

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICED'INFORMATION AU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE A ADHÉSION FACULTATIVE UGIP GLOBAL+ N°0139 FACL



Souscrit par l'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE – UGIP Association Loi 1901 – Déclaration Préfecture de Paris N° 74-1389
Siège social : 2, rue Turgot 75009 PARIS
Service administratif : 73-75 Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

Auprès de GENWORTH ASSURANCES
Nom commercial de : Financial Assurance Company Limited (FACL) et Financial Insurance Company Limited (FICL)

Financial Assurance Company Limited couvre le risque de décès, société d'assurance vie immatriculée au Royaume-Uni sous le numéro 4873014 et Financial Insurance Company Limited couvre les autres risques ; société d'assurance dommages immatriculée au Royaume-Uni sous le numéro 1515187
Siège social: Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London, W4 5XR, Royaume-Uni

Siège des succursales françaises: Tour Franklin - TSA 73100 - 92919 Paris La Défense cedex
RCS Nanterre 479 311 979 (FACL) et 479 428 039 (FICL) - Entreprise régie par le Code des Assurances pour les contrats souscrits ou exécutés en France.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 BASE JURIDIQUE DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance groupe à adhésion facultative est régi par le Code des Assurances. Il relève de la branche 20 (Vie-Décès), de la branche 1 (Accident) et de la branche 2 (Maladie) du Code des Assurances conformément à l'article R 321-1.

Les déclarations de l'Association et des assurés lui servent de base.

ARTICLE 2 DEFINITIONS UTILES

Adhérent : Personne physique ou morale, membre de l'Association, qui adhère au contrat d'assurance collectif et en paie les cotisations d'assurance. Elle adhère aux statuts de l'Association et aux conditions générales valant notice d'information du contrat d'assurance collectif qui forment un tout indissociable. L'Adhérent donne mandat à l'Association pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et le représenter auprès de ceux-ci.

Association : UGIP telle que désignée en tête des présentes. L'Association est également désignée le « Souscripteur » au titre des présentes.

Assuré : Personne physique ayant la qualité d'emprunteur, co-emprunteur ou caution du prêt, dont la demande d'adhésion acceptée par l'Assureur est en cours de validité, et sur la tête de laquelle reposent les garanties. Il peut être différent de l'Adhérent.

Assureur : Genworth Assurances telle que désignée en tête des présentes.

Âge de l'Assuré : Âge de chaque Assuré tel que calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance de l'Assuré.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action imprévisible, violente et soudaine d'une cause extérieure. A titre d'exemple, ne sont pas considérés comme accident, les maladies cardio-vasculaires, les malaises cardiaques, l'accident ischémique transitoire, l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, l'attaque ou l'hémorragie cérébrales, les lombagos ainsi que toute pathologie soudaine.

Maladie : Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale désignée sur le certificat d'adhésion pour recevoir lors de la réalisation du risque couvert, les prestations prévues par le présent contrat. L'organisme prêteur est par principe bénéficiaire de l'assurance à hauteur des sommes restant dues à la date de la réalisation du risque. Le solde éventuel sera versé au bénéficiaire désigné dans la demande d'adhésion ou à défaut aux ayants droit de l'assuré par parts égales.

Bénéficiaire acceptant : Lorsque le bénéficiaire accepte la désignation faite en sa faveur par l'Adhérent. Cette acceptation rend la désignation irrévocable et retire à l'Adhérent la libre disposition de son contrat, puisqu'il ne peut plus en demander la résiliation ou la modification sans l'accord du bénéficiaire (Art. L 132-9 du Code des assurances).

Certificat d'adhésion ou d'assurance : Document, adressé à l'assuré, définissant précisément les engagements pris entre les parties contractantes en fonction des choix exprimés par l'Adhérent et l'Assuré sur la demande d'adhésion. Ce document complète et personnalise les conditions générales valant notice d'information qui ont été remises à l'Adhérent et à l'Assuré, dont ils ont pris connaissance avant leur demande d'adhésion au contrat.

Conditions particulières : Document, adressé à l'assuré, relatif à des conditions spéciales d'acceptation d'adhésion portant notamment sur l'exclusion de certains risques liés à l'état de santé, ajournement, exclusions de garanties, surprime et requérant l'accord écrit de l'assuré sur les conditions particulières émises par l'Assureur. Ce document complète et personnalise les conditions générales valant notice d'information qui ont été remises à l'Assuré et dont il a pris connaissance avant sa demande d'adhésion au contrat et le certificat d'adhésion.

Contrat d'assurance : Le contrat est constitué par l'ensemble des documents suivants :

- Demande d'adhésion au contrat
- Formalités médicales et financières
- Conditions générales valant notice d'information
- Certificat d'adhésion dont échéancier annexé

- Conditions particulières requérant l'accord de l'assuré en cas d'acceptation de l'adhésion à des conditions spéciales.

Le contrat désigne l'ensemble des documents ci-dessus dont les stipulations forment la loi des parties contractantes.

Conditions générales valant notice d'information : Extrait du contrat d'assurance groupe signé entre le souscripteur et l'assureur qui précise les obligations mises à la charge des parties contractantes, à savoir, le Souscripteur, l'Assureur, l'Adhérent, l'Assuré et le Bénéficiaire. Les conditions générales valant notice d'information sont rédigées par la société d'assurance qui énumère les principes généraux du contrat, indique les principales dispositions du code des assurances qui lui sont applicables. Les conditions générales valant notice d'information forment un fond contractuel commun à tous les assurés.

Loyer théorique : Loyer normalement perçu conformément au bail en cours tel qu'indiqué sur le dernier avis d'échéance précédant la date du sinistre. Il n'inclut pas les charges locatives ni les impayés de loyer ou intérêts de retard. A défaut de bail en cours, il s'agit du loyer du dernier bail connu.

ARTICLE 3 OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance groupe a pour objet de garantir, postérieurement à la prise d'effet de l'assurance et avant le remboursement intégral du prêt et/ou la cessation des garanties, l'Assuré emprunteur, co-emprunteur ou caution d'un prêt au titre des risques de :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie;
- Incapacité Temporaire Totale
- Incapacité Temporaire Partielle.
- Invalidité Permanente Totale.
- Invalidité Permanente Partielle.

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties choisies au jour de l'adhésion et acceptées par l'Assureur mentionnées sur son certificat d'adhésion.

ARTICLE 4 VIE DU CONTRAT

L'assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion sous réserve :

- De la réception de l'accord écrit sur les conditions particulières d'acceptation de l'assureur, le cas échéant ;
- De l'encaissement de la première cotisation d'assurance ;

Cette date ne pouvant en aucun cas être antérieure à la notification d'acceptation de l'adhésion par l'Assureur.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion l'assurance produira ses effets, sous réserve des exclusions précisées à l'article 18 des présentes conditions générales valant notice d'information, si l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure et si le déblocage effectif des fonds intervient postérieurement au décès de l'assuré.

