

# CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE A ADHÉSION FACULTATIVE UGIP CREDIT+ N°V1206.0003



SOUSCRIT PAR L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE - UGIP  
Siège social : 2, rue Turgot 75009 PARIS Association Loi 1901 Déclaration Préfecture de PARIS N° 74-1389  
Services administratifs : 73-75 Rue Brillât-Savarin 75013 PARIS.

Après de **SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE**, nom commercial de : Société Suisse d'Assurances Générales sur la Vie Humaine.

Siège spécial pour la France : 86, Bd Haussmann 75380 Paris Cedex 08 Entreprise régie par le Code des Assurances pour les contrats souscrits ou exécutés en France Immatriculé au RCS Paris 341 785 632 SA au capital de 136 314 759,86 € Siège social à Zurich : Général Guisan, Quai 40 - RC. CH.020.5.901.324.6

## ARTICLE 1

### BASE JURIDIQUE DU CONTRAT

Le présent document constitue la notice d'information prévue par la législation. Il décrit les dispositions du contrat d'assurance V1206.0003 souscrit par L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE (UGIP) Association Loi 1901 - Déclaration Préfecture de Paris n° 74-1389 ci-après dénommée « UGIP » auprès de Swiss Life Assurance et Patrimoine, SA au capital de 169 036 086,38 € - RCS Paris 341.785.632 - ci-après dénommée « Swiss Life » ou « l'Assureur ». Les conditions d'adhésion sont régies exclusivement par le droit français, le Code des Assurances, le contrat d'assurance collective, la présente notice d'information et les dispositions mentionnées sur le certificat d'adhésion.

## ARTICLE 2

### OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'Assurance Groupe Ouvert a pour objet de garantir toute personne adhérente de l'Association, emprunteur, co-emprunteur ou caution d'un prêt avant le remboursement intégral du prêt, au titre des risques de :

- Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ;
- Incapacité Temporaire Totale (ITT) ;
- Invalidité Permanente Partielle (IPP) ;
- Invalidité Permanente Totale (IPT) ;
- Garantie Invalidité Spécifique (Convention AERAS).

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur son certificat d'adhésion.

### RESIDENCE

Les personnes résidant en France Métropolitaine peuvent adhérer et souscrire les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle, et Invalidité Permanente Totale.

Les résidents français dans les DROM (Mayotte, Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion) et les POM (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie) peuvent adhérer et souscrire les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale. Toutefois, la franchise applicable au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale sera une franchise absolue soit de 90, soit de 180 jours.

Les personnes de nationalité française résidant à Monaco, en Allemagne, Belgique, Grande-Bretagne, Espagne, Portugal, Italie, Luxembourg ou Suisse peuvent adhérer et souscrire les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale. Toutefois, seules les périodes d'Incapacité et Invalidité médicalement constatées en France Métropolitaine seront indemnisées. Cette adhésion se fait également sous réserve que le prêt à garantir soit souscrit auprès d'un organisme financier situé dans l'EEE ou la Suisse, libellé en euros et rédigé en français.

Sauf exception spécifique accordée par l'Assureur, le contrat n'est pas ouvert aux personnes non incluses dans les catégories ci-dessus.

## ARTICLE 3

### EFFET & DUREE DES GARANTIES

La garantie prend effet pour chaque Assuré à la date indiquée sur le certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif de la première cotisation.

La première période d'assurance se termine au 31 décembre de l'exercice en cours. Les garanties se renouvellent ensuite, d'année en année, par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, jusqu'au terme du prêt et/ou jusqu'à l'âge limite des garanties (article 10) et sous réserve du paiement des cotisations.

Sous réserve d'être à jour de ses cotisations à cette date, l'Adhérent peut résilier son engagement par lettre recommandée, 2 mois avant la date de renouvellement accompagnée de l'accord du bénéficiaire. La dénonciation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré.

La résiliation du contrat d'Assurance collective V1206-0003, souscrit par UGIP auprès de Swiss Life, n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours, qui continuent à produire leurs effets dans les conditions prévues par ledit contrat, par la présente notice d'information et par les dispositions mentionnées sur le certificat d'adhésion.

