul des prestations dues au titre de ces différents prêts est limité à la diminution de la rémunération.

- La rémunération de référence est égale à la moyenne mensuelle des rémunérations et indemnités imposables versées par l'employeur au cours des douze mois précédant l'incapacité totale de travail. Elle est indexée :

- au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année dès lors que 18 mois au moins se sont écoulés depuis l'incapacité totale de travail, selon la formule d'indexation :  $R \times \frac{In}{In-1}$

-----  
In-1

R = rémunération de référence

In = indice au 1<sup>er</sup> Janvier de l'année en cours

In-1 = indice au 1<sup>er</sup> Janvier de l'année précédente L'indice I est celui de l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, ou tout autre indice officiel publié par l'INSEE venant s'y substituer.

- La rémunération perçue au cours de la période indemnisée est le total :

\* des rémunérations et indemnités imposables versées par l'employeur,

\* des prestations versées par la Sécurité sociale ou un organisme assimilé,

\* des prestations versées par les organismes de prévoyance complémentaire,

\* des allocations et pensions de préretraite et de retraite.

#### **FIN DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL**

En complément des causes de cessation des garanties citées ci-dessus, **les prestations ITT cessent :**

- **dès la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel,**

- **dès que l'assuré ne se trouve plus en état d'incapacité totale de travail au sens du contrat,**

- **dès que l'assuré ne justifie plus d'une prescription médicale,**

- **à la date de mise en préretraite ou retraite, quelle qu'en soit la cause, sauf si la mise en préretraite ou retraite résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par l'assureur.**

#### **5 : RISQUES EXCLUS**

**Décès :** L'assureur couvre tous les risques de décès, à l'exclusion :

- **du suicide de l'assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance,**

- **des risques de navigation aérienne autres que ceux encourus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même.**

- **des matches, courses, paris, compétitions sportives auxquels participe l'assuré, à titre professionnel ou sous contrat rémunéré,**

- **des accidents résultant de la consommation par l'assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre,**

- **des sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de records, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vol sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel, parapente,**

- **les accidents dus à la pratique du saut à l'élastique,**

- **des rixes auxquelles l'assuré participe de façon active, sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel,**

- **des conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu ou se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active, sauf les cas**

**d'accomplissement du devoir professionnel,**

- **des conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.**

**Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :** Sont exclus les risques listés pour la garantie décès, hormis l'exclusion concernant le suicide, ainsi que les suites et conséquences :

- **des maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'adhésion et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'adhésion,**

- **de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation**

**volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale,**

- **des accidents résultant de l'usage par l'assuré de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription**

**médicale,**

- **des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome,**

- **de la participation de l'assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur.**

**Est exclue la PTIA qui survient alors que l'assuré est en préretraite ou en retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail.**

**Incapacité totale de travail :** Sont exclus les risques listés pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, ainsi que :

- **les incapacités de travail correspondant à la durée légale de congé de maternité définie par le Code du travail, que l'assurée soit salariée ou non, et les suites et conséquences :**

- **d'une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,**

- **d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.**

#### **6 : CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE**

**Contrôle médical :** Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible

**d'autonomie et à l'incapacité totale de travail et celles de la Sécurité sociale.** L'assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de

contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis. Il peut alors faire contrôler à ses frais, par un médecin, l'état de santé de l'assuré.

Ce contrôle médical peut avoir lieu en présence d'un médecin au choix de l'assuré et à ses frais. Si l'assuré s'oppose à ce contrôle, il perd droit aux prestations.

**Arbitrage :** Le médecin du choix de l'assuré et le médecin choisi par l'assureur peuvent être en désaccord. L'assuré peut alors convenir avec l'assureur de s'en remettre à un 3ème médecin. Faute d'entente sur le choix de ce 3ème médecin, celui-ci sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. La moitié des frais et honoraires engendrés par cette procédure sera à la charge de l'assuré. **Le paiement des prestations est suspendu jusqu'à la date de prononciation de l'arbitrage médical.**

#### **7 : DECLARATION DES SINISTRES ET PIECES A FOURNIR**

**Délai de déclaration :** L'incapacité totale de travail doit être déclarée dans les 6 mois qui suivent le premier jour d'incapacité. **Après ce délai, l'incapacité totale de travail sera prise en charge à compter du jour de la réception de la déclaration si le dépassement du délai de déclaration de six mois a porté préjudice à l'assureur.**

**Destinataire de la déclaration :** Le sinistre doit être déclaré à CBP SOLUTIONS BP 11615 - 44016 NANTES CEDEX 1 - Télécopie : 0 825 388 799 Orias n° 07 009 023 – [www.orias.fr](http://www.orias.fr) Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel à CBP Solutions, à l'attention du Médecin conseil.