L'assurance est accordée à compter de la date d'effet précisée sur le certificat d'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. L'assurance est ensuite renouvelée le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction pendant toute la durée du prêt assuré sauf exceptions relatives à la cessation des garanties stipulées à l'article 11 des présentes conditions générales valant notice d'information.

L'Assuré peut résilier son engagement, par lettre recommandée, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date de renouvellement, accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur et de tout autre éventuel bénéficiaire si ce dernier est un bénéficiaire acceptant. La dénonciation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré.

En cas de résiliation du contrat d'assurance groupe soit par l'Assureur soit par l'Association, les adhésions enregistrées antérieurement à cette résiliation sont maintenues en vigueur jusqu'à leur terme normal dans le cadre et les conditions du présent contrat, sauf en cas de transfert de ces adhésions à un nouvel assureur, aux mêmes conditions que celles souscrites antérieurement.

ARTICLE 5 PRESCRIPTIONS APPLICABLES AUX GARANTIES

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 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 dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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.

ARTICLE 6 ADMISSION À L'ASSURANCE

Les membres de l'Association souhaitant adhérer au contrat d'assurance doivent résider en France continentale, dans les DROM (Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Réunion), les COM (Corse, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna, St-Martin, St-Barthélemy) ou les POM (Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française).

Pour tout autre membre de l'association résidant dans un autre pays, une dérogation peut être demandée à l'assureur.

GARANTIES	CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ LIÉES AU LIEU DE RÉSIDENCE				
	France Métropolitaine	Guyane Française Guadeloupe Martinique La Réunion Polynésie Française Nouvelle Calédonie	Saint-Pierre et Miquelon Wallis et Futuna Saint Martin Saint Barthélemy Mayotte	Belgique Luxembourg Allemagne Suisse Italie Espagne	Autre Pays (Sur étude)
DÉCÈS	✓	✓	✓	✓	✓
P.T.I.A.	✓	✓	✓	✓	✓
I.T.T. / I.P.T.	✓	✓	✓	✓	
I.P.P.	✓	✓		✓	
OPTION RACHAT UGIP	✓	✓			
OPTION RACHAT UGIP PLUS	✓				

Chaque candidat à l'assurance doit :

- Compléter et signer une demande d'adhésion comportant un questionnaire de santé sur le modèle fourni par l'Assureur, par laquelle il donne son consentement à l'assurance.
- Justifier de l'existence du prêt en euros, de sa durée, son taux d'intérêt et son amortissement ; Ce prêt est accordé par une Banque Française ou une Banque étrangère ayant un établissement en France.
- Pour la garantie DECES toutes causes (garantie obligatoire), être âgé de moins de 85 ans lors de la demande d'adhésion, sauf dérogation de l'assureur.
- Pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Incapacité Temporaire Partielle (ITP), être âgé de moins de 65 ans lors de la demande d'adhésion.

L'Adhérent et l'Assuré (s'il s'agit d'une personne distincte) doivent répondre en français aux questions posées sur la demande d'adhésion, le questionnaire médical et se soumettre aux formalités demandées par l'Assureur.

L'Assuré doit déclarer exactement, sous peine des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, son âge ainsi que toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge tant sur le plan médical que professionnel ainsi que sur ses activités sportives ou de loisirs.

L'ARTICLE L.113-8 - FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE :

« INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, ET SOUS RESERVE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.132 26, LE CONTRAT D'ASSURANCE EST NUL EN CAS DE RETICENCE OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURE, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DÉCLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR L'ASSURE A ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE.

LES PRIMES PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR, QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES PRIMES ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS. »

Le cas, échéant, il doit procéder aux formalités médicales et fournir un complément d'informations d'ordre financier en fonction de son âge et du montant de la garantie demandée.

Une tarification différente est appliquée aux fumeurs et aux non fumeurs. Peuvent bénéficier du tarif non fumeur les personnes pouvant certifier en signant la déclaration spéciale non fumeur figurant sur la demande d'adhésion, qu'elles n'ont pas fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et qu'elles n'ont pas été contraintes, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

L'Assureur se réserve le droit :

- De demander toutes justifications ou examens complémentaires ; s'il s'agit d'informations médicales, elles devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil;
- De proposer une majoration de cotisation, une limitation de garanties voire, de notifier un refus, ce dernier étant notifié à l'assuré par courrier recommandé. L'assuré dispose alors d'un délai de quatre (4) mois à compter de l'envoi de cette proposition pour accepter par écrit les nouvelles conditions d'assurance, ce délai étant porté à six (6) mois en cas d'application de la convention aeras.

Attention : Si l'adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou qu'il en refuse les conditions proposées par l'Assureur, les honoraires pouvant en découler resteront, sauf dérogation, à sa seule charge.

ARTICLE 7 CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS - TYPES DE PRÊTS ADMISSIBLES - PAIEMENT DES COTISATIONS - EXONERATION DES COTISATIONS

7.1 - Types de prêts admissibles et base de calcul des cotisations

Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation annuelle calculée suivant l'âge atteint par l'Assuré (voir article 2), les déclarations de l'Assuré à l'adhésion et le tarif en vigueur appliqué au capital restant dû assuré tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel joint au Certificat d'adhésion.

Il est précisé que les montants figurant sur cet échéancier correspondent à la moyenne des capitaux restant dus assurés entre le paiement de deux fractions de cotisations.

Les différents prêts admissibles sont :

- LES PRÊTS AMORTISSABLES avec ou SANS DIFFÉRÉ : Dans ce cas l'assiette des cotisations est le capital restant dû tel qu'il résulte du tableau d'amortissement joint au Certificat d'adhésion.
- LES PRÊTS CONSTANTS : IN FINE, RELAIS
- LIGNES DE CRÉDIT - AUTORISATIONS DE DÉCOUVERT d'une durée n'excédant pas 36 mois sauf dérogation expresse de l'assureur : Dans ce cas l'assiette des cotisations est le capital assuré mentionné au Certificat d'adhésion.

IRREVOCABILITE DES PRIMES

Le taux de cotisation TTC est appliqué au capital restant dû, il est déterminé à l'Adhésion et se calcule chaque année en fonction de l'âge atteint de l'Assuré. Ces taux de cotisations sont irrévocables, quelle que soit l'évolution de la situation de l'Assuré (sauf cas de changement du taux des taxes applicables à la présente convention d'assurance).

Dans tous les cas, la durée des prêts ne pourra excéder 420 mois sauf dérogation expresse de l'Assureur.

Le montant figurant sur le Certificat d'Adhésion correspond à l'engagement maximum de l'Assureur avant toute dégressivité éventuelle.

7.2 - Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes en vigueur sont payables annuellement et d'avance au 1er janvier de chaque année, au lieu désigné par l'Association contractante dans les conditions prévues par le Code des assurances. Selon la périodicité demandée par l'Assuré et acceptée par l'Assureur, les cotisations peuvent être payées, semestriellement au 1er janvier et au 1er juillet, trimestriellement au 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre ou mensuellement, moyennant en sus frais de fractionnement et d'encaissement correspondant. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels.