## ARTICLE 4

### DEFINITION : LES ADHÉRENTS / LES ASSURÉS

**Adhérent** : L'Adhérent est la personne physique ou morale, membre de l'UGIP, ayant demandé son adhésion au contrat V1206-0003. Il est le payeur des cotisations. L'Adhérent peut être l'Assuré.

**Assuré** : L'Assuré est la personne physique sur laquelle reposent les garanties souscrites par l'Adhérent dans le cadre de l'adhésion au contrat V1206-0003. Il est nommément désigné sur le certificat d'adhésion.

## ARTICLE 5

### ADMISSION À L'ASSURANCE

Chaque candidat à l'assurance doit :

- Compléter et signer une demande d'Assurance comportant une déclaration de bonne santé ou 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, de sa durée, son taux d'intérêt et son amortissement. Lors de la demande d'adhésion, le candidat à l'assurance doit être âgé de moins de 85 ans pour la garantie Décès et de moins de 64 ans pour les autres garanties.

Tant pour l'âge limite à l'adhésion que pour la cessation des garanties et le calcul des cotisations, l'âge de chaque Assuré est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

L'attention du candidat à l'assurance est attirée sur le fait que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, suivant le cas, des articles du Code des Assurances L 113-8 (nullité du contrat) ou L 113-9 (réduction des indemnités).

Il doit procéder aux formalités médicales et/ou fournir un complément d'informations d'ordre financier en fonction de son âge et/ou du montant de la garantie demandée.

L'Assureur se réserve le droit :

- De demander toute justification, visite ou examen complémentaire ; s'il s'agit d'informations médicales, elles seront adressées sous pli confidentiel à son médecin-conseil.
- De proposer une majoration de cotisation, une limitation de garantie voire, un refus, ce dernier étant notifié à l'Assuré par courrier avec Avis de Réception. L'Assuré dispose alors d'un délai de 4 mois à compter de l'envoi de cette proposition pour accepter les nouvelles conditions d'assurance.

**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 frais et honoraires médicaux engagés restent à sa seule charge (sauf dérogation).**

## ARTICLE 6

### CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS - LEUR PAIEMENT

#### 6.1 - Base de calcul

Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation annuelle calculée suivant les éléments déclarés à la souscription, l'âge atteint (voir article 5) et le tarif en vigueur appliqué au capital restant dû, assuré tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel joint au certificat d'adhésion, document qui fait partie intégrante du contrat.

### **Irrévocabilité des primes**

Le montant des primes indiqué à la date d'effet, ou au dernier avenant venu le modifier, est garanti pour toute la durée du prêt, sauf, le cas échéant, adjonction ou suppression de garanties ou modification des caractéristiques telles que définies dans le contrat de prêt d'origine (cf. article 8, modification des garanties).

Toutefois, tout changement du taux des taxes et/ou toute instauration de nouvelles impositions applicables aux garanties du présent contrat entraîneront une modification du montant de la cotisation.

Il est précisé que les montants figurant sur l'échéancier correspondent au capital restant dû au début de chaque période, celui figurant sur le certificat d'adhésion correspondant à l'engagement maximum de l'Assureur avant toute dégressivité éventuelle.

### **6.2 - Paiement des cotisations**

Les cotisations, y compris les taxes en vigueur, sont payables annuellement et d'avance au 1<sup>er</sup> 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 aux 1<sup>er</sup> janvier et 1<sup>er</sup> juillet, trimestriellement aux 1<sup>er</sup> janvier, 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet et 1<sup>er</sup> octobre ou mensuellement, moyennant paiement des frais de fractionnement et d'encaissement correspondants. 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.

### **6.3 - Défaut de paiement**

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

À défaut de ce paiement, l'Assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L.113-3 du Code des Assurances.

À défaut du paiement d'une cotisation, l'adhésion au contrat sera résiliée suivant les modalités indiquées par le Code des Assurances, dans les formes et délais prévus par celui-ci. Il sera adressé, tant au bénéficiaire qu'à l'adhérent, une lettre recommandée valant mise en demeure. Les cotisations échues restent acquises à l'Assureur.

