

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE N°4603
SOUSCRIT PAR UGIPS, UNION GENERALE INTERPROFESSIONNELLE DE PREVOYANCE Association loi 1901
 dont le siège est à Paris (75010) 5, place du Colonel Fabien
 auprès d'AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073 euros 310 499 959 RCS Nanterre
 Siège social : 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex - Entreprise régie par le Code des assurances

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le contrat n° 4603 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit, auprès d'AXA France Vie (ci-après dénommé "l'assureur"), par l'association UGIPS (ci-après dénommée "la contractante"), au profit de ses adhérents, en vue de garantir des prêts immobiliers, professionnels et personnels.

La contractante a souscrit ce contrat d'assurance de groupe pour permettre aux emprunteurs, co-emprunteurs et à leurs cautions de s'assurer, en fonction de leur choix, contre les risques de décès, perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail.

Le contrat est régi par le Code des assurances.

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, « (...) Indépendamment des causes 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 contrat n°4603 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.

ARTICLE 2 : CARACTERISTIQUES DES OPERATIONS GARANTIES

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

- **Prêts amortissables sans différé** d'une durée maximale de 30 ans,
- **Prêts amortissables** d'une durée maximale de 30 ans **avec différé d'amortissement** (de 2 ans maximum),
- **Prêts modulables** d'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 par paliers** ou **prêts lissés** d'une durée maximale de 30 ans,
- **Prêts « relais »**,
- **Prêts « in fine »** d'une durée maximale de 20 ans.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADMISSION

Sont admissibles au contrat les personnes physiques :

- âgées d'au moins 18 ans et de :
 - **80 ans au plus**, à la date de signature de leur demande d'admission pour la **garantie décès**,
 - **65 ans au plus**, à la date de signature de leur demande d'admission pour les **autres garanties**,
 - résidant en France métropolitaine ou à Monaco ou dans un pays frontalier de la France et dont la résidence fiscale se situe en France ou à Monaco, sous réserve que le prêt soit souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en France et que l'emprunteur dispose d'un compte bancaire domicilié en France,
 - dans le cas où le prêteur consentirait un prêt à une société, association ou groupement quelconque, les personnes physiques, dans les mêmes conditions d'âge que ci-dessus, 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,
- qui postulent à un contrat de prêt tel que défini à l'article "CARACTERISTIQUES DES OPERATIONS GARANTIES" en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution.

Chaque postulant a la possibilité de choisir l'une des deux options suivantes :

- **OPTION 1 :** GARANTIES DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE
- **OPTION 2 :** GARANTIES DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITE DE TRAVAIL

Le choix des options doit être formulé à la date de signature de la demande d'admission.

Il est précisé que pour les prêts relais et in fine seule l'option 1 est possible.

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 à l'une des **2 options**. Elles acquittent alors les cotisations prévues.

FORMALITES D'ADMISSION

Le postulant doit compléter et signer la demande d'admission ainsi que le questionnaire de santé. Il peut, s'il le souhaite, adresser le questionnaire de santé sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de l'assureur, qui peut lui demander un complément d'information dont les éventuels honoraires sont à la charge du postulant.

Si le postulant doit se soumettre, en fonction de son âge et du montant du capital à garantir, à des formalités médicales prévues contractuellement, les honoraires sont à la charge de l'assureur dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 6 mois à compter de sa signature. Si l'assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, vous devez remplir un nouveau questionnaire. En outre, la durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été pratiqués.

L'assureur peut :

- accepter votre demande :
 - au taux normal de prime ou à un taux majoré,
 - sans restriction, ou avec exclusion de certaines pathologies ou de certaines garanties.
- refuser votre demande.

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

Les dispositions de la convention AERAS se substituent en cas de besoin aux présentes dispositions. Ainsi, 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 2^{ème} niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2^{ème} niveau, l'assureur transmet le dossier au pool de réassurance du 3^{ème} niveau du dispositif de la convention AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de l'adhésion et des règles de confidentialité.

ARTICLE 4 : CAPITAL ASSURE

A partir des éléments figurant sur la demande d'admission, il est défini un **CAPITAL TOTAL A 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".

ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

Le montant maximal de l'engagement de l'assureur, pour un même assuré, est limité à **1 500 000 euros** au cumul des capitaux à assurer figurant sur la demande d'admission.

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.

ARTICLE 5 : DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET DES GARANTIES

L'assuré est garanti pour toute la durée de l'opération de crédit sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article intitulé "CESSATION DES GARANTIES".

