

a) Modification à la hausse

En-dehors d'un sinistre :

Lorsqu'un Assuré décide de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, le surplus de garantie est pris en compte par l'Assureur au terme d'un délai de 90 jours, et ce pour autant qu'aucun sinistre ITT ne soit survenu pendant ledit délai.

- En cas de sinistre survenant pendant le délai de 90 jours, l'indemnisation portera sur le montant de l'échéance précédant l'augmentation.
- En cas de sinistre survenant après le délai de 90 jours, l'indemnisation portera sur le montant de la nouvelle échéance.

Si l'ITT est la conséquence d'un Accident, tel que défini à la rubrique DÉFINITIONS, le délai de 90 jours ne s'applique pas.

En cours de sinistre :

Lorsqu'un Assuré décide, en cours de sinistre, de modifier à la hausse le montant de ses échéances de prêt, l'Assureur prend en compte le montant de l'échéance précédant l'augmentation, et ce pendant toute la durée du sinistre.

b) Modification à la baisse

En toute hypothèse, l'Assureur prend en compte le nouveau montant de l'échéance.

c) Prêt à taux révisable

La révision et le passage à taux fixe prévus au contrat d'origine seront intégrés dans la prise en charge à l'exception de l'augmentation éventuelle des échéances résultant d'un passage à taux fixe postérieur à la date de survenance du sinistre.

12 – DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés ci-dessous.

Dans tous les cas, l'adhésion et les garanties cessent :

1. au terme contractuel du prêt garanti quelle qu'en soit la cause,
2. en cas de non-paiement de prime conformément à l'article 14.3 - «Non-paiement de la prime»,
3. pour la caution assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord du Prêteur,
4. à la date de remboursement anticipé total du prêt,
5. au jour du prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt,
6. au jour du versement de la prestation en cas de Décès ou de PTIA,
7. au jour de la réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, de la lettre de renonciation conformément à l'article 10,
8. au jour de la réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, de la lettre de résiliation de l'Assuré. En effet, l'Assuré dispose d'une faculté annuelle de résiliation, sous réserve d'adresser une lettre recommandée à l'Assureur, par l'intermédiaire du Prêteur, au moins 2 mois avant la date d'échéance (date anniversaire de l'adhésion).
9. et au plus tard au 75^e anniversaire de l'Assuré.

En tout état de cause, les garanties cessent pour chaque Assuré au plus tard :

- pour la garantie Décès : au 75^e anniversaire de l'Assuré.
- pour la garantie PTIA Accidentelle : au 75^e anniversaire de l'Assuré.
- pour la garantie PTIA Toutes causes : au 65^e anniversaire de l'Assuré sans entraîner de modification du montant des primes.
- pour les garanties ITT et IA :
 - à l'échéance de prêt qui suit la mise à la retraite ou préretraite de l'Assuré quelle qu'en soit la cause (y compris les mises à la retraite pour invalidité, réforme, inaptitude ou autre)
 - et au plus tard à l'échéance de prêt qui suit son 65^e anniversaire sans entraîner de modification du montant des primes.

13 - RISQUES EXCLUS

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

- le suicide de l'Assuré pendant la première année d'assurance à compter de la date de prise d'effet des garanties. 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,
- les conséquences du fait intentionnellement causé par l'Assuré, emprunteur ou co-emprunteur, ou les cautions personnes physiques dès lors que la caution est exercée,
- les conséquences des faits de guerre civile ou étrangère, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences des faits d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les gendarmes, les*

policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion.

- les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de transmutation de noyaux d'atome,
- les conséquences d'accidents de navigation aérienne dans le cadre de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, vols sur U.L.M, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés au regard de la réglementation européenne, vols sur deltaplanes et parapentes, et vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- les conséquences de l'utilisation de véhicules à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse.

14 - PRIMES

14.1 - Taux de primes

Le taux de prime annuel est indiqué dans l'offre de prêt.