La perception de cotisations, qui ne serait pas conforme à l'acceptation du risque ou qui serait effectuée hors acceptation du risque, ne pourrait en

aucun cas être considérée comme valant couverture du risque, et n'aurait aucune conséquence de droit autre que le remboursement des sommes indûment perçues, même si celles-ci avaient été reversées à l'Assureur.

7.3 - Défaut de paiement

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations d'assurance aux échéances fixées.

A défaut du paiement de la cotisation dans les trente (30) jours de son échéance, l'Association, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent et à son dernier domicile connu, l'informer qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat d'assurance groupe (article L.141-3 du code des assurances).*

Le défaut de paiement de la cotisation échue ainsi que les cotisations venues à échéance au cours de ce délai entraînera la résiliation de plein droit de l'adhésion.

Les cotisations échues restent acquises à l'Assureur.

*En cas d'incident de paiement de l'Adhérent, l'Assureur accepte qu'un tiers puisse le cas échéant se substituer à lui pour le règlement des cotisations impayées.

7.4 - Participation aux bénéfices

Il ne sera pas distribué de participation aux bénéfices au titre du présent contrat groupe.

7.5 - Exonération de cotisations

Pendant la période d'indemnisation en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'ITP, l'Assuré bénéficie de l'exonération du paiement des cotisations relatives aux garanties incapacité et/ou invalidité ouvrant droit à l'indemnisation proportionnellement à la durée d'indemnisation.

En outre, il est exonéré des cotisations de l'option Rachat UGIP ou Rachat UGIP Plus si la prise en charge intervient au titre de l'une de ces options. Les Options UGIP Rachat et UGIP Rachat Plus sont décrites à l'article 16.4 des présentes.

ARTICLE 8 LIMITE DES GARANTIES

8.1 - Quotité de prêt assurée

La quotité de prêt assurée est égale au rapport entre le capital assuré mentionné au Certificat d'Assurance et le montant du prêt.

Elle ne peut excéder par Assuré et par type de garantie 100% du montant des engagements nés du prêt assuré

Les assiettes de garanties définies au présent contrat d'assurance s'entendent pour une quotité assurée de 100% du prêt.

Si le capital assuré mentionné au Certificat d'Adhésion est inférieur au montant du prêt, le Capital restant dû assuré en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, est limité à la quotité assurée.

Le montant maximum de la couverture en cas de Décès ou de PTIA pouvant être accordé pour un même Assuré est limité à 5.000.000 €, sauf dérogation expresse de l'Assureur.

Ce montant est fixé en fonction du cumul des capitaux décès accordés par l'Assureur pour un même Assuré afin de couvrir une ou plusieurs opérations de crédit.

Le montant maximum de la couverture en cas d'ITT, IPT, IPP, ITP pour un même assuré est limité à 350 € par jour.

8.2 - Pluralité d'assurés au titre d'un même contrat de prêt

● En cas d'événements mettant en jeu simultanément les garanties souscrites par chaque Assuré, les prestations qui sont réglées correspondent, au solde du capital restant dû à l'organisme prêteur dans la limite des montants garantis et sans que le total des prestations puisse être supérieur au solde du capital restant dû. Dans le cas contraire, la seconde assurance est automatiquement réduite.

● En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'un des Assurés dont le pourcentage garanti sur sa tête (quotité assurée) est de 100%, le capital restant dû est versé une seule fois, les autres Assurés cessant d'être garantis.

Dans tous les cas, le montant des prestations réglées à l'organisme prêteur ou au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur les conditions particulières ne peut être supérieur au montant du capital restant dû. Le solde éventuel est versé au(x) bénéficiaire(s) désignés ou à défaut aux ayants droit de l'assuré par parts égales.

8.3 - Règle spécifique pour les cautions

Pour les Assurés ayant la qualité de caution, la prise en charge au titre de l'un des risques couverts par le présent contrat et acceptés par l'Assureur pourra intervenir **UNIQUEMENT** si la caution a été actionnée en paiement par l'organisme prêteur et se substitue aux emprunteurs pour le règlement des échéances du prêt concerné.

8.4 Durée maximale d'assurance

La durée maximale d'assurance est de 420 mois sauf dérogation expresse de l'assureur.

ARTICLE 9 EFFET ET MODIFICATION DES GARANTIES

Irrévocabilité des garanties : En cours de contrat, les changements intervenus dans la situation de l'assuré n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

La garantie prend effet pour chaque Assuré à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion, après paiement de la première cotisation d'assurance conformément à l'article 4 des présentes conditions générales valant notice d'information.

L'Assuré peut demander à tout moment la modification de ses garanties avec l'accord écrit préalable de l'organisme prêteur et de tout autre éventuel Bénéficiaire.

Augmentation ou diminution (capital, échéances, durée de remboursement, quotité...) :

L'Assuré dispose de 120 jours à compter de la modification, pour adresser à l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement. Passé ce délai, il ne pourra être fait de modification à effet rétroactif. Celle-ci n'interviendra alors qu'à réception du tableau actualisé.

S'il s'agit d'une augmentation de capital, de durée ou d'adhésion aux garanties facultatives, celle-ci est subordonnée à l'acceptation préalable de l'Assureur, et au résultat de la sélection médicale éventuellement demandée par l'Assureur.

Dans le cadre de prêts à taux variables, révisables ou modulables, dès lors qu'ils ont été déclarés à la souscription du contrat, le prolongement est autorisé dans la limite de 5 ans et ce, sans formalités médicales.

ARTICLE 10 BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE

Sauf demande expresse de l'Adhérent, si le Bénéficiaire est un organisme prêteur, il est réputé avoir la qualité de Bénéficiaire acceptant.

À défaut d'autres mentions portées à la demande d'adhésion :

- Toute somme rendue exigible sera versée pour le compte de l'assuré ou de sa succession par l'assureur à l'organisme ayant accordé le prêt, à concurrence des sommes restant dues ;
- En cas de décès, si la garantie figurant sur l'échéancier est supérieure au capital restant dû à l'organisme prêteur, l'excédent est versé aux ayants droit de l'assuré, sauf clause contraire stipulée à la demande d'adhésion ou notifiée postérieurement par l'assuré.

ARTICLE 11 CESSATION DES GARANTIES ET PRESTATIONS

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration faite de mauvaise foi, l'Assuré, une fois admis, ne peut être exclu contre son gré du contrat d'assurance groupe sous réserve toutefois qu'il remplisse les conditions pour être assuré et que sa cotisation ait été payée.

