

Notice d'information

du contrat d'assurance de groupe PREMIUM EMPRUNTEUR II N°4562 ou 4566
souscrits par UGIPS auprès d'AXA France VIE et AXA France IARD.

I - Objet du contrat

PREMIUM EMPRUNTEUR II est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative, souscrit par UGIPS auprès d'AXA France VIE et AXA France IARD, au profit de ses adhérents, clients de MEILLEURTAUX SA, en vue de garantir des prêts immobiliers et des prêts personnels accordés par des organismes prêteurs (ci-après dénommés le ou les prêteurs). Ce contrat permet aux emprunteurs, co-emprunteurs et à leurs cautions de s'assurer, en fonction de leur choix et de la nature de leur activité professionnelle, contre les risques de DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL (ITT), INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT), INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) et PERTE D'EMPLOI (PE).

L'attention des assurés est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité Sociale relatives à l'incapacité de travail ou à l'invalidité et celles de l'assureur dans les mêmes domaines.

Le contrat est régi par le Code des assurances dont l'article L.113-8 prévoit notamment :

« (...) **Indépendamment des clauses ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat 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 modifie 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.** »

Le présent contrat est régi uniquement par la loi française, à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises. La loi française s'appliquera.

II - Caractéristiques des opérations garanties

Les caractéristiques des prêts immobiliers et professionnels entrant dans le champ d'application du présent contrat sont les suivantes :

- **prêts amortissables**, à taux fixe ou à taux indexé, d'une durée maximale de 30 ans.
- **prêts relatifs à une VEFA** (Vente en Etat Futur d'Achèvement), prêts amortissables tels que définis ci-dessus, à déblocages successifs, avec une période maximale de 3 ans entre la date de l'offre de prêt et le dernier déblocage des fonds,
- **prêts par paliers** ou prêts lissés d'une durée maximale de 30 ans,
- **prêts modulables** : ils sont remboursables par échéances constantes ou variables et ont une durée maximale de 30 ans (y compris le rallongement de la durée initiale liée à une baisse du montant de la mensualité). Il est précisé que l'assurance peut être prolongée dans la limite de 2 ans sans nouvelle formalité médicale.
- **prêts in fine** : ces prêts sont d'une durée maximum de 20 ans. Les intérêts sont réglés périodiquement.
- **crédits relais** : ces prêts sont d'une durée maximum de 36 mois. Les intérêts peuvent être réglés soit périodiquement, soit capitalisés et réglés avec le remboursement global du prêt.

Il est précisé que la durée maximale des prêts amortissables et des prêts modulables est portée à 35 ans pour les postulants âgés de moins de 45 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

- **Les prêts personnels** amortissables d'un montant minimum de 10.000 € entrent également dans le champ d'application du présent contrat.

Dès lors, le terme utilisé dans la suite du présent document sera « PRÊT ».

III - Conditions d'admission

ADMISSIBILITÉ

Sont admissibles au présent contrat les personnes physiques :

- résidant en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe dans l'Union Européenne,
- âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de
 - plus de 18 ans,
 - moins de 85 ans pour la garantie DÉCÈS, si le capital total à assurer est inférieur ou égal à 500 000 €,
 - moins de 61 ans pour la garantie DÉCÈS, si le capital total à assurer est supérieur à 500 000 €,
 - moins de 60 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPT et IPP,
 - moins de 65 ans pour la couverture BÉNÉFICIAIRES CROISÉS
 - moins de 60 ans pour la garantie PERTE D'EMPLOI,

qui postulent à un contrat de prêt tel que défini au chapitre II « CARACTÉRISTIQUES DES OPÉRATIONS GARANTIES » en qualité d'emprunteur, co-emprunteur, dirigeant ou caution de personne morale,

- âgées de plus de 18 ans qui constituent, à l'appréciation du prêteur, un élément primordial de la bonne marche et de la stabilité de la personne morale « emprunteuse » ou qui s'engagent avec cette dernière à rembourser le prêt. Il est précisé que seules les sociétés de 10 salariés au plus peuvent bénéficier de ces prêts professionnels.

Garantie perte d'emploi

Sont admissibles les personnes physiques, emprunteurs et co-emprunteurs, répondant aux conditions d'âge citées ci-dessus, et qui, à la date de signature de la demande d'admission :

- demandent à bénéficier des garanties de l'option 2 ou l'option 3,
- donnent leur consentement à cette garantie,
- et exercent une activité professionnelle **salariée**.

Toutefois, lorsqu'un emprunteur ou co-emprunteur n'est pas admissible à l'assurance en raison d'une absence d'activité professionnelle salariée lors de l'octroi du prêt, il peut, s'il remplit par ailleurs les autres conditions d'admissibilité, demander son adhésion à l'assurance perte d'emploi à partir de la date à laquelle il devient salarié et ce dans un délai maximal de 6 mois à compter de la prise d'effet de son contrat de travail.

IL EST PRÉCISÉ QUE SEULS LES TITULAIRES DE PRÊTS AMORTISSABLES ET MODULABLES PEUVENT DEMANDER LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI.

NATURE DES GARANTIES

Chaque postulant a la possibilité de choisir l'une des options suivantes à l'exception des postulants à un prêt personnel qui ne peuvent opter que pour l'une des 3 premières options :

- > **OPTION 1 : GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA),**
- > **OPTION 2 : GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL (ITT) / INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE (IPT),**
- > **OPTION 3 : GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL (ITT) / INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE (IPT), INVALIDITÉ PERMANENTE ET PARTIELLE (IPP).**

En outre, le postulant pourra également choisir en complément la garantie optionnelle ci-dessous :

- > **OPTION 5 : GARANTIE PERTE D'EMPLOI (PE). CETTE GARANTIE EST ACCORDÉE UNIQUEMENT AUX PERSONNES QUI SOUSCRIVENT LES OPTIONS 2 (DC/PTIA/ITT/IPT) OU 3 (DC/PTIA/ITT/IPT/IPP).**

Pour cette garantie, le postulant a le choix entre 2 formules (prise en charge à hauteur de 50 % ou 70 % de la mensualité affectée de la quotité assurée).