Les garanties sont consenties moyennant le paiement de primes déterminées en fonction de l'âge à l'adhésion et/ou de la nature du prêt, sur la base d'un taux de prime annuel constant, taxes comprises, et appliqué au capital initialement emprunté en tenant compte de la quotité assurée.

En cas de remboursement anticipé partiel du prêt, l'assiette de prime est minorée du montant du remboursement anticipé. La nouvelle assiette de prime est égale au capital emprunté diminué du montant du remboursement anticipé partiel. L'assurance poursuit ses effets pour les sommes restant dues.

14.2 – Paiement de la prime

La prime d'assurance est due à compter de la date de prise d'effet des garanties.

Le montant de la première prime d'assurance correspond au cumul des primes mensuelles dues pour la période comprise entre la date de conclusion de l'adhésion et le jour du 1^{er} déblocage des fonds (partiel ou total).

Elle est réglée notamment par prélèvement en même temps que la première échéance de remboursement de prêt.

En cas de sinistre Décès ou PTIA avant le règlement de la première prime d'assurance, l'Assureur s'engage à rembourser au Prêteur, le capital initial en fonction de la quotité garantie de l'Assuré. Le montant de la première prime d'assurance reste dû et est alors déduit du capital Décès ou PTIA remboursé au Prêteur.

Par la suite, les primes sont payables d'avance au Prêteur avec chaque échéance de prêt notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement français ou de l'UE, et ce, jusqu'à l'avant-dernière échéance de l'amortissement du prêt, ou d'intérêts pour les prêts en franchise d'amortissement, dont le terme se situe avant le 75^e anniversaire de l'Assuré.

En cours de prise en charge l'Assuré qui bénéficie de prestations ITT fait l'avance des primes qui sont remboursées par l'Assureur avec les échéances de prêt.

14.3 - Non-paiement de la prime

S'il ne règle pas ses primes, l'Assuré peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. A défaut de régularisation, l'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du code des assurances.

15 - RÈGLEMENT DES SINISTRES

Toute demande de prise en charge doit être adressée à : CNP Assurances - TSA 16755 - 95144 GARGES LES GONESSE Cedex.

Le versement des prestations est subordonné à la production de justificatifs. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du risque.

15.1 - En cas de Décès

Dans les jours qui suivent la survenance du décès de l'Assuré :

- une copie de l'acte de décès,
- un certificat médical indiquant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle, et certifiant que le décès n'appartient pas aux risques exclus par l'article 13 - "Risques exclus",
- en sus du certificat ci-dessus, en cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droit), les ayants droit devront fournir un

document détaillant les circonstances de l'accident, par exemple 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 et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

15.2 - En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Dans un délai maximum de six mois à compter de la date de survenance de l'invalidité :

► pour tout Assuré :

- une attestation médicale d'Incapacité/invalidité (document fourni par l'Assureur), à remplir par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant.

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra également fournir un certificat médical :

- attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état de santé l'oblige à recourir de façon permanente à une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie courante (se déplacer, se nourrir, s'habiller, se laver),
- précisant, en outre, la date à laquelle cette invalidité a revêtu un caractère total et définitif, et la nature de la maladie ou de l'accident dont elle résulte.

Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances.

- En sus du certificat ci-dessus, en cas de PTIA accidentelle, un document détaillant les circonstances de l'accident, par exemple le procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou les éventuelles coupures de presse.

Par ailleurs, l'Assureur fait procéder à un contrôle médical, tel que défini à l'article 16.1 - « Contrôle médical », qui lui permet de statuer sur la demande de prestations.

Outre les pièces relatives à son état de santé, l'Assuré, en fonction de sa situation, doit fournir les pièces administratives suivantes :

► pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :

- une copie du titre de pension de troisième catégorie de la Sécurité sociale ou du régime équivalent mentionnant la nécessité de l'assistance permanente 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.

► pour les Assurés relevant du statut de la fonction publique ou assimilé :

- une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de commission de réforme.