Les garanties et prestations prennent automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- à la fin de leur terme contractuel (sauf prorogation acceptée par l'Assureur) ;
- à la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prévu au contrat de prêt ;
- lors du remboursement anticipé total du prêt (résiliation à la date de remboursement du prêt sous réserve que la mainlevée de l'organisme prêteur soit adressée à l'Assureur dans les 120 jours suivant le remboursement du prêt) ;
- à la date prévue de cessation du prêt sauf prorogation acceptée par l'Assureur ;
- pour la garantie Décès, au jour du 90ème anniversaire de l'Assuré ;
- pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Partielle et Incapacité Temporaire Partielle de Travail, au jour du 67ème anniversaire de l'Assuré ou à la date de sa mise à la retraite ou préretraite pour quelle que cause que ce soit, si celle-ci intervient avant son 67ème anniversaire.
- En cas de non-paiement de la cotisation, dans les termes prévus à l'article 7 ;
- En cas de demande par l'adhérent de la résiliation à la date anniversaire du contrat d'assurance par lettre recommandée avec accord du bénéficiaire si ce dernier est un bénéficiaire acceptant et de l'organisme prêteur, conformément à la procédure définie à l'article 4.1.

En cas de remboursement anticipé partiel volontaire ou forcé consécutif à la mise en jeu de l'une des garanties prévues au présent contrat, ou en cas de réduction du montant du prêt, les garanties se poursuivent sur le montant du capital restant dû après déduction du remboursement anticipé et sur le montant des nouvelles échéances.

ARTICLE 12 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le MONDE ENTIER, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 60 jours consécutifs ou 90 jours non consécutifs sur une période de 12 mois sauf dérogation.

Cas particuliers de l'Assuré frontalier à la France métropolitaine Il est accordé une extension territoriale des garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale sur le sol du pays frontalier, lorsque l'Assuré a la nationalité du pays de résidence (ou d'exercice), ou qu'il est de nationalité française et réside principalement (ou exerce sa profession) dans l'un des pays frontaliers (se référer à l'article 6).

Cependant, il est expressément stipulé qu'en cas de sinistre, celui-ci devra

être constaté sur le territoire Français. En cas d'impossibilité totale de l'Assuré de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical) un expert français pourra être diligenté sur le territoire concerné. Les frais de déplacement de l'expert resteront à la charge de l'Assuré sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par l'expert français.

En outre, il est rappelé que selon les dispositions des Conditions Générales du contrat :

- L'Assureur se réserve le droit de diligenter à tout moment une expertise médicale pour lui permettre l'appréciation au mieux du risque assuré,
- Seul l'Assureur est habilité à fixer le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le Régime Obligatoire de l'adhérent,
- Qu'en cas de litige, seule la législation française reste applicable

GARANTIES DE BASE : DECÈS, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (assimilée au Décès)

ARTICLE 13 OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE DECÈS

En cas de Décès de l'Assuré, l'Assureur garantit le remboursement du capital restant dû à la date du Décès tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel (voir article 7.1 des présentes), dans les limites de la quotité assurée, le montant en étant proratisé au jour de survenance de l'événement.

ARTICLE 14 OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré, l'Assureur assimile cet état au Décès et verse par anticipation le capital prévu en cas de Décès (voir article 13 des présentes).

Est considéré comme atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, tout Assuré qui est reconnu et qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain et profit et/ou salaire par suite de maladie ou d'accident corporel survenu postérieurement à son admission, et qui se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie. Par actes ordinaires de la vie, il faut entendre les quatre actes suivants (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer).

REGLES COMMUNES AUX GARANTIES DECÈS ET PTIA

Les versements périodiques restés impayés à la réalisation du risque ne seront en aucun cas pris en compte par l'Assureur, de même que les intérêts courus.

La réalisation du risque met fin à l'Assurance.

ARTICLE 15 MONTANTS GARANTIS

L'Assureur verse un capital, hors frais et accessoires, égal à :

PRÊTS AMORTISSABLES SANS DIFFÉRÉ : 100% du capital restant dû au jour du Décès tel qu'il résulte de l'amortissement prévu au Certificat d'adhésion.

PRÊTS AMORTISSABLES AVEC DIFFÉRÉ D'AMORTISSEMENT : pendant la période de différé : 100% de la somme totale restant due (Capital + intérêts de différé) au jour du Décès.

Si le capital mentionné au Certificat d'adhésion n'inclut pas les intérêts du différé, ceux-ci sont réputés exclus de la garantie.

PRÊTS EN FINE, RELAIS - LIGNE DE CRÉDIT - AUTORISATION DE DÉCOUVERT d'une durée n'excédant pas 36 mois sauf dérogation expresse de l'assureur. Le capital mentionné au Certificat d'adhésion.

GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

ARTICLE 16 OBJET DES GARANTIES INCAPACITÉ, INVALIDITÉ ET LEURS MONTANTS

16.1 - Définition de l'Incapacité Temporaire Totale, de l'Invalidité Permanente Totale et de l'Invalidité Permanente Partielle

1. Incapacité Temporaire Totale :

C'est l'état dans lequel se trouve l'Assuré lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité totale, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle habituelle.

2. Invalidité Permanente Totale :

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale si, à la suite d'un accident ou d'une maladie régulièrement pris en charge par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, le médecin expert indépendant désigné par l'Assureur constate la consolidation de l'état de santé, à l'issue de laquelle, d'une part, il évaluera un taux d'invalidité supérieur ou égale à 66 %, d'autre part et, il estimera l'assuré dans l'incapacité définitive d'exercer la moindre activité rémunérée.

3. Invalidité Permanente Partielle

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle si, à la suite d'un accident ou d'une maladie régulièrement pris en charge par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, le médecin expert indépendant désigné par l'Assureur constate la consolidation de l'état de santé, à l'issue de laquelle, d'une part, il évaluera un taux d'invalidité compris entre 33 et moins de 66 % et, d'autre part, il estimera l'assuré dans l'incapacité définitive d'exercer toute ou partie de son activité professionnelle habituelle.

RÈGLES COMMUNES AUX GARANTIES I.P.T. ET I.P.P.

En l'absence de consolidation de l'état de santé et au plus tard au 1095ème jour d'arrêt de travail, régulièrement indemnisé au titre de la garantie I.T.T., l'assureur diligente une expertise médicale pour déterminer le taux d'invalidité.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction de l'invalidité fonctionnelle et professionnelle selon le tableau ci-après.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité reste strictement inférieur à 66 % pour la garantie I.P.T. et 33 % pour la garantie I.P.P.

4. Fixation du taux d'invalidité

Il résulte de la conjugaison des taux d'incapacités fonctionnelle et professionnelle, selon le tableau croisé ci-après, étant entendu que :

- L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité, en dehors de toute considération professionnelle.
- L'invalidité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette activité, des possibilités d'exercice restantes et des possibilités de reclassement correspondant au niveau de formation et d'expérience professionnelle de l'Assuré.

Taux d'Invalidité Professionnelle	Taux d'Invalidité FONCTIONNELLE									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	10,0	15,9	20,8	25,2	29,2	33,0	36,6	40,0	43,3	46,4
20 %	12,6	20,0	26,2	31,7	36,8	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30 %	14,4	22,9	30,0	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40 %	15,9	25,2	33,0	40,0	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50 %	17,1	27,1	35,6	43,1	50,0	56,5	62,6	68,4	74,0	79,4
60 %	18,2	28,8	37,8	45,8	53,1	60,0	66,5	72,7	78,6	84,3
70 %	19,1	30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70,0	76,5	82,8	88,8
80 %	20,0	31,7	41,6	50,4	58,5	66,0	73,2	80,0	86,5	92,8
90 %	20,8	33,0	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90,0	96,5
100 %	21,5	34,2	44,8	54,3	63,0	71,1	78,8	86,2	93,2	100,0

16.2 - Franchises et prestations

1. Franchises

Au moment de son adhésion l'Assuré devra choisir entre une franchise absolue ou une franchise relative applicable pour la garantie Incapacité.