En cas d'incident de paiement de l'adhérent, l'assuré, le bénéficiaire ou l'organisme prêteur peut se substituer à lui pour le règlement des cotisations impayées.

### **6.4 - Exonération des cotisations**

Dès lors qu'un Assuré bénéficie d'une prise en charge par l'Organisme Assureur des mensualités du prêt, il bénéficie de l'exonération du paiement des cotisations relatives aux garanties Incapacité et/ou Invalidité ouvrant droit à l'indemnisation à compter de sa prise en charge effective. Il n'y aura pas d'effet rétroactif en cas de déclaration tardive.

En outre, il est exonéré des cotisations des Options Rachats UGIP ou UGIP+ si la prise en charge intervient au titre de l'une de ces options.

## **ARTICLE 7**

### **LIMITE DES GARANTIES**

L'Assureur garantit le versement des prestations prévues sur l'échéancier joint au certificat d'adhésion.

Il rembourse l'organisme prêteur ou le bénéficiaire désigné au contrat sur la base du tableau d'amortissement actualisé au jour du sinistre, dans la limite de la garantie accordée telle qu'elle figure au certificat d'adhésion.

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

Pour les adhésions conjointes en vue du financement d'une opération privée :

- Si l'assuré décédé était garanti pour 100 % du(des) prêt(s), son décès entraîne la résiliation du contrat du co-assuré (sauf en cas de refus de prise en charge du dossier par l'assureur)
- Sinon, si le total des quotités assurées pour un (des) même(s) prêt(s) est supérieur à 100%, le décès de l'un entraîne le réajustement du contrat de l'autre qui reste garanti pour le solde du capital restant dû après règlement du sinistre.

En cas de décès des deux assurés à la suite d'un même événement, le capital ne sera payé qu'une seule fois à l'organisme prêteur ou au bénéficiaire désigné.

Pour les Assurés ayant la qualité de caution, la prise en charge au titre de l'une des garanties complémentaires par le présent contrat pourra intervenir UNIQUEMENT si la caution a été actionnée en paiement par l'organisme prêteur préalablement à la date de survenance de l'incapacité ou de l'invalidité, et se substitue aux emprunteurs pour le règlement des échéances du prêt concerné.

## **ARTICLE 8**

### **MODIFICATION DES GARANTIES**

#### **Irrévocabilité des garanties**

Dans la limite de leur terme contractuel (article 10), les garanties accordées à l'Assuré à la date d'effet sont maintenues pour toute la durée du prêt.

Les changements intervenus dans la situation de l'Assuré en cours de contrat n'ont pas d'incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux conditions et limites indiquées sur le contrat d'assurance collective, la présente notice d'information et les dispositions mentionnées sur le certificat d'adhésion.

Néanmoins, l'assuré peut demander à tout moment la modification de ses garanties avec l'accord préalable du 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, l'Assureur pourra refuser d'appliquer la 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 peut être subordonnée au résultat d'une nouvelle sélection médicale préalablement 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 des 5 ans et ce, sans formalités médicales.

## **ARTICLE 9**

### **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.

La désignation d'un autre bénéficiaire par acte notarié (clause séquestre) ou déclaration spécifique devra, pour être recevable, faire l'objet d'un accord formalisé du Prêteur.

À défaut d'autre mention portée à la demande d'adhésion :

- Toute somme rendue exigible sera versée pour le compte de l'Assuré ou de sa succession par l'Assureur au bénéficiaire figurant sur le certificat d'adhésion, 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 10**

### **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 sa cotisation ait été payée.

Les garanties prennent fin :

- À leur terme contractuel ;
- 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 défaut, la résiliation interviendra à réception dudit document.
- Dans tous les cas de déchéance du terme prévus au contrat de prêt ;
- À la date prévue de cessation du prêt sauf prorogation acceptée expressément par l'Assureur ;
- En cas de non-paiement de la cotisation, selon les termes de l'article 6.3 ;
- Lorsque l'Assuré atteint son 90<sup>ème</sup> anniversaire pour la garantie DÉCÈS et pour les autres garanties lors de la mise à la retraite sans excéder son 65<sup>ème</sup> anniversaire, et ce quelle que soit la durée restant éventuellement à courir jusqu'au terme du prêt ;
- À la date d'effet de la résiliation par l'Adhérent de son engagement (cf. Article 3).