En l'absence de demande du postulant à l'assurance, **l'assurance et les garanties prennent effet** à la date d'acceptation du risque par l'assureur indiquée sur l'attestation d'assurance. La personne à assurer peut cependant choisir comme date de prise d'effet des garanties :

- soit la date d'acceptation de l'offre ou de la signature du contrat de prêt,
- soit la date d'accord du prêt,
- soit la date de premier déblocage des fonds.

Dans ce cas, la date choisie doit être précisée par la personne à assurer sur la demande d'admission. **Cette date ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'assureur** ni être modifiée après la signature par l'ensemble des parties.

Toutefois,

- si **180 jours** se sont écoulés depuis la date de signature de la demande d'admission 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, la couverture du risque de **DECES ACCIDENTEL** est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt et 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 médecin conseil, l'assureur se prononce sur le refus de l'admission du postulant, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification du refus à l'assuré.

Par décès accidentel, il faut entendre le décès résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré.

Il est précisé que l'accident doit survenir postérieurement à la date de signature de la demande d'admission et que le décès consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date dudit accident.

Le décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens de cette garantie. 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'admission, la couverture du risque de décès accidentel cesse trois mois jour pour jour à compter de ladite date.

ARTICLE 6 : FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

PRINCIPE GENERAL

Les garanties joueront conformément à l'échéancier porté à la connaissance de l'assureur et servant de base au calcul des cotisations.

AMENAGEMENT DU PRET EN CAS DE REMBOURSEMENT ANTICIPE 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.

MODIFICATION DES GARANTIES ET DES QUOTITES

L'adhérent peut, à tout moment, demander la modification de ses garanties et/ou sa quotité, sous réserve de l'accord du bénéficiaire acceptant. Cette modification prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation, aux dates suivantes :

- s'il s'agit d'une diminution, le jour de réception de la demande par l'assureur,
- s'il s'agit d'une augmentation, à la date indiquée sur la nouvelle demande d'admission, l'acceptation du changement étant subordonnée à l'étude de nouvelles formalités d'admission,
- si la demande est effectuée alors que l'assuré bénéficie des prestations au titre de la garantie incapacité de travail, à la date de fin d'indemnisation du sinistre incapacité de travail.

CUMUL DES GARANTIES

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du contrat n°4603, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100%.

ARTICLE 7 : MAINTIEN DES GARANTIES

En cas de résiliation du contrat n° 4603 par la contractante ou l'assureur, les garanties accordées sont maintenues aux assurés dont l'adhésion est en cours et jusqu'au terme des prêts garantis, dans les mêmes conditions que celles de cette notice. Aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée à compter de la date de résiliation.

ARTICLE 8 : BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

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

En cas de décès avant le déblocage total des fonds, le montant excédentaire sera réglé, sauf désignation particulière, par ordre de préférence, selon la clause type ci-après :

- au co-emprunteur ;
- à défaut, au conjoint non séparé de corps, non divorcé ou lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, non séparé de corps ;
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers.

ARTICLE 9 : CESSATION DES GARANTIES

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration faite de mauvaise foi, l'assuré, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie des assurables du groupe et à la condition que ses cotisations aient été payées.

Les garanties prennent fin pour chaque assuré :

- 180 jours après la date de signature de l'offre de prêt si aucun versement de fonds, total ou partiel, n'a été effectué,
 - à la date de déchéance du terme,
 - lors du remboursement total, anticipé ou non, du prêt garanti,
 - le jour où cesse l'obligation de caution,
 - en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances,
 - à la date du départ à la 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 en ce qui concerne les garanties INCAPACITE DE TRAVAIL ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE,
- et, au plus tard,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'assuré atteint :
 - son 85^{ème} anniversaire en ce qui concerne la garantie DECES,
 - son 65^{ème} anniversaire en ce qui concerne les garanties PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE et INCAPACITE DE TRAVAIL.

ARTICLE 10 : GARANTIES DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE 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, est reconnu par le médecin conseil de l'assureur totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune activité 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 3^{ème} catégorie ou bénéficier 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 paragraphe "CESSATION DES GARANTIES".

La réalisation du risque perte totale et irréversible d'autonomie est assimilée au décès, et par conséquent met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

MONTANT DE LA PRESTATION

EN CAS DE DECES

En cas de décès de l'assuré avant le dernier jour du mois où ce dernier atteint son **85^{ème} anniversaire**, le montant du capital versé est égal au montant défini ci-dessous, affecté de la quotité assurée :

- 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.

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

Si le décès survient le jour de l'échéance, celle-ci 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 IRREVERSIBLE 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 de l'incapacité de travail 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.

