



**Liste des critères exigés  
pour apprécier l'équivalence du niveau de garantie**  
Contrat d'assurance groupe 7371 M de CNP Assurances  
en couverture de prêts immobiliers

**TYPES DE GARANTIES ET QUOTITES EXIGES PAR LE PRETEUR**

|   |       |
|---|-------|
| Décès   | 100 % |
| Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) | 100 % |
| Incapacité Temporaire Totale (ITT)              | 100 % |
| Invalidité Permanente Totale (IPT)              | 100 % |
| Invalidité Permanente Partielle (IPP)           | 100 % |
| Perte d'Emploi                                  | x     |

**LISTE DE CRITERES DE GARANTIES**

| POUR LES GARANTIES DECES, PTIA, INVALIDITE ET INCAPACITE   |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| Couverture des sports amateurs pratiqués par l'emprunteur à la date de souscription  | <input type="checkbox"/> oui            | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Maintien de la couverture en cas de déplacement dans le monde entier</b>  |   |                              |
| A titre personnel  | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| A titre professionnel ou humanitaire   | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| GARANTIE DECES   |   |                              |
| <b>Couverture de la garantie décès pendant toute la durée du prêt (uniquement si votre prêt se termine avant votre 75ème anniversaire)</b> | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

|  |   |
|--|---|
| <b>GARANTIE PTIA</b>   |   |
| <b>Couverture de la garantie PTIA pendant toute la durée du prêt (uniquement si votre prêt se termine avant votre 65<sup>ème</sup> anniversaire)</b>       | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |
| <b>GARANTIE INCAPACITE</b>   |   |
| <b>Couverture de la garantie incapacité pendant toute la durée du prêt (uniquement si votre prêt se termine avant votre 65<sup>ème</sup> anniversaire)</b> | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |
| Délai de franchise   | <input type="checkbox"/> ≤ 30 jours<br><input type="checkbox"/> ≤ 60 jours<br><input type="checkbox"/> ≤ 90 jours<br><input type="checkbox"/> ≤ 120 jours<br><input type="checkbox"/> ≤ 180 jours   |
| <b>Pour une personne en activité, évaluation en fonction de la profession exercée au jour du sinistre</b>  | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |
| <b>Pour une personne en activité, prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre</b>               | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |
| Maintien de la couverture en cas de temps partiel thérapeutique avec une prise en charge minimale de 50% sur une durée d'au moins 90 jours                 | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   |
| <b>Couverture des inactifs au moment du sinistre</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br><br>Si oui, taux de prise en charge<br><input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-99% <input checked="" type="checkbox"/> 100%  |
| <b>Couverture des affections dorsales</b>  | <input checked="" type="checkbox"/> sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale<br><br><input type="checkbox"/> avec conditions d'hospitalisation<br>( <input type="checkbox"/> 10 jours <input type="checkbox"/> 10 jours et plus) ou d'intervention chirurgicale |
| <b>Couverture des affections psychiatriques</b>  | <input checked="" type="checkbox"/> sans condition d'hospitalisation<br><input type="checkbox"/> avec conditions d'hospitalisation<br>( <input type="checkbox"/> 10 jours <input type="checkbox"/> 10 jours et plus)  |

| <b>GARANTIE INVALIDITE</b>  |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| Couverture de la garantie invalidité pendant toute la durée du prêt   | <input type="checkbox"/> oui  | <input type="checkbox"/> non |
| Evaluation en fonction de la profession exercée au jour du sinistre   | <input type="checkbox"/> oui  | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Prise en charge de l'invalidité totale sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre</b> | <input checked="" type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Prise en charge de l'invalidité partielle (IPP) à partir de 33%</b>                                      | <input checked="" type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non |
| Couverture des affections dorsales  | <input type="checkbox"/> sans condition d'hospitalisation ni intervention chirurgicale<br><br><input type="checkbox"/> avec condition d'hospitalisation<br>( <input type="checkbox"/> < 10 jours <input type="checkbox"/> 10 jours et plus) ou d'intervention chirurgicale) |                              |
| Couverture des affections psychiatriques  | <input type="checkbox"/> sans condition d'hospitalisation<br><br><input type="checkbox"/> avec condition d'hospitalisation<br>( <input type="checkbox"/> <10 jours <input type="checkbox"/> 10 jours et plus)   |                              |