**Pièces à fournir : Dans tous les cas :**

- une copie de la demande d'adhésion,
- le tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre pour chaque prêt.

En cas d'accident ayant provoqué le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité totale de travail :

- les pièces officielles indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité totale de travail ; la preuve du lien de causalité incombant à l'assuré ou à ses ayants droit.

**En cas de décès :** un certificat médical sur l'imprimé de l'assureur indiquant notamment la cause du décès et un extrait d'acte de décès, et une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe.

**En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :**

- une attestation médicale remplie sur l'imprimé de l'assureur, par le médecin traitant de l'assuré et lui-même,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

Et si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- la notification de la pension d'invalidité troisième catégorie établie par la Sécurité Sociale ou la notification de la rente accident du travail à 100 %.

**En cas d'incapacité totale de travail :**

- une attestation médicale remplie sur l'imprimé de l'assureur par le médecin traitant de l'assuré et lui-même,

Si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- les justificatifs des rémunérations et indemnités imposables versées par les employeurs et organismes de prévoyance au cours des douze mois précédant l'incapacité totale de travail de l'assuré,
- au cours de la période indemnisée :

\* les bulletins de paye et les justificatifs d'allocations et pensions de préretraite et de retraite,

\* les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'assuré et l'organisme de prévoyance complémentaire de l'assuré,

\* les documents qui justifient de l'état d'incapacité totale de travail de l'assuré,

\* la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou rente accident du travail de l'assuré par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,

\* les justificatifs de paiement de pension d'invalidité ou rente accident du travail.

Si l'assuré n'est pas salarié ni fonctionnaire ni assimilé : les certificats médicaux d'incapacité totale de travail.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou ses ayants-droit tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de sa demande.

#### **8 : PRESCRIPTION**

Conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai de prescription est porté à dix ans pour le capital versé en cas de décès. Toutefois, ce délai ne court, que du jour où :

\* l'assureur en a eu connaissance, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru;

\* les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusqu'à en cas de sinistre.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (commandement de payer, assignation devant un tribunal...) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ainsi que par la saisine du Médiateur. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

#### **9 : COTISATIONS**

La cotisation, calculée sur le capital initial assuré, quel que soit le montant débloqué, est due dès la date d'effet des garanties et est payable lors de chaque échéance de remboursement du prêt. La cotisation est prélevée par le prêteur en même temps que les échéances de prêt. Pour les prêts avec différé en capital et en intérêts, la cotisation d'assurance est également due dès la date d'effet des garanties Le taux de cotisation, taxes en vigueur comprises, est constant pendant toute la durée du prêt. **Il ne subit pas de réduction à la fin des garanties PTIA et ITT.** Conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, le non-paiement de la cotisation peut entraîner l'exclusion de l'assuré de l'assurance.

#### **10 : VOYAGES ET SEJOURS A L'ETRANGER**

**Pour tous les voyages et séjours dans des lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM COM, les pays limitrophes de la France métropolitaine :**

\* le risque de décès est couvert sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,

\* les risques de PTIA et ITT sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par l'assureur dans les conditions prévues à l'article 6 « Contrôle médical – Arbitrage ».

**A défaut, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine, dans les DROM-COM, dans un pays de l'Union Européenne, ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.**

#### **11 : INFORMATION DES ASSURES**

Lorsque l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat, son interlocuteur habituel CBP Solutions est en mesure d'étudier ses demandes. L'assuré peut également formuler une réclamation en contactant : **CBP Solutions Service réclamations** BP 11615 44016 NANTES CEDEX 1 tél : 09 72 67 00 50. CBP Solutions s'engage à accuser réception de la demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à y apporter une réponse au maximum dans les deux mois. Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, l'assuré peut :

\* formuler sa réclamation auprès d' **ASSURANCES BANQUE POPULAIRE VIE – Service Informations/Réclamations**