► pour les Assurés cautions personnes physiques cas de PTIA Toutes causes :

- une copie des documents justifiant la mise en oeuvre de la procédure de recouvrement engagée à leur encontre et l'accomplissement de leur obligation de caution depuis au moins 3 mois à la date du sinistre.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

15.3 - En cas d'Invalidité AERAS (IA)

Il revient à l'Assuré ou à ses ayants droit de fournir à l'Assureur, dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une copie de la notification des conditions particulières d'assurance acceptées et signées par l'Assuré ;

- une attestation médicale d'Incapacité / invalidité (document fourni par l'Assureur), à remplir par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant.

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra également fournir un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances.

Doivent être produites en outre :

► pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent une copie de la notification par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale.

► pour les Assurés relevant du statut de la fonction publique ou assimilé :

- une copie de l'avis du comité médical ou de la commission de réforme,

- une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension.

► pour les travailleurs non salariés : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

Le versement des prestations est subordonné à la production de ces justificatifs.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

15.4 - En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT)

En vue du règlement des prestations ITT, l'Assuré (ou ses ayants-droit) constitue un dossier, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail et au plus tard le 180^e jour. A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance partielle de garantie peut être appliquée, conformément à l'article L.113-2 4^e du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. La prise en charge débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

L'Assuré doit fournir les pièces justificatives suivantes :

► pour tout Assuré :

- une attestation médicale d'incapacité/invalidité (document de l'Assureur fourni par l'Assureur), à remplir par l'Assuré avec l'aide de son médecin traitant, accompagnée de documents différents selon sa situation.

Si l'attestation est partiellement remplie, l'Assuré devra également fournir un certificat médical précisant :

- la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'état d'incapacité,
- la date à laquelle la maladie ou l'accident est survenu(e),
- le cas échéant, la durée probable de la période d'incapacité.

Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances.

Outre les pièces relatives à son état de santé, l'Assuré doit fournir les pièces justificatives administratives suivantes :

► pour les Assurés assujettis au régime général de la Sécurité sociale ou à un régime équivalent :

1. en cas d'arrêt de travail :

- la copie des bordereaux d'indemnités journalières maladie ou accident de la Sécurité sociale ou du régime équivalent 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.

2. en cas d'invalidité ou d'inaptitude totale:

- le titre de deuxième ou troisième catégorie d'une pension de l'assurance invalidité définie à au paragraphe L.341-4 du code de la Sécurité sociale accompagné des décomptes d'arrérages. Le titre de pension 1^{ère} catégorie ne permet pas de bénéficier de la garantie ITT.

ou :

- le titre de rente pour incapacité en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle.

► pour les Assurés relevant du statut de la fonction publique ou assimilé :

- Une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie.

► pour les travailleurs non salariés,

- Un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite.

- Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant que l'Assuré est bien en ITT comme défini au paragraphe 7.3.1, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

► pour les personnes sans profession, et les demandeurs d'emploi :

- Un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise, précisant que l'Assuré est bien en ITT comme défini aux paragraphes 7.3.

► En outre, pour les Assurés cautions personnes physiques :

- Une copie des documents justifiant la mise en oeuvre de la procédure de recouvrement engagée à leur encontre et l'accomplissement de leur obligation de caution depuis au moins 3 mois à la date du sinistre.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient à elles seules justifier la réalisation du risque.

Pour la poursuite de la prise en charge au titre de la garantie ITT, les pièces précitées doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les 3 mois pour le certificat médical et selon une périodicité fixée par l'Assureur pour l'attestation médicale d'invalidité/incapacité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

16 – CONTRÔLE MÉDICAL ET RECOURS

16.1 - Contrôle médical

La production des justificatifs définis aux points 15.2, 15.3 et 15.4 est indispensable mais peut ne pas être 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 désigné par ce dernier et à ses frais afin de vérifier que l'Assuré est bien en état de PTIA, IA, ou ITT tel que défini à l'article 7.2, 7.3 et 8.