Franchise absolue : période fixée au certificat d'adhésion, au cours de laquelle aucune indemnisation n'est due, quelle que soit la durée totale de l'arrêt de travail définie selon les options suivantes :

- 30 jours consécutifs
- 60 jours consécutifs
- 90 jours consécutifs
- 180 jours consécutifs

Franchise relative : période fixée au certificat d'adhésion, au cours de laquelle aucune indemnisation n'est due, si la durée de l'arrêt de travail reste inférieure ou égale à 60 jours. Si cette période est supérieure à 60 jours, l'indemnisation débute à compter du 1er jour de l'arrêt de travail

Quelle que soit la franchise choisie par l'assuré, elle est absolue et dans tous les cas portée à 12 mois en cas :

- D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE ET PARTIELLE RÉSULTANT DES AFFECTIONS DE TYPE PSYCHIATRIQUE, PSYCHO-NEUROLOGIQUE, PSYCHOSOMATIQUE OU NÉVROTIQUE, D'ÉTATS DÉPRESSIFS DE TOUTE NATURE, DE DÉPRESSIONS, DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET/OU DU COMPORTEMENT, DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION, D'ALIÉNATION MENTALE, FIBROMYALGIE ET SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE, AINSI QUE DES SUITES ET CONSÉQUENCES DE CES AFFECTIONS,

- D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE ET PARTIELLE AYANT POUR ORIGINE DES ATTEINTES VERTÉBRALES OU DISCALES OU RADICULAIRES : LUMBAGO, LOMBALGIE, SCIATALGIE, CRURALGIE, NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE, PROTUSION DISCALE, HERNIE DISCALE, DORSALGIE, CERVICALGIE, COCCYODYNIE.

2. Montant de la prestation

L'Assureur se substitue à l'Assuré en état d'Incapacité au jour suivant l'expiration de la franchise contractuelle mentionnée au Certificat d'Adhésion,

afin de verser les mensualités venant à échéance au-delà de cette période, le calcul de la première et de la dernière mensualité étant effectuée, le cas échéant, sur une base de 1/30ème au prorata temporis.

Le montant correspond aux sommes déterminées en fonction des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent, et le cas échéant réajustées à réception du tableau d'amortissement définitif du prêt.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale, la prestation est calculée sur 100% de la dernière mensualité, dans la limite de 10 500 € par mois et à hauteur de la quotité assurée.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle, la prestation est calculée sur 50% de la dernière mensualité, dans la limite de 5 250 € par mois et à hauteur de la quotité assurée.

Lorsque l'adhésion a pour objet l'assurance d'un bien locatif, la participation de l'Assureur, en cas d'incapacité temporaire, ne pourra excéder le montant de la mensualité restant à la charge de l'Adhérent propriétaire après déduction du loyer théorique perçu. Quel que soit le montant du loyer théorique à déduire, cette disposition n'est applicable que pour un loyer mensuel inférieur ou égal à 7 500 €, l'excédent éventuel restant dans tous les cas à la charge dudit adhérent propriétaire. La garantie Incapacité Temporaire Totale couvrant les biens locatifs fera l'objet d'une tarification minorée.

Lorsque l'adhésion a pour objet un Prêt In Fine ou un prêt relais, les garanties incapacités et invalidités n'interviennent que pour la couverture des intérêts dus pendant la période de garantie, conformément à l'échéancier du prêt assuré, annexé au certificat d'adhésion, et ne sauraient générer le paiement de tout ou partie du capital emprunté.

En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels, les versements prévus dans l'acte de prêt sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés. Dans ce cas, l'Assureur garantit les prestations depuis la première mensualité ainsi définie suivant la franchise. Ces prestations sont versées à la date d'échéance des amortissements.

16.3 - Complémentarité des garanties Incapacité - Invalidité

La prestation Incapacité Temporaire Totale due au-delà de la Franchise est versée tant que l'Assuré se trouve dans cet état, et cesse au plus tard 1095 jours après le premier jour d'arrêt de travail. Cette durée inclut le cas échéant la durée de prestation versée dans le cadre du mi-temps thérapeutique. Elle est relayée par la prestation Invalidité dès la consolidation, si son état de santé correspond aux définitions du droit à cette prestation définie à l'article 16.1.3.

16.4 - Option Rachat UGIP et Rachat UGIP Plus

1) Définition et limites de garantie

Les options Rachat UGIP et Rachat UGIP Plus permettent de compléter les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale. Elles ont également pour objet de faire bénéficier l'Assuré de durées de franchises particulières (voir article 16.2) pour certaines pathologies, et sous réserve de l'acceptation préalable du service médical.

Tout assuré ayant choisi cette option sera couvert en :

- Incapacité Temporaire Totale ; (I.T.T.)
- Invalidité Permanente Totale ; (I.P.T.)
- Invalidité Permanente Partielle ; (I.P.P.)
- Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)

Par Incapacité Temporaire Partielle, on entend l'état dans lequel se trouve l'Assuré lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité partielle et reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle habituelle. Cet état s'assimile au mi-temps thérapeutique.

En cas d'Incapacité Temporaire Partielle, la prestation est calculée sur 50% de la dernière mensualité, dans la limite de 5 250 € par mois et de la quotité assurée.

La durée de la prestation en cas d'ITP ne pourra excéder 180 jours consécutifs.

Par ailleurs, ces options peuvent être souscrites également par tout Assuré âgé de moins de 55 ans n'exerçant pas d'activité professionnelle à l'adhésion ou au moment du sinistre. Il ne sera couvert qu'en cas d'incapacité nécessitant un repos complet, médicalement constaté, qui l'oblige temporairement à interrompre trois des quatre activités ordinaires de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer).

La durée de la prestation en cas d'ITT pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle ne pourra excéder 365 jours consécutifs et cessera dans tous les cas au terme du contrat ou au plus tard au 55ème anniversaire de l'Assuré ou de sa mise en retraite.

Cas Particuliers :

Pour les résidents de : La Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Polynésie Française et Nouvelle Calédonie, il n'est accordé à l'assuré que les seules franchises 90 et 180 jours, sauf dérogation de l'assureur. **Par ailleurs, si au moment de l'adhésion, l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle, la garantie RACHAT UGIP ne peut être souscrite.**

L'option RACHAT UGIP n'est pas accordée pour les assurés résidant à : Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna, St-Martin, St Barthélemy, sauf dérogation de l'assureur

L'option RACHAT UGIP PLUS n'est pas accordée pour les assurés résidant à : Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna, St-Martin, St Barthélemy Polynésie Française, la Nouvelle-Calédonie, sauf dérogation de l'assureur

2) Couvertures et Franchises

OPTION RACHAT UGIP :

En cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'ITP, l'option rachat UGIP permet la prise en charge des sinistres ayant pour origine :

- des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, dès lors que l'assuré fait l'objet d'une hospitalisation continue de 7 jours minimum,
- Des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, dès lors que l'assuré fait l'objet d'une hospitalisation continue de 10 jours minimum.