\* formuler sa demande d'ordre médical auprès d'**ASSURANCE BANQUE POPULAIRE VIE - Direction Médicale / Médecin Conseil** à l'adresse suivante : 115, rue Réaumur – CS 40230 - 75086 Paris Cedex 02. Assurances Banque Populaire Vie s'engage à accuser réception de la demande dans les dix jours ouvrables à compter de sa réception et à apporter une réponse au maximum dans les deux mois. Si, malgré nos efforts pour le satisfaire, l'assuré reste mécontent de notre décision, il pourra demander, conformément au Protocole de la médiation que l'assureur s'est engagé à respecter, un avis au Médiateur du Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances (GEMA), personnalité indépendante extérieure au Groupe

BPCE. Sa demande devra être adressée à Monsieur le Médiateur du GEMA – 9, rue de Saint-Pétersbourg – 75008 Paris. Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux. Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur du GEMA et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

**12 : AUTORITE DE CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur et de l'intermédiaire est l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9

**13 : INFORMATIQUE ET LIBERTES – traitement des données personnelles**

Les informations recensées sur la demande d'adhésion sont nécessaires pour procéder à l'étude du dossier de l'assuré. Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'assuré d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur collecte. Par la signature de la demande d'adhésion, l'assuré accepte expressément, en application de l'article 8 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, que les données médicales le concernant soient collectées et traitées pour les besoins de cette étude, et transmises au prêteur, à l'assureur, ses mandataires et réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels concernés.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression portant sur les informations le concernant, qu'il peut exercer auprès d'Assurances Banque Populaire Vie – Service Qualité – Relations Clientèle - 115, rue Réaumur – CS 40230 - 75086 Paris Cedex 02.

**14 : VENTE A DISTANCE – DEMARCHAGE A DOMICILE**

En application des articles L.112-2-1 et L.112-9 du Code des assurances, l'assuré peut, dans le cadre de la vente à distance ou d'un démarchage à domicile, renoncer à son adhésion en adressant dans les 14 jours calendaires révolus à compter de date de signature de sa demande d'adhésion, une lettre recommandée avec avis de réception à la Banque Populaire, BP RIVES DE PARIS 76-78 Avenue de France 75204 Paris Cedex 13 selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) (Mr. Mme. – nom – prénom- adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat Emprunteur n°XXX signée le XXX et demande le remboursement des sommes versées correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Les sommes éventuellement versées au titre de l'assurance facultative seront restituées dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la notification – Fait à..... le .... signature».

# La Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

La convention AERAS, signée entre les professionnels de la banque et de l'assurance, des associations de malades et de consommateurs et les Pouvoirs Publics, a pris effet en Janvier 2007, pour faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

## 1 - Qui est concerné et qu'est-ce qu'un risque aggravé de santé ?

Lorsque vous souhaitez emprunter, vous avez dans la plupart des cas à souscrire une assurance emprunteur pour protéger la banque et vous-même (voire vos héritiers) contre les risques de décès et d'invalidité. Les engagements pris dans la convention AERAS vous concernent si vous présentez pour l'assurance un risque aggravé de santé. Cela signifie que votre état de santé ou votre handicap ne vous permet pas d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standards, quelle qu'en soit la raison.

## 2 - Où puis-je m'informer sur les dispositions de la convention AERAS ?

Vous trouverez une information complète sur la Convention AERAS sur le site officiel [www.aeras-info.com](http://www.aeras-info.com). A partir de ce site, vous pouvez télécharger gratuitement le texte intégral de la convention AERAS. Vous pouvez également obtenir des informations sur le site de votre Banque [www.banquepopulaire.fr](http://www.banquepopulaire.fr) ou contacter votre agence qui vous communiquera les coordonnées du référent AERAS de votre Banque.

## 3 - Comment est respectée la confidentialité des informations concernant ma santé ?

La convention AERAS rappelle l'obligation de confidentialité des informations personnelles concernant votre santé. Vous êtes censé répondre seul au questionnaire de santé. Par souci de confidentialité, votre conseiller Banque ne vous assistera qu'à votre demande.

Le questionnaire médical que vous avez à remplir comporte des questions précises sur des événements relatifs à votre état de santé et en aucun cas ne fait référence aux aspects intimes de votre vie privée. Vous pouvez insérer votre questionnaire, une fois rempli, dans une enveloppe cachetée et seul le service médical de l'assureur en prendra connaissance. S'il a besoin d'informations complémentaires, il prendra contact avec vous pour vous demander des examens médicaux spécifiques.

## 4 - Comment la convention AERAS s'applique-t-elle aux prêts immobiliers et aux prêts professionnels ?

Si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré par le contrat de base, votre dossier sera automatiquement examiné à un 2ème niveau par un service médical spécialisé. Vous n'avez rien à faire.