Par ailleurs, le postulant aura la possibilité de souscrire à l'option ci-dessous « Bénéficiaires Croisés » sans obligation de souscrire à une autre option.

- > **OPTION 6 : GARANTIE DECES/PTIA DÉNOMMÉE «BÉNÉFICIAIRES CROISÉS»**

Les garanties ITT, IPT, IPP et PE ne peuvent être demandées qu'à condition que :

- **le proposant exerce une activité professionnelle rémunérée et réside habituellement en France,**
- **ou qu'il réside dans l'un des pays de l'Union Européenne et qu'il bénéficie d'un contrat de travail français.**

Le choix de ou des options est indiqué lors de l'adhésion. Toutefois, sous réserve de l'accord de l'assureur et du renouvellement des formalités d'adhésion, ce choix pourra être modifié.

CAUTION

Lorsqu'elles répondent aux conditions d'admission définies aux paragraphes précédents, les personnes physiques intervenant au contrat de prêt en qualité de caution peuvent adhérer aux options 1, 2 ou 3. Elles acquittent alors les cotisations prévues.

Toutefois, les garanties ITT, IPT et IPP ne leur sont acquises qu'en cas d'insolvabilité de l'emprunteur principal et si elles apportent la preuve qu'elles sont les payeurs réguliers et reconnus du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'assureur et le(s) prêteur(s) s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis au postulant par le conseiller financier et consultable à l'adresse suivante : www.aeras-infos.fr.

Les dispositions de la convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes dispositions. Aussi, toute demande d'adhésion d'un candidat présentant un risque aggravé de santé et ne pouvant être accepté dans le contrat de base est automatiquement transférée vers un dispositif de 2ème niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2ème niveau, l'assureur transmet le dossier au pool de réassurance du 3ème niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

En vue de bénéficier des assurances, tout admissible doit remplir et signer une demande d'adhésion.

Par rapport au montant du CAPITAL TOTAL À ASSURER défini au chapitre IV "CAPITAL ASSURÉ", tout postulant doit satisfaire aux formalités d'admission décrites ci-après :

ÂGE	CAPITAL À ASSURER	FORMALITÉS
Moins de 45 ans	≤ 200 000 €	Déclaration d'état de santé
	> 200 000 € et ≤ 300 000 €	Questionnaire de santé
	> 300 000 € et ≤ 2 000 000 €	Questionnaire de santé + examens médicaux
45 ans et plus	≤ 250 000 €	Questionnaire de santé
	> 250 000 € et ≤ 2 000 000 €	Questionnaire de santé + examens médicaux

Lorsque le postulant est âgé de moins de 45 ans et le capital à assurer inférieur ou égal à 200 000 €, et qu'il ne peut pas signer la déclaration d'état de santé, il doit répondre au questionnaire de santé. Au vu de ce questionnaire, le Médecin Conseil de l'assureur pourra demander à l'intéressé un complément d'information, dont les éventuels honoraires sont à la charge de l'assureur, dans la limite du tarif Sécurité Sociale d'une consultation. L'assureur se prononcera alors sur l'acceptation ou le refus du risque soumis.

L'acceptation peut être donnée avec ou sans réserve et donner lieu à une tarification particulière en raison d'un risque aggravé ou du risque dit « risque de séjour ». Dans tous les cas, cette acceptation se traduit par l'envoi à l'assuré de son certificat d'adhésion.

Lorsque le postulant doit se soumettre aux examens médicaux demandés par l'assureur, les honoraires médicaux relatifs à ces formalités sont à la charge de l'assureur, dans la limite des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale.

L'assureur se prononcera sur l'acceptation ou le refus du risque soumis dans les conditions énoncées au paragraphe précédent.

Si, lors de l'octroi d'un prêt, le postulant est déjà garanti par les présents contrats et/ou par le contrat n°1229, pour des prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme, les formalités à accomplir sont celles correspondant au cumul des sommes à assurer, en tenant compte des capitaux restant dus sur les précédents prêts.

IV - Capital assuré

À partir des éléments figurant sur la demande d'adhésion, il est défini un CAPITAL TOTAL À ASSURER permettant de déterminer les formalités d'admission à accomplir par le postulant, dont le montant est égal :

- au montant du capital emprunté multiplié par la valeur de la quotité figurant sur la demande, sous réserve de l'application des dispositions du paragraphe « ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR » du présent chapitre,
- majoré des capitaux restant dus à la date de demande d'adhésion, assurés au titre des présents contrats et du contrat n°1229.

ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

Le montant maximal de l'engagement de l'assureur, pour un même assuré, quel que soit le nombre de prêts garantis au titre des présents contrats et/ou au titre du contrat n°1229, est limité à 2 000 000 euros (DEUX MILLIONS D'EUROS).

Si, lors de l'octroi d'un prêt, l'assuré est déjà garanti par les présents contrats et le contrat n°1229, au titre de prêts non encore arrivés à terme, le montant de l'engagement de l'assureur au titre du nouveau prêt est limité au maximum ci-dessus, diminué du montant total des sommes restant dues au titre de prêts antérieurs à la date de signature de la demande d'adhésion. Lorsque pour un prêt donné, l'engagement de l'assureur a été limité, les garanties de ce prêt

sont réduites au cours de sa durée par application d'un coefficient égal au rapport existant entre l'engagement initial de l'assureur au titre de ce prêt et son montant réel à l'origine.