OPTION RACHAT UGIP PLUS :

En cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'I.T.P., l'option Rachat UGIP PLUS permet la prise en charge de sinistres ayant pour origine :

- des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sans conditions d'hospitalisation.
- Des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections sans condition d'hospitalisation.

Quelle que soit l'option choisie, la franchise applicable selon les dispositions de l'article 16.2 est ramenée à celle mentionnée sur le Certificat d'Adhésion.

3) Montant des prestations

La garantie Incapacité Temporaire Totale pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle à l'adhésion ou au moment du sinistre pour l'option Rachat UGIP est limitée à 50% des mensualités et 50 € par jour.

La garantie Incapacité Temporaire Totale pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle à l'adhésion ou au moment du sinistre pour l'option Rachat UGIP Plus est limitée à 100% des mensualités et 100 € par jour

ARTICLE 17 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

17.1 - Règlement par anticipation

En cas d'Invalidité Permanente Totale telle que définie dans l'article 16.1-2, l'Assureur se réserve le droit de verser à l'Organisme Prêteur le Capital restant dû. Le versement du Capital restant dû met fin à l'Assurance.

Les versements périodiques restés impayés à la réalisation du risque ne seront en aucun cas pris en compte par l'Assureur, de même que les intérêts courus.

17.2 - Rechute

En cas de reprise d'activité, d'une durée inférieure à DEUX MOIS interrompant le service des prestations, les échéances survenant après la date du nouvel arrêt d'activité seront prises en charge par l'Assureur sans qu'il soit tenu compte à nouveau de la Franchise si ce nouvel arrêt d'activité est dû à une rechute provenant du même accident ou de la même maladie.

17.3 - Sur les invalidités antérieures

Les Invalidités antérieures à l'adhésion seront déduites dans l'estimation de l'Invalidité.

17.4 - En cas de révision des prestations

Les prestations Incapacité - Invalidité sont liées à la justification du degré d'Incapacité ou d'Invalidité qui a ouvert le droit à la prestation. Toute modification de cet état entraîne la modification correspondante de la prestation telle que définie au présent titre.

EXCLUSIONS

ARTICLE 18 EXCLUSIONS COMMUNES À TOUS LES RISQUES

■ LE SUICIDE SURVENANT PENDANT LA PREMIERE ANNEE QUI SUIVRA LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET DE TOUTE MODIFICATION (AUGMENTATION EVENTUELLE DES CAPITAUX OU LA REMISE EN VIGUEUR DU CONTRAT) A L'EXCEPTION DES PRETS DESTINES AU FINANCEMENT DU LOGEMENT PRINCIPAL DE L'ASSURE DANS LA LIMITE DU MONTANT DEFINI PAR DECRET EN APPLICATION DE L'ARTICLE R.132 5 DU CODE DES ASSURANCES;

■ L'ASSURANCE N'EST PAS ACCORDEE AU PROFIT DU BENEFICIAIRE CONDAMNE POUR AVOIR CAUSE VOLONTAIREMENT LE DECES DE L'ASSURE (ARTICLE L.132-24 DU CODE DES ASSURANCES) ;

■ LES GUERRES CIVILES OU ETRANGERES, EMEUTES, MOUVEMENTS POPULAIRES, ACTES DE TERRORISME OU RIXES. TOUTEFOIS, DANS LES PAYS DE L'U.E., LA SUISSE, LES ETATS-UNIS, LE JAPON ET LE CANADA, CETTE EXCLUSION NE S'APPLIQUE PAS EN CAS DE LEGITIME DEFENSE, D'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER OU SI L'ASSURE N'A PAS DE PARTICIPATION ACTIVE A L'UN DE CES EVENEMENTS, ET DANS LE CAS OU CETTE PARTICIPATION RESULTE DE L'EXERCICE DE SA PROFESSION, PREALABLEMENT

GARANTIE PAR L'ASSUREUR LORS DE L'ADHESION AU CONTRAT ;

■ LES SUITES ET CONSEQUENCES DIRECTES OU INDIRECTES D'ACCIDENTS LIES A LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE AINSI QUE LES CONSEQUENCES DIRECTES OU INDIRECTES D'ACCIDENTS LIES AUX RAYONNEMENTS NUCLEAIRES ET IONISANTS OU DE LA TRANSMUTATION DE L'ATOME QUI NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC UN TRAITEMENT MEDICAL ;

■ LES RISQUES AERIENS SE RAPPORTANT A DES VOLS ACROBATIQUES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS, AINSI QUE LES VOLS EFFECTUES SUR DES APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITE, OU PILOTES PAR UN PILOTE NON MUNI D'UN BREVET VALABLE ;

■ LA PRATIQUE A TITRE D'AMATEUR DES SPORTS SUIVANTS (SAUF SI, A LA DEMANDE EXPRESSE DE L'ASSUREUR LORS DE LA DEMANDE D'ADHESION, TOUT OU PARTIE DE CES ACTIVITES ONT FAIT L'OBJET D'UNE ETUDE DE GARANTIES ACCEPTEE PAR L'ASSUREUR MOYENNANT UNE TARIFICATION SPECIALE.): BOXE, PLONGEE SOUS-MARINE AVEC APPAREIL AUTONOME (SAUF PLONGEE JUSQU'A 30 METRES ET PRATIQUEE MOINS DE 20 FOIS PAR AN ET TOUJOURS ACCOMPAGNEE, HORS EXPLORATION DE GROTTES OU EPAVE), SPELEOLOGIE, BOBSLEIGH, TOBOGGAN, SKELETON, SAUT A SKI OU AU TREMPIN, VARAPPE, ALPINISME, PARACHUTISME, PARAPENTE, DELTAPLANE, ULTRA LEGER MOTORISE, SAUT A L'ELASTIQUE, RALLYES, SKY-SURF, CHASSE A COURRE ;

■ TOUT SPORT DE NEIGE OU DE GLACE (SAUF PATINAGE, CURLING, PRATIQUE SUR PISTE BALISEE DE SKI ALPIN, SKI DE FOND, MONOSKI, LUGE DE LOISIR ET SURF)

■ LA PRATIQUE DE SPORT A TITRE PROFESSIONNEL, QUE CE SOIT LORS DE COMPETITIONS OU D'ENTRAINEMENTS (SAUF SI, A LA DEMANDE EXPRESSE DE L'ASSUREUR LORS DE LA DEMANDE DE SOUSCRIPTION, TOUT OU PARTIE DE CES ACTIVITES ONT FAIT L'OBJET D'UNE ETUDE DE GARANTIES ACCEPTEE PAR L'ASSUREUR MOYENNANT UNE TARIFICATION SPECIALE);

■ LES SUITES ET CONSEQUENCES DE MALADIES LIEES A L'USAGE DE DROGUES, DE STUPEFIANTS, DE MEDICAMENTS A DOSES NON PRESCRITES MEDICALEMENT OU D'ACCIDENTS LORSQUE L'ASSUREUR CONDUCTEUR A CONSOMME DES DROGUES, DES STUPEFIANTS OU DES MEDICAMENTS UTILISES COMME TELS, NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;

■ LA PARTICIPATION A DES COMPETITIONS COMPORTANT L'UTILISATION DE VEHICULES OU EMBARCATIONS A MOTEUR ET A LEURS ESSAIS ET TOUTE UTILISATION D'EMBARCATION «OFF-SHORE ».