RISQUES EXCLUS :

L'assureur couvre **tous les risques de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie** quelle qu'en soit la cause, à l'**exclusion** :

- de la participation à des paris, des 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 périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même,
- des 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,
- de la spéléologie avec secourisme, de la pratique de la plongée sous-marine supérieure à 40 m ou sans brevet,
- de la pratique des sports cités ci-dessous, sauf dans le cadre d'une activité professionnelle mentionnée sur la demande

d'admission et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée et, sauf en tant qu'amateur si l'assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement : la pratique des sports de combat, du cyclisme en compétition, de l'équitation en compétition et la chasse à courre, de compétitions comportant l'utilisation d'une arme, des 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, de la randonnée en montagne au-dessous de 3000 mètres, de l'alpinisme, du canyoning, de la spéléologie sans secourisme (usage d'explosif exclu dans tous les cas), du motonautisme en compétition (y compris scooter de mer) ou à plus d'un mille des côtes, de la voile ou du yachting en compétition, de la voile ou du yachting (longues traversées, tour du monde), de la plongée sous-marine inférieure à 40 mètres, des sports automobiles, de la moto en compétition, des vols sur ailes volantes, du deltaplane, du kitesurf, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel et du parapente, de l'ULM et tout autre sport aérien et/ou utilisation de tout autre engin aérien,

- des rixes 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,
- des 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,
- des conséquences, directes ou indirectes, 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 et que l'assuré y prenne une part active ou non,
- des conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale,
- des conséquences d'une épidémie, dans les pays ou régions formellement déconseillés ou proscrits par le ministère français des affaires étrangères (voir site internet : www.diplomatie.gouv.fr),
- des conséquences directes ou indirectes d'activités illégales.

En complément et spécifiquement pour le risque DECES :

- le suicide de l'assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'admission, 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.

En complément et spécifiquement pour LE RISQUE DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, à l'exclusion des suites 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,
- de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article 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'alcoolémie 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 transmutation des noyaux d'atome.

DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du règlement, les ayants droit de l'assuré adresseront à :

CBP SOLUTIONS - BP 1145 - 44016 NANTES CEDEX 1 - N° ORIAS 07 009
023 - WWW.ORIAS.FR,

les pièces suivantes :

EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

- la demande d'admission,
- l'acte de décès,
- un certificat médical du médecin traitant, indiquant la cause du décès,
- UNE COPIE DU RAPPORT DE POLICE OU DE GENDARMERIE S'IL EXISTE.

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

- la demande d'admission,
- 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 ou assimilés, la notification de la pension d'invalidité 3^{ème} 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.

ARTICLE 11 : GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL

La présente garantie :

- concerne les assurés, ayant opté pour l'option 2, âgés de moins de 65 ans, qui exercent, au moment du sinistre, une activité professionnelle rémunérée en France ou dans un pays frontalier de la France et résidant fiscalement en France, ou tout assuré disposant d'un contrat de travail français.
- est acquise pour la caution, en cas d'insolvabilité de l'emprunteur principal, qui apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

DEFINITION DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL

Avant la consolidation de l'état de santé, est en **incapacité de travail** au sens du contrat, l'assuré se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité complète constatée médicalement d'exercer sa profession. Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet des garanties.

Le **délaï de franchise**, indiqué sur l'attestation d'assurance, est fixé à **60, 90 ou 120 jours** continus d'incapacité totale de travail, décomptés à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

À la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré et au plus tard trois ans après la date d'arrêt de travail, le médecin conseil de l'assureur fixe le **taux d'incapacité**.

Ce taux est déterminé selon le barème contractuel ci-après à partir des taux d'incapacité fonctionnelle et d'incapacité professionnelle de l'assuré. L'assureur considère alors en **incapacité de travail**, tout assuré dont le taux d'incapacité est **supérieur ou égal à 66 %**.

L'incapacité de travail et la consolidation de cet état doivent être médicalement constatées sur le sol français, y compris dans les DROM-COM.

BAREME CONTRACTUEL

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

Le taux d'INCAPACITE FONCTIONNELLE est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de 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'INCAPACITE 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 normales 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 professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle				
	60	70	80	90	100
30					67%
40				69%	74%
50			68%	74%	79%
60		66%	73%	79%	84%
70		70%	77%	83%	89%
80	66%	73%	80%	87%	93%
90	69%	76%	83%	90%	97%
100	71%	79%	86%	93%	100%

RISQUES EXCLUS :

Au titre de la garantie **Incapacité de travail**, les risques suivants sont exclus :

- les risques exclus énoncés à l'article 10 « GARANTIES DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE »,
- la période correspondant à la durée légale du congé de maternité définie par le Code du travail, que l'assurée soit salariée ou non,
- de l'incapacité de travail consécutive 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 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- de l'incapacité de travail consécutive à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.