V - Date d'effet des garanties

PRINCIPE GENERAL

L'assuré est garanti pour toute la durée de l'opération de crédit sous réserve de l'application des dispositions prévues au chapitre « CESSATION DES GARANTIES ». Les garanties joueront conformément à l'échéancier prévu à l'origine du prêt, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification. L'assuré est tenu d'informer le service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II de toute modification concernant le ou les prêt(s) assuré(s). Il lui appartient alors de fournir le nouvel échéancier.

AMÉNAGEMENT DU PRÊT EN CAS DE REMBOURSEMENT ANTICIPÉ PARTIEL

En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties joueront conformément au nouvel échéancier, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

Changement de quotité : Un changement de quotité en cours de prêt sera possible, sous réserve d'une nouvelle sélection médicale en cas d'augmentation. Ce changement ne pourra intervenir qu'à la date anniversaire de la date d'effet avec un préavis de 2 mois. En cas de demande de réduction de la quotité assurée, la modification ne pourra se faire qu'après réception de l'accord écrit du bénéficiaire.

CUMUL DES GARANTIES : Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre des présents contrats et/ou du contrat n°1229, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100 %.

Le total des garanties cumulées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'assureur n'en reste pas moins limitée à ce montant pour l'ensemble des assurés d'un même prêt, et ce, tous contrats confondus.

DATE D'EFFET DES GARANTIES ET DÉCÈS ACCIDENTEL

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de la date de signature de l'offre de prêt ou du déblocage des fonds, de l'acceptation du risque par l'assureur et du paiement de la première prime d'assurance par prélèvement automatique, sous réserve que cette mise en place intervienne dans un délai de 30 jours à compter de l'acceptation du risque par l'assureur.

Toutefois,

- si **180 jours** se sont écoulés depuis la date de signature de la demande d'adhésion sans que les garanties aient pris effet, les formalités accomplies doivent être renouvelées,
- tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par l'assureur, **et quelle que soit l'option choisie par le postulant**, la couverture du risque de **DÉCÈS ACCIDENTEL** est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt, pour le montant du capital assuré, **dans la limite de 350 000 euros (TROIS CENT CINQUANTE MILLE EUROS)** et sous réserve des exclusions indiquées au chapitre XIII « RISQUES EXCLUS ». La couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne devient effective qu'au jour de l'acceptation par l'assureur,
- si au vu des conclusions du Conseil Médical, l'assureur se prononce sur le refus de l'adhésion du postulant, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification du refus de l'assuré.

IL EST PRÉCISÉ QUE DANS LE CAS OÙ L'ASSUREUR NE PEUT STATUER SUR L'ADMISSION AVANT L'EXPIRATION DU TROISIÈME MOIS À COMPTER DE LA DATE DE SIGNATURE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION, LA COUVERTURE DU RISQUE DE DÉCÈS ACCIDENTEL CESSE TROIS MOIS JOUR POUR JOUR À COMPTER DE LADITE DATE.

VI - Durée du contrat et des garanties

Les contrats sont conclus pour une durée d'un an et se renouvellent ensuite annuellement, sauf résiliation par l'Association ou l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un préavis de 2 mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation par l'Association ou l'Assureur, les garanties accordées sont maintenues aux adhésions en cours et ce, jusqu'au terme des prêts garantis, dans les mêmes conditions que celles des présents contrats. Aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée à compter de cette date de résiliation.

L'assuré peut résilier les garanties en mettant fin à son adhésion à la date de renouvellement de celle-ci. Pour cela, il doit prévenir le service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II par courrier recommandé au moins 30 jours avant la date de renouvellement de son adhésion, accompagnée de l'autorisation de l'organisme prêteur.

Il est cependant précisé que la résiliation des garanties couvertes par les options 1, 2 ou 3 entraîne automatiquement la résiliation de l'option 5 « PERTE D'EMPLOI » si elle a été souscrite. Par contre, la résiliation de la garantie de l'option 6 peut être

effectuée seule et n'a donc aucune incidence sur la validité des autres garanties si elles ont été souscrites.

VII - Cessation des garanties

Les garanties prennent fin pour chaque assuré :

- lors du remboursement total, anticipé ou non, du prêt garanti,
- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances,
- à la date de résiliation par l'assuré de son adhésion à l'association UGIPS.

Et en outre,

- **pour la garantie DÉCÈS** (sauf Décès de l'option 6) :
 - à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le **90ème anniversaire de l'assuré si le capital total à assurer est inférieur à 500 000 € à la souscription** ;
 - à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le **75ème anniversaire de l'assuré si le capital total à assurer est supérieur à 500 000 € à la souscription** ;
- **pour la garantie Décès** de l'option 6 :
 - à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le **70ème anniversaire de l'assuré** ;
- **pour la garantie PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE** :
 - à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le **67ème anniversaire de l'assuré** ;
- **pour les garanties INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE** :
 - la date de renouvellement de l'adhésion qui suit la survenance de l'un des événements suivants :
 - o cessation d'activité professionnelle ;
 - o départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail ;
 - o mise en situation de retraite ou de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes, ou tout autre régime assimilable ;
 - o 67ème anniversaire de l'assuré ;
- **pour la garantie PERTE D'EMPLOI** :
 - à la date du **62ème anniversaire de l'assuré**,
 - à la date de départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail,
 - à la date de mise en situation de retraite ou de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes, ou tout autre régime assimilable.

VIII - Bénéficiaire de l'assurance

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par les contrats, **le prêteur est le bénéficiaire acceptant** dans la limite des sommes dues par l'assuré.

Pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) prêteur(s), le bénéficiaire est :

- **en cas de décès** :
 - le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps, non divorcé,
 - à défaut et conjointement entre eux, les enfants vivants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, le père et la mère de l'assuré, conjointement ou le survivant d'entre eux,
 - à défaut, les ayants-droit de l'assuré,
 - ou toute autre personne expressément désignée par l'assuré par lettre recommandée, datée, signée et adressée au service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II. La modification interviendra à compter de la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).
- **en cas de perte totale et irréversible d'autonomie** :
 - l'assuré lui-même.