ARTICLE 19

EXCLUSIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LES RISQUES PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - INCAPACITÉ - INVALIDITÉ TOUTES CAUSES

EN SUS DES EXCLUSIONS COMMUNES, NE SONT PAS GARANTIES, LES SUITES ET CONSEQUENCES DE :

■ ACCIDENTS OU MALADIES RESULTANT DU FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURE Y COMPRIS LES TENTATIVES DE SUICIDE OU DE MUTILATION;

■ L'INCAPACITE DE TRAVAIL OU L'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE RESULTANT D'UNE FIBROMYALGIE, D'UN SYNDROME POLYALGIQUE IDIOPATHIQUE DIFFUS, D'UN SYNDROME DE FATIGUE / ASTHENIE CHRONIQUE ;

■ L'ETAT DE GROSSESSE, PENDANT LE CONGE LEGAL DE MATERNITE : LA GARANTIE EST ACQUISE EN DEHORS DE CETTE PERIODE MAIS SEULEMENT EN CAS DE COMPLICATIONS PATHOLOGIQUES. SONT EGALEMENT EXCLUS LES ARRETS DE TRAVAIL POUR TRAITEMENT DE LA STERILITE ET LES GROSSESSES PRECIEUSES ;

■ ACCIDENTS OU MALADIES POUR LESQUELS L'ASSURE REFUSE DE SE SOUMETTRE A UN TRAITEMENT MEDICAL RATIONNEL ET ADEQUAT;

■ DE L'IMPREGNATION ALCOOLIQUE RECONNUE MEDICALEMENT ;

■ LES SUITES ET CONSEQUENCES DES ACCIDENTS RESULTANT DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE DE L'ASSURE OU D'UN ETAT D'IVRESSE DE L'ASSURE CARACTERISE PAR UN TAUX D'ALCOOLEMIE SUPERIEUR AU TAUX PREVU PAR LA LEGISLATION DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR A LA DATE DE SURVENANCE DE L'ACCIDENT

■ D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES ESTHETIQUES AUTRES QUE LA CHIRURGIE REPARATRICE CONSECUTIVE A UNE MALADIE OU UN ACCIDENT GARANTI AU CONTRAT;

■ AFFECTIONS ANTERIEURES A LA DATE D'EFFET DES GARANTIES ET NON DECLAREES A L'ASSUREUR. LES SUITES ET CONSEQUENCES DES AFFECTIONS DECLAREES SONT GARANTIES SAUF NOTIFICATION DE L'EXCLUSION A L'ASSUREUR OU MENTION PARTICULIERE FAITE AU CERTIFICAT D'ADHESION.

LA PREUVE DE L'EXCLUSION INVOQUEE INCOMBE A L'ASSUREUR.

CONVENTION AERAS

Objet de la convention

Les Assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat (niveau 1 de ladite convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'Assureur.

Ces demandes d'adhésions sont systématiquement examinées individuellement conformément au niveau 2 de la convention AERAS. Une proposition tarifaire personnalisée est adressée dans les 72 heures sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (questionnaire complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier).

En cas de refus de toute garantie en niveau 2, sous réserve que l'encours cumulé des prêts à assurer n'est pas supérieur à 320.000 euros, et pour des prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans, le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit

de niveau 3, conformément à la convention AERAS et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

Garantie invalidité spécifique AERAS

L'assuré peut bénéficier de la garantie invalidité spécifique si elle figure dans les conditions spécifiques proposées par l'assureur. La garantie sera mise en jeu lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- Son état de santé est consolidé ;
- Son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;
- Il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'aptitude totale à l'exercice de la profession pour les non salariés.

Les prestations sont versées à compter du jour où les conditions ci-dessus sont satisfaites et selon les dispositions indiquées ci-dessus.

EXCLUSIONS

En plus des exclusions et restrictions de garanties spécifiques acceptées par l'Assuré, s'appliquent :

- Les exclusions visées à l'article 18 ;
- Les exclusions visées à l'article 19 ;

LA PREUVE DE L'EXCLUSION INVOQUEE INCOMBE A L'ASSUREUR.

MODALITES DE GESTION

ARTICLE 20

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ OU DE SES AYANTS DROIT

20.1 - À l'adhésion et pendant la vie du contrat

Irrevocabilité des garanties : En cours de contrat, les changements intervenus dans la situation de l'assuré n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Le candidat à l'Assurance s'engage à se soumettre aux formalités d'adhésion prévues à l'article 6 du présent contrat et à s'acquitter de ses cotisations.

Il doit adresser à l'Association le tableau d'amortissement définitif dans les 120 jours qui suivent le déblocage des fonds ; à défaut tout réajustement de garantie prendra effet à réception dudit tableau d'amortissement.

Il appartient à l'assuré d'informer l'Association des événements suivants :

- Toute modification relative au prêt, objet du contrat et à l'amortissement de son opération financière (renégociation, remboursement anticipé, allongement de la durée, etc.) ou à son engagement de remboursement ;
- Tout changement d'adresse ou de coordonnées bancaires dans les 30 jours à compter du changement.

Il doit communiquer à l'Association le nouveau tableau d'amortissement ou l'échéancier correspondant et la copie de tous les actes contractuels ou juridiques initiaux et ceux ayant pour objet une modification de ses engagements.

Les modifications qui n'auraient pas été déclarées dans le délai prévu et qui entraînent au titre des garanties accordées un engagement supplémentaire pour l'Assureur ne lui sera pas opposable et aucun remboursement de cotisation ne sera dû si lesdites modifications devaient occasionner une diminution du risque à assurer.

20.2 - En cas de décès

Le(s) Bénéficiaire(s) devra (ont) transmettre une demande de versement du capital décès accompagnée des pièces suivantes :

- L'original du certificat d'adhésion et de ses avenants le cas échéant ;
- Un acte original de décès de l'assuré ;
- Sous pli confidentiel, à l'intention du médecin-conseil de l'assureur, et sur le modèle fourni par l'assureur, un certificat du médecin ayant constaté le décès et indiquant la cause ;
- Une attestation de l'organisme prêteur détaillant le capital restant dû au jour du décès ;
- Un certificat de vie du (des) bénéficiaire(s) ;
- Toutes autres pièces jugées utiles par l'assureur.