Sur demande écrite du postulant à l'assurance, ces deux dernières exclusions peuvent être supprimées ou adaptées, sous réserve de l'accord de l'assureur, moyennant le paiement d'une prime complémentaire.

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", le montant de l'échéance mensuelle due en application du contrat de prêt, conformément au tableau d'amortissement d'origine annexé à l'offre de prêt, affecté de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'incapacité de travail.

Le cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le prêteur et valides depuis plus de six mois au moment du sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision.

L'assureur rembourse également les fractions de cotisations relatives aux garanties DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE / INCAPACITE DE TRAVAIL 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).

A compter de la consolidation de l'état de santé de l'assuré, et au plus tard trois ans après le début de l'arrêt de travail, le maintien des prestations est fonction du taux contractuel d'incapacité.

Si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66%, les prestations sont maintenues.

Si le taux d'incapacité est inférieur à 66%, les prestations sont supprimées.

LIMITATION DES PRESTATIONS

Le montant de la prestation est limité à 300 euros par jour indemnisé (trois cents euros) pour un même assuré tous prêts confondus.

S'il apparaît, au moment du sinistre, que les sommes assurées au titre d'une même adhésion, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du contrat n°4603, sont supérieures au montant maximal fixé à l'article "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR", l'indemnisation sera réduite à due concurrence dudit montant.

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

LIMITATION DES PRESTATIONS A LA DIMINUTION DE REMUNERATION

Si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé, les prestations sont limitées à la diminution de rémunération. Cette disposition ne s'applique pas aux prêts professionnels. Cette disposition peut, toutefois, être supprimée moyennant le paiement d'une prime complémentaire, sur demande écrite du postulant à l'assurance.

Définition de la diminution de rémunération

La diminution de rémunération est égale à la différence entre la rémunération de référence et la rémunération perçue au cours de la période indemnisée.

La rémunération de référence est égale à la moyenne mensuelle des rémunérations et indemnités imposables versées par l'employeur au

cours des douze mois précédant l'arrêt de travail. La rémunération de référence est actualisée :

- pour la première fois après dix-huit mois au moins d'incapacité de travail,
- au 1^{er} juillet de chaque année selon la formule d'indexation :

$$\frac{R \times I_n}{I_{n-1}}$$

R = rémunération de référence

I_{n-1} = indice au 1^{er} janvier de l'année précédente

I_n = indice au 1^{er} janvier de l'année en cours

L'indice I est celui de l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, ou tout autre indice officiel publié par l'INSEE venant s'y substituer.

La rémunération perçue au cours de la période indemnisée est mensuellement égale à la somme des rémunérations et indemnités versées par l'employeur, des prestations versées par les organismes de la Sécurité Sociale ou assimilé, ainsi que celles versées par les organismes de prévoyance complémentaire obligatoire au cours de la période indemnisée.

DUREE 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. 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.

REGLEMENT DES SINISTRES**DELAI DE DECLARATION**

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 est inférieur à 66%,
- à la date de reconnaissance par l'assureur de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie,
- à la date de reprise même partielle d'une activité,
- à la date à laquelle est enregistrée la fin de la diminution de la rémunération,
- pour la caution, lorsque le débiteur principal n'est plus solvable,
- 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 65^{ème} anniversaire,
- et, en tout état de cause,
- au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du versement des prestations prévues au paragraphe « INDEMNISATION », CBP Solutions - BP 11615 - 44016 NANTES Cedex 1 - n° Orias 07 009 023 - www.orias.fr, constitue le dossier sinistre.

Quel que soit le régime de l'assuré ou le type de prêt souscrit, la première demande de prestations doit être accompagnée :

- de la demande d'admission,
- d'un certificat médical du médecin traitant, sur le formulaire fourni par l'assureur.

Outre ces documents, les justificatifs suivants doivent être transmis :

- **Pour les assujettis au Régime Général de la Sécurité Sociale :**
 - les décomptes de règlement dudit organisme,
 - le cas échéant, la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité,
 - **Pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale :**
 - 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.
- Et, dans les deux cas :
- les justificatifs de rémunérations et indemnités imposables versées par les employeurs et organismes de prévoyance au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail.