En ce qui concerne la garantie décès de l'option "COUVERTURE BÉNÉFICIAIRES CROISÉS" c'est la clause bénéficiaire en cas de décès ci-dessus qui s'applique.

IX - Garanties décès / perte totale et irréversible d'autonomie

Est considéré en état de PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité professionnelle lui procurant gain ou profit. Il doit, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

De plus, l'assuré ayant une activité salariée doit être classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 3ème catégorie ou bénéficiaire au titre d'un accident de travail d'une majoration pour tierce personne.

La réalisation du risque PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant l'expiration de la garantie définie au chapitre VII «CESSATION DES GARANTIES». Elle est assimilée au décès et par conséquent met fin aux assurances.

MONTANT DE LA PRESTATION

EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'assuré, survenant avant la date de cessation de la garantie indiquée au chapitre VII CESSATION DES GARANTIES, le montant du capital versé est égal au montant défini ci-dessous, affecté de la quotité assurée :

- **pour les prêts amortissables** :
 - au montant du capital restant dû au jour du décès, majoré :
 - du montant des fonds non encore versés à l'assuré au jour du décès, si pour le prêt consenti la totalité du capital n'a pas encore été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,
 - des intérêts courus entre la date de la dernière échéance et la date du décès.
- **pour les prêts relais ou « IN FINE »** :
 - au montant du capital emprunté à l'origine, majoré des intérêts courus :
 - entre la date de dernière échéance précédant le décès et la date du décès, pour les prêts avec différé partiel d'amortissement,
 - entre la date d'octroi du prêt et la date du décès, pour les prêts avec différé total d'amortissement.

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

Si une échéance survient le jour du décès, elle est considérée comme postérieure à cette date et, par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le montant du capital assuré est égal à celui prévu en cas de décès à la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par le Médecin Conseil de l'assureur.

Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par l'assureur au titre des garanties ITT, IPT et IPP pour un même prêt sont déduites du montant du capital à régler, au titre de la PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE dans la mesure où ces sommes en capital sont venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du contrat, de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du règlement, les pièces suivantes sont à adresser au Médecin Conseil du Service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II dans les 6 mois suivant la survenance du sinistre ; à défaut, la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception de l'ensemble des pièces par l'assureur.

EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

- l'acte de décès de l'assuré,
- l'échéancier certifié conforme à la date du décès par le(s) prêteur(s),
- un certificat médical du médecin traitant, indiquant notamment les causes du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe.

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- l'échéancier certifié conforme par le(s) prêteur(s) à la date de la demande de prise en charge,
- un certificat médical du médecin traitant, sur formulaire de l'assureur apportant les précisions nécessaires sur la maladie ou l'accident qui est à l'origine de la demande de prise en charge,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
- et pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, la notification de la pension d'invalidité 3ème catégorie établie par la sécurité sociale.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du dossier.

X - Garanties incapacité temporaire et totale de travail, invalidité permanente totale ou partielle.

Ces garanties sont réservées aux personnes qui auront effectivement souscrit l'option 2 ou l'option 3 des présents contrats.

La présente assurance :

- concerne les assurés, ayant opté pour l'option 2 ou l'option 3, qui exercent effectivement, à la date d'arrêt de travail, une activité professionnelle rémunérée, aux mêmes conditions que celles exigées lors de l'adhésion.
- est acquise pour la caution qui apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du (des) prêt(s) concerné(s) depuis au moins six mois continus au jour du sinistre suite à l'insolvabilité de l'emprunteur principal.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL

Avant la consolidation de l'état de santé, est en incapacité de travail au sens du présent contrat, l'assuré se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité complète, **constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les Dom Tom, d'exercer sa profession.**

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet des garanties.

Le délai de franchise est fixé à 90 jours continus d'incapacité temporaire et totale de travail, décomptés à partir du premier jour de l'arrêt de travail.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

À la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré, le médecin conseil de l'assureur fixe le taux contractuel d'incapacité.

Ce taux est déterminé selon le barème ci-après à partir des taux d'incapacité fonctionnelle et d'incapacité professionnelle de l'assuré.

TAUX CONTRACTUEL

Le taux contractuel d'incapacité qui détermine le droit aux prestations est calculé en fonction du taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE et du taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE.

Le taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale suite à la maladie ou à l'accident, 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 est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normal et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Les taux contractuels d'incapacité sont ainsi répertoriés :

Taux d'incapacité fonctionnelle										
IP(*)	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10						33%	37%	40%	43%	46%
20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30				36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40			33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50			36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60			38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70			40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80			42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90		33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%	

IP(*) = Taux d'incapacité professionnelle

<i>Le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 33 % : l'assuré n'est pas en incapacité de travail.</i>	<i>Le taux contractuel d'incapacité est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % : l'assuré est en invalidité permanente partielle.</i>	<i>Le taux contractuel d'incapacité est égal ou supérieur à 66 % : l'assuré est en invalidité permanente et totale</i>
---	---	--

INDEMNISATION

MONTANT DES PRESTATIONS

Pour l'assuré reconnu en état d'incapacité de travail, l'assureur règle au(x) prêteur(s) à l'expiration de la période de franchise et dans les limites prévues aux paragraphes « LIMITATION DES PRESTATIONS » et « CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS » du présent chapitre, 100 % du montant de l'échéance mensuelle due en application du contrat de prêt, conformément au tableau d'amortissement fourni lors de la déclaration du sinistre, affecté de la quotité assurée.

La prestation versée au titre de la période allant du 91^e jour à la prochaine échéance est calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Le cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le(s) prêteur(s) et valides depuis plus de six mois au moment du sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision. L'assuré devra avoir régulièrement fourni les nouveaux tableaux d'amortissement.

L'assureur rembourse également les fractions de cotisations relatives aux garanties DECÈS / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE afférentes aux échéances indemnisées.