20.3 - En cas d'Incapacité Temporaire Totale et Partielle

L'Assuré devra transmettre dans un délai de quatre mois les pièces suivantes :

- Une déclaration d'arrêt de travail signée par lui ;
- Sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'assureur, un certificat médical établi par son médecin traitant précisant la date d'arrêt de travail, sa durée, la nature des blessures ou de la maladie, la date de constatation des premiers symptômes, l'évolution et les conséquences probables de l'affection ;
- Les justificatifs de prolongation d'arrêt; copies des feuilles d'arrêt maladie ou

accident, et s'il est salarié, les décomptes de prestations en nature versées par le régime obligatoire ;

- Le certificat de reprise y compris à temps partiel ;
- Le document de l'organisme prêteur justifiant des échéances ;
- Toutes autres pièces jugées utiles par l'assureur.

En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée ou maintenue.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants droit, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, aux circonstances ou aux conséquences du sinistre, entraînent la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.

20.4 - En cas d'Invalidité Permanente Totale et Partielle ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'Assuré devra transmettre dans un délai de quatre mois une demande de versement du capital restant dû accompagnée des pièces suivantes :

- L'original du certificat d'adhésion et de ses avenants le cas échéant ;
- Sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Assureur, un certificat médical établi par son médecin traitant précisant la nature des blessures ou de la maladie, leurs séquelles permanentes et la date de consolidation ;
- une attestation de l'Organisme Prêteur détaillant le Capital restant dû au jour de la consolidation de l'état d'invalidité ;
- toutes autres pièces jugées utiles par l'Assureur.

Règles communes aux articles 20.3 et 20.4

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de réclamer tout justificatif supplémentaire y compris d'ordre médical et de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour prendre une décision sur la demande de prise en charge ou le maintien des prestations.

Passé ce délai de quatre mois, l'Assureur se réserve le droit, en raison du dommage lié à son impossibilité de contrôler l'état d'invalidité, de fixer la date de la reconnaissance de l'état d'invalidité au jour de sa déclaration à l'Assureur.

En l'absence de transmission des documents sollicités par l'assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants droit, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, aux circonstances ou aux conséquences du sinistre, entraînent la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.

20.5 - Pluralités d'assurances au titre d'un même contrat de prêt

En cas d'existence de contrats d'assurance souscrits auprès d'une autre compagnie d'assurance sur le ou les prêts assurés au titre du présent contrat, l'intervention de l'Assureur se limitera à compléter les garanties souscrites par ailleurs sur ce même prêt à concurrence de 100%.

ARTICLE 21 EXPERTISE ET CONTROLE

21.1 - Le contrôle

A défaut de se soumettre à cet examen l'assureur refusera ou cessera toutes prestations.

L'Assureur peut, à tout moment, demander à l'assuré de se soumettre à un examen médical effectué par un médecin indépendant désigné par l'Assureur afin de constater la gravité de son état de santé.

Lors d'une expertise médicale, l'Assuré a la possibilité de se faire assister par le médecin de son choix, étant entendu que les frais ou honoraires facturés à cette occasion, resteront à la charge de l'Assuré.

21.2 - L'arbitrage médical

En cas de désaccord entre l'Assureur et l'Assuré (ou, en cas de Décès, les héritiers de l'Assuré), chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces deux médecins, ceux-ci s'en adjoignent par voie amiable ou judiciaire, un troisième pour les départager. Les honoraires et frais relatifs à l'intervention de chacun des deux premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné. Ceux concernant le troisième médecin sont supportés par moitié par les deux parties.

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions du médecin désigné, sont notifiées à l'Assuré par courrier; elles s'imposent à lui s'il n'en a pas contesté le bien fondé dans les deux mois suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée; cette contestation devra être adressée à l'Assureur par écrit.

ARTICLE 22 OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

22.1 - À l'adhésion

L'Assureur s'engage à faire connaître sa décision au plus tard dans les 15 jours suivant la réception de la demande d'adhésion ou des éléments d'informations complémentaires qu'il a pu demander.

22.2 - En cas de sinistre

En cas de décès ou de reconnaissance d'un état de santé de l'Assuré

ouvrant droit aux prestations conformément à l'ensemble des modalités du présent contrat, l'Assureur s'engage à régler :

- Le capital restant dû au titre des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie souscrites par l'adhérent dans les 30 jours suivant la réception du dossier complet ;
- Les échéances dues au titre des garanties incapacité temporaire totale et partielle, invalidité permanente totale et partielle souscrites par l'adhérent dans les 15 jours suivant la réception du dossier complet.

RENONCIATION - INFORMATIQUE ET LIBERTES MEDIATION - CONTROLE

ARTICLE 23 RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son contrat dans un délai de 30 jours à compter soit de l'émission du certificat d'adhésion, soit à la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties).

Attention : Si, dans l'intervalle, le bénéficiaire acceptant a retourné le certificat d'adhésion dûment signé, son accord écrit sera demandé.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée au siège social de l'Assureur, reproduisant le texte indiqué ci-après :

«Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le....., demeurant....., déclare renoncer expressément à la souscription du contrat d'assurance n°xxxxxx pour lequel j'ai versé..... € en date du..... entre les mains de M....., et demande le remboursement des sommes versées.

Fait à....., le..... et Le signataire.»

ARTICLE 24 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Par la signature de la demande d'adhésion, l'Adhérent et l'Assuré s'il s'agit d'une personne distincte déclarent consentir librement et sans réserve au traitement des informations et données personnelles qu'ils fournissent à l'Assureur. Ces informations ne seront utilisées que dans le but d'assurer le bon traitement de l'adhésion en exécution du contrat d'assurance.

Dans le cadre de ce traitement, les informations recueillies pourront être communiquées aux autres sociétés du groupe auquel appartient l'Assureur, ainsi qu'à des mandataires, sous-traitants, réassureurs et organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne.

Pour ce qui concerne des transferts de données à des pays n'assurant pas un niveau de protection adéquat au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assureur a pris toutes les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité et à la sécurité des données personnelles.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leurs droits d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations les concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, des autres sociétés du groupe, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou des organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne. Ce droit d'accès, d'opposition ou de rectification peut être exercé auprès de l'Assureur.

ARTICLE 25 MEDIATION

Le présent contrat est soumis au droit français. Pour toutes réclamations ou communications les Adhérents doivent écrire à : UGIP – 73-75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS.

En cas de désaccord, et après avoir épuisé toutes les voies de recours internes à la compagnie, il pourra être demandé l'avis du Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), dont les coordonnées seront communiquées sur simple demande adressée à l'Assureur.

En cas de désaccord portant sur le fonctionnement des mécanismes de la convention AERAS, l'Assuré pourra demander l'avis de la Commission de médiation de la convention AERAS dont les coordonnées lui seront communiquées sur simple demande adressée à UGIP.

ARTICLE 26 CONTRÔLE

L'organisme chargé du contrôle de l'Assureur est la Financial Services Authority (FSA) 25 The North Colonnade, Canary Wharf - Londres - Royaume-Uni.