Si, à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas vous être établie, votre dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de votre part, par un 3ème niveau national, constitué d'experts médicaux de l'assurance. Cet ultime examen ne concerne que les prêts immobiliers et les prêts professionnels répondant aux conditions suivantes :

- montant maximum : 300 000 €
- votre âge en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

A défaut d'accord de l'assurance au 3ème niveau : voir question 8.

## 5 - Que se passe-t-il si, en raison de mon état de santé et de mes revenus, le coût de l'assurance est trop élevé ?

La convention AERAS a prévu la prise en charge d'une partie des surprimes éventuelles pour les personnes aux revenus modestes, dans le cadre de l'achat d'une résidence principale ou d'un prêt professionnel.

Vous pouvez bénéficier de ce dispositif si votre revenu ne dépasse pas un plafond fixé en fonction du nombre de parts de votre foyer fiscal et du Plafond de la Sécurité Sociale (PSS) :

revenu < 1 fois le PSS si votre nombre de parts est 1 à 2  
revenu < 1,25 fois le PSS, si votre nombre de parts est 2,5  
revenu < 1,5 fois si votre nombre de parts est 3 ou plus

Si vous entrez dans une des catégories ci-dessus, votre prime d'assurance ne représentera pas plus de 1,5 points dans le taux effectif global de votre emprunt.

## 6 - Suis-je obligé d'accepter le contrat d'assurance groupe proposé par ma Banque ?

Si le contrat d'assurance groupe de votre Banque ne vous apporte pas une réponse satisfaisante, vous pouvez en proposer un autre. Les banques se sont engagées à accepter un contrat individuel d'assurance décès et invalidité que vous pourriez souscrire directement auprès d'un assureur, dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent au contrat groupe. Les conditions d'emprunt du crédit seront les mêmes quelle que soit la solution d'assurance retenue.

## 7 - Quel est le délai de traitement des demandes de prêt avec la convention AERAS ?

Les professionnels de l'assurance et de la banque se sont engagés à donner une réponse à votre demande de prêt immobilier dans un délai global de 5 semaines pour un dossier complet, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition de l'assurance. Les professionnels de la banque s'engagent, dans la convention AERAS, à vous informer par écrit de tout refus du prêt qui aurait pour seule origine un problème d'assurance. Si l'assurance vous est refusée, vous pouvez, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, prendre contact avec le médecin de l'assureur, pour obtenir des précisions sur les raisons médicales du refus.

### Bon à savoir

*Vous pouvez anticiper la question de l'assurance, notamment si vous pensez présenter un risque aggravé de santé. Ainsi, avant même d'avoir signé une promesse de vente ou sans attendre que votre demande de prêt soit complétée vous pouvez déposer une demande de couverture, auprès de votre banque ou d'une entreprise d'assurance. Cette anticipation vous permettra d'avoir une décision d'assurance avant que votre projet immobilier soit bouclé. Dans ces conditions, si vous obtenez un accord d'assurance pour garantir un crédit immobilier, cet accord est valable 4 mois, et il reste acquis même si, pendant ces 4 mois, le logement à financer par le crédit change.*

## 8 - Que faire si l'accord de l'assurance ne peut être obtenu ?

Sans assurance emprunteur possible pour garantir votre prêt (ou si ses garanties paraissent insuffisantes pour le succès de votre opération), la Banque va chercher d'autres moyens pour vous permettre de réaliser votre projet. Elle essaiera avec vous, à la place de l'assurance, de trouver une garantie alternative ou complémentaire. Il peut s'agir par exemple d'une garantie personnelle, comme la caution d'une personne solvable, d'une garantie réelle comme le nantissement d'un capital placé, de la délégation d'un contrat d'assurance-vie ou de prévoyance individuelle, ou encore d'une hypothèque sur un bien immobilier autre que le bien à financer. Dans tous les cas, c'est la Banque qui appréciera la valeur de cette garantie alternative.

## 9 - Que faire en cas de litige ?

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS, tels qu'ils sont décrits dans le texte de la convention, n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez faire appel à une commission de médiation. Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises ; elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend et favorise le dialogue si besoin, entre votre médecin et le Médecin Conseil de l'assureur. Pour déposer un recours auprès de la commission de médiation, vous devez écrire à l'adresse suivante en joignant les copies de tous les documents utiles :

**Commission de médiation de la convention AERAS 61, rue Taitbout 75009 PARIS**