Il est précisé que pour les prêts sans amortissement d'intérêt, aucune prestation n'est due pendant la période de différé total d'amortissement.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt et intervenues moins de six mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'incapacité de travail,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le(s) prêteur(s),
- pour les prêts à remboursement in fine et les crédits relais, le montant du capital.

À compter de la consolidation de l'état de santé de l'assuré le maintien des prestations, leur réduction ou leur suppression, sont fonction du taux contractuel d'incapacité et de l'option choisie par l'assuré sur sa demande d'adhésion :

- option 2 retenue, garanties ITT et ITP :
 - si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations sont maintenues,
 - si le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 66 %, les prestations sont supprimées.
- option 3 retenue, garanties ITT, ITP et IPP :
 - si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations sont maintenues,
 - si le taux contractuel d'incapacité est compris entre 33 et 66 %, les prestations sont calculées de la façon suivante :
N-33 des sommes dues en cas d'incapacité totale x quotité,
33 (N étant le taux contractuel d'incapacité),
 - si le taux contractuel est inférieur à 33 %, les prestations sont supprimées.

LIMITATION DES PRESTATIONS

Le montant de la prestation mensuelle est limitée à **8 000 euros (HUIT MILLE EUROS)** pour un même assuré tous prêts confondus.

S'il apparaît, au moment du sinistre, que les sommes assurées, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du présent contrat, sont supérieures au montant maximal fixé au paragraphe « ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR » du chapitre IV « CAPITAL ASSURÉ », l'indemnisation sera réduite à due concurrence dudit montant.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité de travail et Invalidité n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur au remboursement du prêt garanti.

DURÉE D'INDEMNISATION

L'assureur rembourse au terme du délai de franchise les échéances d'amortissement des prêts, calculées prorata temporis et ce dans les limites indiquées ci-dessus.

REPRISE DU TRAVAIL

Si, après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à **DEUX MOIS**, l'assuré est victime d'une rechute provenant de la même maladie ou du même accident, la durée de reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations.

En revanche, une rechute survenant **plus de DEUX MOIS** après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera une nouvelle application du délai de franchise.

RÈGLEMENT DES SINISTRES

DÉLAIS DE DÉCLARATION

Sauf effet de la prescription légale rappelée ci-après, les sinistres déclarés **plus de 180 jours** après leur survenance, seront considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration. Toutefois, il ne sera pas fait application du délai de franchise.

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations cesse :

- lorsque le taux contractuel d'incapacité prévu au chapitre X « GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE » est :
 - inférieur à 66 % pour l'option 2,
 - et inférieur à 33 % pour l'option 3,
- à la date de reprise même partielle d'une activité,
- à la date de départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise en situation de retraite ou de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable, au plus tard,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'assuré atteint son **67^{ème}** anniversaire, et, en tout état de cause,
- au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du versement des prestations prévues au paragraphe « INDEMNISATION » du présent chapitre, le Service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II constitue le dossier sinistre.

Quel que soit le régime de l'assuré ou le type de prêt souscrit, la première demande de prestation doit être accompagnée d'un certificat médical du médecin traitant, sur le formulaire fourni par l'assureur, et de l'échéancier certifié conforme à la date de l'arrêt de travail par le(s) prêteur(s).

Outre ces documents, les justificatifs suivants doivent être transmis :

- **pour les assujettis au régime général de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**
 - les décomptes de règlement dudit organisme, au cours de la période indemnisée ;

- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
 - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
 - les justificatifs de paiement de pension ou rente.
 - **pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**
 - une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,
 - le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme, *au cours de la période indemnisée :*
 - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
 - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
 - les justificatifs de paiement de pension ou rente.
 - **pour les assujettis au Régime des Travailleurs Non Salariés de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**
 - les certificats de prolongation établis par le médecin traitant.
- Toute modification de l'état de santé de l'assuré, toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent être signalées à l'assureur dans le plus bref délai par la production de pièces justificatives, sinon l'assuré est considéré comme guéri à l'expiration des arrêts de travail accordés par les certificats précédemment remis.
- Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier.**

XI – Couverture Bénéficiaires croisés

La présente garantie concerne les personnes :

- âgées de moins de 65 ans lors de la demande d'adhésion,
- qui ont souscrit, lors de l'octroi d'un prêt, une «assurance emprunteur», dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur, pour un pourcentage inférieur à 100%,
- et qui souhaitent compléter cette première couverture en garantissant au bénéficiaire désigné au bulletin d'adhésion (conformément aux dispositions de l'article VIII de la présente notice) le paiement du capital restant dû, au jour du décès ou à la date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie, correspondant au pourcentage non couvert par le contrat «assurance emprunteur», dans la limite du montant maximum assuré fixé ci-dessous.

Le montant minimum à garantir est fixé à 20.000 €. Le montant maximum à garantir est fixé à 350.000 €.

DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du règlement, les pièces précisées au chapitre IX de la présente notice, pour les risques de DECES et de PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, sont à adresser au Médecin Conseil du Service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II, dans les 6 mois suivant la survenance du sinistre ; à défaut, la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception de l'ensemble des pièces par l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du dossier.

XII – Garantie perte d'emploi

Cette garantie est réservée aux personnes qui auront effectivement souscrit l'option 5 du présent contrat en complément des options 2 ou 3.

La présente garantie concerne les assurés âgés de moins de 60 ans à la date d'entrée en chômage. Le premier jour indemnisé par le PÔLE EMPLOI sera réputé être la date d'entrée en chômage.

La perte d'emploi est garantie si l'assuré réunit les conditions suivantes :

- avoir été en contrat de travail à durée indéterminée et être licencié
- bénéficier des revenus de remplacement prévus par les articles L5421-1 à L5422-1 du Code du travail.

Acquisition de droits

Les droits sont calculés en fonction de la durée d'activité en contrats de travail à durée indéterminée (CDI) au cours de la période de référence.