Au vu des conclusions du rapport du médecin désigné, l'Assureur accepte ou refuse la prise en charge.

L'Assureur notifie sa décision à l'Assuré. Ensuite, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'ITT ou de l'IA, des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. L'Assureur suspend le versement des prestations dans l'attente de la production des conclusions de ces contrôles médicaux. 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 16.2.

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.

16.2 - Conciliation

L'Assuré qui conteste la décision de refus de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut demander l'ouverture d'une procédure de conciliation dans l'année qui suit ce contrôle.

Pour ce faire, l'Assuré doit faire parvenir à l'Assureur dans les trois mois suivant la date de réception de la notification de refus :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers-expert, et
- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le médecin contrôleur 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, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

16.3 - Tierce expertise

L'Assureur invitera alors son Médecin contrôleur et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers – expert afin de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Quelle que soit l'issue de cette procédure, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du médecin tiers-expert sont à la charge de la partie perdante, l'Assuré en faisant l'avance.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

17 - DROITS DE L'ASSURÉ

17.1 - Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

- Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

17.2 - Réclamation – Médiation

a) Réclamation

Pour toute réclamation relative à l'admission de l'Assuré, ce dernier peut s'adresser, pendant la durée de validité de la décision à : CNP Assurances - Direction Souscription et Maîtrise des risques Assurances - TSA 57161 - 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à la vie du contrat (sinistre, primes...), l'Assuré peut s'adresser à : CNP Assurances - Service réclamations - TSA 81566 - 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

b) Médiation

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront s'adresser au Médiateur de CNP Assurances, en adressant leur demande au Secrétariat de l'Instruction de la Médiation – 4 place Raoul Dautry – 75716 PARIS Cedex 15.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

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

17.3 - Informatique, fichiers et libertés

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Elles sont nécessaires à l'adhésion au contrat d'assurance n°0601D ainsi qu'à sa gestion, et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances et La Banque Postale Prévoyance, responsables du traitement chacune pour ce qui les concerne et à leurs réassureurs éventuels, à la Banque Postale, déléguataire de gestion d'assurance, ainsi qu'à leurs prestataires respectifs.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant. Ces droits peuvent être exercés à tout moment auprès de CNP Assurances, de La Banque Postale Prévoyance ou de La Banque Postale aux adresses suivantes :

- Pour La Banque Postale – auprès du Centre Financier teneur du compte dont l'adresse est indiquée sur votre relevé ou auprès du Service Relation Clients de la Banque Postale - 115 rue de Sèvres – 75275 PARIS Cedex 06.
- Pour CNP Assurances ou La Banque Postale Prévoyance - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

En outre, la Banque Postale et/ou ses propres partenaires commerciaux pourront adresser à l'Assuré des offres sur ses produits et services, sauf opposition de sa part. Dans ce cas, l'Assuré lui adressera un courrier en ce sens.

17.4 - Autorité chargée du contrôle

L'autorité chargée du contrôle des Organismes Assureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

17.5 - Loi applicable - Langue utilisée

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Organismes Assureurs et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Prêteur utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

CNP Assurances - Société anonyme au capital de 643 500 175 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris

CNP IAM - Société anonyme au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré - 383 024 189 RCS Paris

Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15 - Tél 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr

GROUPE CAISSE DES DEPOTS

LA BANQUE POSTALE PRÉVOYANCE - Société anonyme au capital de 5 202 000 euros entièrement libéré - Siège social : 10 place de Catalogne - 75014 PARIS - SIREN 419 901 269 RCS Paris

Entreprises régies par le code des assurances

LA BANQUE POSTALE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 3 185 734 830 euros - Siège social et adresse postale : 115 rue de Sèvres - 75275 PARIS Cedex 06
RCS Paris 421 100 645 - Code APE 6419 Z, intermédiaire d'assurance immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 023 424