Puis, au cours de la période indemnisée et dans les deux cas :

- les bulletins de paye,
- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme de Sécurité Sociale et ceux de prévoyance complémentaire,
- 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 :**

- les certificats de prolongation établis par le médecin traitant,

L'assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier.

ARTICLE 12 : CONTROLE MEDICAL

CONTROLE MEDICAL

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

L'assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis. Il peut alors faire contrôler à ses frais, par un médecin, l'état de santé de l'assuré. Les honoraires médicaux de cet examen sont à la charge de l'assureur. Si l'assuré le souhaite, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix et à ses frais. **Le contrôle médical entraîne obligatoirement la suspension de tout règlement.** Si l'assuré s'oppose à ce contrôle, il perd droit aux prestations.

ARBITRAGE

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 de travail ou d'invalidité, 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.

ARTICLE 13 : COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction :

- de l'âge de l'assuré à la date d'effet de l'assurance, pour la première cotisation, et, les années suivantes, de l'âge à la date anniversaire de la date d'effet,
- de l'activité professionnelle de l'assuré à l'adhésion,
- du statut de fumeur ou de non fumeur de l'assuré,
- des caractéristiques de la garantie Incapacité de travail souscrite (franchise choisie, rachat des exclusions et/ou de la prestation limitée à la diminution de la rémunération),
- du capital restant dû (affecté de la quotité assurée).

Les cotisations sont dues à compter du jour de la prise d'effet de l'assurance et sont payables annuellement et d'avance.

Cependant, l'assuré peut choisir une autre périodicité lors de son admission.

Le montant de la cotisation varie chaque année, en fonction du capital restant dû et de l'âge de l'assuré. Ainsi, en début d'assurance, en fonction des informations fournies par l'assuré, **CBP Solutions** établit un échéancier des cotisations qui ne variera pas pendant toute la durée du prêt, sauf en cas de changement de situation de l'assuré (fumeur/non fumeur) ou de changement du tableau d'amortissement.

De ce fait, pour les prêts à taux révisibles ou modulables, l'assuré est tenu de fournir à **CBP Solutions** chaque nouveau tableau d'amortissement.

L'assureur se réserve aussi le droit de réviser les taux de cotisation, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations.

Après un remboursement anticipé partiel, la cotisation est calculée sur le montant suivant :

- capital restant dû après le remboursement anticipé partiel x quotité assurée.

CBP Solutions informe les assurés de toute modification du montant des cotisations, par lettre recommandée avec avis de réception. Le nouvel échéancier des cotisations prendra effet à la date d'envoi de cette lettre.

A défaut de paiement d'une 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.141-3 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.

ARTICLE 14 : 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, notwithstanding 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 15 : INFORMATION DES ASSURES

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'admission au contrat d'assurance souscrit auprès d'AXA France VIE, responsable du traitement. A défaut de réponse, la demande d'admission ne pourra pas être étudiée,
- qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification à l'adresse suivante pour toute information le concernant :

AXA - SERVICE INFORMATION CLIENTS

313, TERRASSES DE L'ARCHE - 92727 NANTERRE CEDEX

L'assureur, responsable du traitement de son adhésion, peut communiquer ses réponses, ainsi que les données le concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir 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, **CBP Solutions** est en mesure d'étudier toutes ses demandes.

Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, il peut adresser une réclamation à :

AXA Solution Collectives – Service Réclamations clientèle

11 Boulevard des Bouvets - 92000 NANTERRE

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

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

AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL- SECTEUR ASSURANCE

61, RUE TAITBOUT - 75436 PARIS CEDEX 09

ARTICLE 16 : FACULTE DE RENONCIATION

L'assuré peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement de la prime versée, si, dans les 30 jours qui suivent la signature de la demande d'admission, il adresse à

CBP SOLUTIONS

BP 11615 – 44016 NANTES CEDEX 1

N° ORIAS 07 009 023 - www.orias.fr

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 garantie Emprunteur n° 4603 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.

CBP Solutions 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.

ARTICLE 17 : CHANGEMENT DANS LA SITUATION DE L'ASSURE

L'assuré est tenu d'informer **CBP Solutions**, par lettre recommandée avec avis de réception, dans les 90 jours qui suivent tout changement de situation, de domicile, ou toute autre modification par rapport aux déclarations faites lors de son adhésion. **Il en est de même dans le cas de consommation de tabac par l'assuré, même occasionnelle, lorsque celui-ci a signé une déclaration « non fumeur ».** L'assureur procédera alors à une nouvelle tarification du risque sur cette nouvelle base. 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.