La période de référence débute :

- à la date de prise d'effet de la garantie après un délai de 12 mois si le prêt assuré n'a jamais donné lieu à indemnisation par l'assureur au titre de la garantie perte d'emploi,
 - au lendemain du dernier jour indemnisé par l'assureur dans le cas contraire.
- La période de référence prend fin :
- à la date de fin du contrat de travail à durée indéterminée rompu par le licenciement qui fait l'objet de la demande d'indemnisation.

Droits à indemnisation

L'assuré peut bénéficier de droits à indemnisation si, au cours de la période de référence, il justifie d'une **durée d'activité en CDI d'au moins 12 mois**.

La durée maximale d'indemnisation est alors calculée selon le tableau ci-dessous :

Durée d'activité en CDI au cours de la période de référence	Durée maximale d'indemnisation
≤ 12 mois	Pas d'indemnisation
> 12 et ≤ 18 mois	180 jours
Plus de 18 mois	360 jours

Reprise d'activité professionnelle suivie d'une nouvelle perte d'emploi :

Après avoir repris une activité professionnelle, les durées d'indemnisation sont calculées selon les règles décrites ci-dessous.

- Si l'assuré réunit les conditions de la garantie perte d'emploi :

lorsque la reprise d'activité en CDI de l'assuré bénéficiant de la garantie perte d'emploi lui a permis d'acquérir de nouveaux droits à indemnisation, la nouvelle durée d'indemnisation est égale à la durée la plus longue entre :

- ▶ le reliquat des droits acquis à l'issue de sa précédente indemnisation au titre du contrat,
- ▶ la durée maximale d'indemnisation acquise au titre de sa reprise d'activité.

Cette nouvelle durée maximale d'indemnisation annule tout droit à indemnisation antérieur. Si la reprise d'activité en CDI de l'assuré ne lui a pas permis d'acquérir de nouveaux droits à indemnisation, la durée maximale d'indemnisation est égale au reliquat des droits acquis avant cette reprise d'activité.

- Si l'assuré ne réunit pas les conditions de la garantie perte d'emploi, notamment s'il a repris une activité en contrat à durée déterminée ou en mission d'intérim :

La durée maximale d'indemnisation est égale au reliquat des droits acquis avant cette reprise d'activité, l'assureur reprenant leur indemnisation dès que le PÔLE EMPLOI prend en charge cette nouvelle perte d'emploi.

Indemnisation

Les prestations sont dues à compter du premier jour indemnisé au titre du revenu de remplacement. L'assureur verse la prestation mensuellement au prorata du nombre de jours indemnisés par le PÔLE EMPLOI ou par un organisme assimilé.

Montant des prestations

La base de calcul est déterminée à partir des échéances dues pendant la période d'indemnisation. Elle est égale à 1/30ème de l'échéance mensuelle ou 1/90ème de l'échéance trimestrielle ou 1/180ème de la semestrialité ou 1/360ème de l'annuité venant à échéance affectée de la quotité assurée. Pendant toute la durée de l'indemnisation, les cotisations d'assurance continuent d'être versées à l'assureur.

Toutefois, pour la détermination de l'indemnité journalière, la mensualité, trimestrialité ou semestrialité prise en considération comprend la cotisation d'assurance de l'intéressé.

Selon la formule choisie, la prestation s'élève à :

- **50 % de la base de calcul dans la limite de 40 € journalier, tous prêts assurés confondus,**
- **70 % de la base de calcul dans la limite de 56 € journalier, tous prêts assurés confondus,**

En cas de chômage atteignant plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt, les versements de l'assureur ne pourront excéder le montant d'indemnisation défini ci-dessus.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'assuré moins de 6 mois avant la date d'envoi de la lettre de licenciement et pendant la période de perte d'emploi,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le prêteur.

Suspension des prestations

Le versement des prestations est suspendu :

- dès que l'assuré reprend une activité rémunérée sous réserve des dispositions prévues pour les reprises d'activité réduite,
- dès que l'assuré bénéficie d'une indemnisation au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail.

Cessation des prestations

Le versement des prestations cesse :

- lors de la reprise d'activité rémunératrice, à temps complet, salariée ou non,
- à la date de cessation du versement du revenu de remplacement,
- à la date à laquelle l'assuré perçoit une aide de l'État au titre de la création d'entreprise,
- lorsque le nombre maximal d'indemnités journalières a été versé.

Reprise d'activité réduite :

Pendant la période d'indemnisation de l'assureur, l'assuré peut reprendre une activité réduite et percevoir en même temps une partie de ses allocations PÔLE EMPLOI ou assimilé. L'assureur continuera alors à régler les prestations au titre de chaque jour où sera versé le revenu de remplacement, dans les limites fixées au paragraphe « MONTANT DES PRESTATIONS » du présent chapitre.

Délai de déclaration

Sauf effet de la prescription légale prévue à l'article L.114-1 du Code des assurances et rappelée ci-après, l'assuré devra déclarer sa perte d'emploi au Service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II, dans les 180 jours qui suivent la date d'entrée en chômage. Passé ce délai, l'indemnisation prévue au contrat débutera au jour où la déclaration aura été faite.

Tout sinistre qui sera déclaré plus de deux ans après la date d'entrée en chômage ne fera l'objet d'aucune prise en charge.

Documents à fournir en cas de sinistre

L'assuré devra déclarer sa perte d'emploi à l'assureur et accompagner sa déclaration des justificatifs suivants :

- la (ou les) attestation(s) des employeurs remise(s) au PÔLE EMPLOI justifiant des durées des contrats de travail ayant précédé le licenciement et justifiant les durées d'activité en CDI pour le calcul de la période de référence,
- le contrat de travail concernant l'emploi exercé à la date de demande d'adhésion à l'assurance, en cas de changement d'employeur,
- la lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le PÔLE EMPLOI ou par l'Etat,
- les décomptes d'allocations PÔLE EMPLOI ou de tout autre organisme assimilé depuis l'origine,
- un échéancier du prêt assuré en vigueur à la date d'entrée en chômage certifié conforme par le prêteur.

L'assuré devra fournir par la suite, tant qu'il est bénéficiaire des prestations :

- le décompte des allocations versées par le PÔLE EMPLOI ou par tout autre organisme assimilé.

L'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du dossier.

Révision des dispositions législatives ou réglementaires :

Conformément à l'article L.312-9 du Code de la consommation, toute modification proposée par l'assureur concernant la définition du risque garanti et des modalités de mise en jeu de l'assurance qui n'aurait pas été expressément acceptée par l'emprunteur assuré lui est inopposable.

En conséquence lorsqu'une décision législative ou réglementaire du Code du travail vient à modifier les dispositions de la présente assurance, l'assureur peut les suspendre ou les modifier. Il en avertira alors la contractante par lettre recommandée deux mois avant la date d'effet de la modification, qui en informera alors les assurés par courrier selon les dispositions prévues au chapitre XV « Cotisations ».

Les assurés disposent alors d'une faculté de résiliation dans les conditions fixées au chapitre VI « Durée du contrat et des garanties ».

XIII – Risques exclus

Au titre des garanties de DECES, DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, ET D'INCAPACITE TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL quelle qu'en soit la cause, les séquelles et conséquences des risques suivants sont exclus :

- le suicide de l'assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'adhésion, dans la limite du montant mentionné au décret visé par l'article L.132-7 du Code des assurances (120 000 € au 01/01/2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré,
- la participation à des matches, courses, paris, compétitions sportives sauf en tant qu'amateur,
- les risques de navigation aérienne autres que ceux courus 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 périmés, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même,
- les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués,
- la pratique de l'escalade au-dessus de 3000 mètres, de la randonnée en montagne au-dessus de 3 000 mètres, de l'alpinisme au-dessus de 3000 mètres, de la plongée sous-marine à une profondeur de plus de 40 mètres,
- la pratique des sports cités ci-dessous :
 - les sports de combat, le cyclisme en compétition, de l'équitation à plat en compétition et la chasse à courre, les compétitions comportant l'utilisation d'une arme, les sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade au-dessus de 3000 mètres, de la randonnée en montagne au-dessus de 3 000 mètres, de l'alpinisme au-dessus de 3000 mètres, le canyoning, de la spéléologie (l'usage d'explosif est exclu dans tous les cas), le motonautisme en compétition (y compris scooter de mer), de la voile à plus de 25 miles des côtes, de la plongée sous-marine à une profondeur de moins de 40 mètres, le kitesurf, les sports automobiles, de la moto en compétition, le saut en parachute, les vols sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel et parapente,

SAUF si ces activités sont pratiquées :

- dans le cadre d'une activité professionnelle mentionnée sur la demande d'adhésion et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée (cf. CSP 4)
- ou, amateur si l'assuré établit que la pratique de l'activité, dans les conditions particulières précisées ci-dessus, a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement,
- les risques auxquelles l'assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les 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 où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- les 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,
- les conséquences, directes ou indirectes, de guerres civiles ou étrangères, d'actes de terrorisme, d'insurrections, de mouvements populaires, d'homicides, d'épidémies, dans les pays ou régions formellement déconseillés ou proscrits par le ministère français des affaires étrangères (voir site internet : www.diplomatie.gouv.fr) que l'assuré y prenne une part active ou non,
- les conséquences directes ou indirectes d'activités illégales.

En complément et spécifiquement pour LE RISQUE DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE sont exclus les séquelles et conséquences:

- des maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'admission et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'admission, sauf acceptation expresse par l'assureur limitée à un risque défini et mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,
- de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de celles qui résultent de tentative 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 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 dans le pays où se produit l'accident, ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,
- 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 la transmutation des noyaux d'atome,
- de la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques,
- des blessures ou lésions survenant ou contractées au cours de courses comportant un véhicule à moteur, de la pratique de sports de combat, d'ascensions de haute montagne.

En complément et spécifiquement pour les risques D'INCAPACITE TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, sont exclus :

- le congé légal de maternité, étant précisé que pour les assurées exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,
- les arrêts de travail résultant de traitements esthétiques, d'opérations de chirurgie esthétique,
- les arrêts de travail consécutifs à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 7 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- les arrêts de travail consécutifs à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.

OPTION PREFERENCE: Pour les assurés ayant souscrit à l'option préférence sur la demande d'adhésion, et par conséquent fait le choix de racheter ces deux dernières exclusions moyennant une cotisation majorée et l'accord de l'assureur, celles-ci ne seront pas appliquées.

Au titre de la garantie Perte d'emploi, les risques suivants sont exclus dans tous les cas :

- la retraite ou la préretraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail,
- la démission, même prise en charge par le Pôle emploi ou par un organisme assimilé,
- toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi,
- le licenciement pour faute grave ou lourde,
- la rupture conventionnelle du contrat de travail,
- le licenciement ou la rupture conventionnelle si l'assuré est salarié :
 - de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par le conjoint de l'assuré, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entrepreneur ou de l'entreprise, à une cessation d'activité liée à une invalidité ou au décès de l'entrepreneur ou du chef d'entreprise.

pour une première indemnisation ou pour une nouvelle durée maximale d'indemnisation :

- le chômage saisonnier, partiel (par chômage partiel on entend toute période de chômage n'entraînant pas la rupture du contrat de travail) ou technique ou l'intempérie n'ayant pas entraîné de rupture du contrat de travail,
- la fin d'un contrat de travail à durée déterminée, la fin d'un chantier et la fin d'un contrat d'intérim,
- les ruptures de contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci.

XIV- Contrôle en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire et totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle

Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie, à l'incapacité temporaire et totale de travail, et à l'invalidité permanente totale ou partielle, et celles de la Sécurité Sociale ou d'organismes de même nature.

L'assureur se réserve le droit dans tous les cas de désigner un médecin afin d'examiner l'assuré pour contrôler son état de santé. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de tout règlement. Les honoraires médicaux de cet examen sont à la charge de l'assureur.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à cet examen, l'assuré et ses ayants droit seront considérés comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin de l'assureur sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire et totale de travail ou, d'invalidité permanente totale ou partielle, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

L'assuré et l'assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

XV – Cotisations

Les cotisations d'assurances sont dues à partir de la date d'effet des garanties. Cependant, l'assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion. Pour les prêts amortissables, le montant de la cotisation est revu chaque année. Son calcul tient compte de l'âge réel de l'assuré, c'est-à-dire l'âge atteint au jour de la date d'effet de l'adhésion pour la première cotisation, et les années suivantes, l'âge atteint à la date anniversaire de la date d'effet. Pour les prêts à taux révisibles ou modulables, l'assuré est tenu de fournir au service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II chaque nouveau tableau d'amortissement.

Pour les prêts en fine et crédits relais, la cotisation est fixe pendant toute la durée de l'adhésion.

Dans tous les cas, l'assureur se réserve le droit de réviser le taux de cotisation :

- à la date de renouvellement, si l'évolution des caractéristiques actuarielles de l'ensemble des assurés au contrat n°4562 le justifie. Le nouveau taux des cotisations sera porté à la connaissance de l'assuré moyennant un préavis de deux mois avant la date de renouvellement de l'adhésion. Dans le mois suivant cette notification, l'assuré pourra refuser cette modification en résiliant son adhésion par simple lettre. À défaut, il sera réputé l'accepter,
- à la prochaine échéance des cotisations, si les pouvoirs publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations et ce, pour l'ensemble des assurés des contrats n°4562 et n°4566.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'assuré une lettre recommandée

l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances que, si 40 jours après son envoi, la cotisation ou la fraction de cotisation due n'est toujours pas payée, l'adhésion sera résiliée de plein droit sans autre formalité.

MULTI-IMPACT - Service PREMIUM EMPRUNTEUR II adressera alors une copie de cette lettre à chaque organisme prêteur concerné par cette adhésion.

En cas de remboursement anticipé du prêt, l'assuré est tenu d'en informer MULTI-IMPACT par LR avec attestation de la banque concernée qui aura enregistré ce remboursement anticipé. MULTI-IMPACT procédera au remboursement d'une portion de la cotisation sur la période non courue, calculée à compter de la date où MULTI-IMPACT aura reçu la LR.

Outre les cotisations d'assurance, l'assuré devra s'acquitter, la première année, de la cotisation permettant son adhésion à l'association UGIPS EMPRUNTEUR.

XVI – Prescription.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L.114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;
- 2° 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, 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 10 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. ».

Article L.114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 ».

Article L.114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

XVII - Information des assurés

L'assuré a reconnu être informé, conformément à l'article 32 de la Loi du 6 Janvier 1978 modifiée :

- que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de sa demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit auprès d'AXA France VIE, responsable du traitement. À défaut de réponse, la demande d'adhésion ne pourra pas être étudiée,
- qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification à l'adresse suivante :

**Service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II
MULTI-IMPACT
1 rue René FRANCARC
BP 283
51687 REIMS CEDEX 2**

L'assureur, responsable du traitement de son adhésion, peut communiquer ses réponses ainsi que les données le concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de son "dossier", à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de son dossier.

Si l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat notamment à l'admission ou en cas de sinistre, son interlocuteur habituel du service gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II est en mesure d'étudier toutes ses demandes ou réclamations. Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, il peut adresser une réclamation à :

Si un désaccord subsiste, l'assuré aura toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la société AXA France VIE dont les coordonnées lui seront communiquées par le Service Réclamations Clientèle, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est :

L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL

Secteur Assurance

61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

XVIII – Acceptation

Compte tenu de l'objet de l'assurance, chaque organisme prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties prévues par ledit contrat et s'engage à reverser, conformément aux dispositions du chapitre VII « Bénéficiaire de l'assurance », les éventuels reliquats.

XIX - Faculté de renonciation

L'assuré peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent le premier versement, il adresse au Service Gestion PREMIUM EMPRUNTEUR II, une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« *Je soussigné (M. Mme Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat AXA France VIE garantie Emprunteur n°4562 ou n°4566 pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours.*

Le xx/xx/xxxx Signature »

L'assureur remboursera à l'assuré l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

MULTI-IMPACT - Service PREMIUM EMPRUNTEUR II adressera alors un courrier à chaque organisme prêteur concerné par cette adhésion, afin de l'informer que le proposant a exercé son droit de renonciation à son adhésion.

La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

XX - Changement dans la situation de l'assuré

L'assuré est tenu d'informer l'assureur, par lettre recommandée adressée au SERVICE PREMIUM EMPRUNTEUR II, dans les 30 jours qui suivent tout changement de situation ou modification par rapport aux déclarations faites lors de son adhésion à l'exception toutefois du changement d'activité professionnelle. L'assureur procédera alors à une nouvelle tarification du risque sur la base des conditions nouvelles. A défaut, l'assureur se réserve le droit d'appliquer la règle de proportionnalité conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du Code des assurances.

AXA France VIE

Capital social de 487 725 073.50 € - RCS Nanterre 310 499 959

AXA France IARD

Capital social de 214 799 030 € - RCS Nanterre B 722 057 460.

Siège social : 313. Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE

Entreprises régies par le Code des Assurances

The logo consists of the word "Premium" in a large, purple, serif font, with "II" in a smaller, purple, serif font to its right. Below this, the word "emprunteur" is written in a smaller, purple, sans-serif font, followed by "II" in a larger, purple, serif font.