En cas de remboursement anticipé partiel volontaire, 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 11

### ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant ni 60 jours consécutifs ni 90 jours non consécutifs sur une période de 12 mois, sauf dérogation.

Les prestations Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité sont versées pour autant que l'Assuré soit présent sur le territoire français ou dans les DROM (Mayotte, Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion), les COM (Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna, Saint-Martin, Saint-Barthélemy) ou les POM (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie).

## ARTICLE 12

### LES JURIDICTIONS COMPÉTENTES

- 1 - L'Assureur fait élection de domicile à son siège à Paris.
- 2 - Si l'ayant droit est domicilié hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de Paris.
- 3 - Les prestations sont payées en Euros.

*Garanties de base :  
Décès, Perte Totale et Irréversible  
d'Autonomie*

## ARTICLE 13

### OBJET DE LA GARANTIE DÉCÈS

En cas de Décès de l'Assuré, l'Assureur garantit le remboursement du Capital restant dû au jour du Décès (voir article 15 des présentes).

## ARTICLE 14

### OBJET DE LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE 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 (cf. article 13).

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 salaire, gain ou profit, 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. La réalisation du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à l'Assurance.

## ARTICLE 15

### MONTANTS GARANTIS AU TITRE DES GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE.

L'Assureur verse un capital, dans la limite de la quotité assurée, 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, les montants sont proratisés entre la date d'échéance précédant la survenance et celle la suivant immédiatement.
- **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 IN FINE - LIGNE DE CRÉDIT - AUTORISATION DE DÉCOUVERT** : Le capital mentionné au certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, les échéances de prêt restées impayées, au jour du décès ou de la constatation de la Perte Totale et Irréversible d'autonomie, ne seront en aucun cas pris en compte par l'Assureur, de même que les intérêts courus.

*Garanties facultatives : Incapacité  
Temporaire Totale, Invalidité  
Permanente Totale, Invalidité  
Permanente Partielle*

## ARTICLE 16

### OBJET DES GARANTIES INCAPACITÉ, INVALIDITÉS ET LEURS MONTANTS

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

##### A. Incapacité Temporaire Totale

C'est l'état dans lequel se trouve l'Assuré lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité totale et reconnue médicalement d'exercer son activité professionnelle habituelle, même de direction ou de surveillance, même à temps partiel.

##### A1 Option Rachat UGIP :

L'Option Rachat UGIP est destinée également aux Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle à l'adhésion ou au moment du sinistre et âgés de moins de 55 ans. Si l'Assuré doit observer un repos complet, médicalement prescrit, qui l'oblige temporairement à interrompre toutes ses activités de la vie quotidienne, l'Assureur prend en charge selon la franchise souscrite à l'adhésion, et au plus tôt à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale ainsi définie, les remboursements venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement, dans la triple limite

- De 50% du montant garanti
- D'une indemnisation basée sur une mensualité de 1500 euros maximum
- Dont la durée ne pourra excéder 365 jours, consécutifs ou non, à compter du jour d'arrêt des activités de la vie quotidienne.

**Ces limites sont applicables y compris en cas de rechute ou récurrence et s'entendent pendant toute la durée du contrat.**

Par interruption des activités de la vie quotidienne il faut entendre l'impossibilité, pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, d'assurer cumulativement les travaux domestiques et la gestion des affaires familiales et personnelles.

##### A2 Option Rachat UGIP+ :

L'Option Rachat UGIP+ s'applique dans les mêmes conditions que l'Option Rachat UGIP. Toutefois, l'Assureur prend en charge les remboursements venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement, dans la triple limite :

- De 100% du montant garanti,
- D'une indemnisation basée sur une mensualité de 3000 euros maximum
- Dont la durée ne pourra excéder 365 jours, consécutifs ou non, à compter du jour d'arrêt des activités de la vie quotidienne.

**Ces limites sont applicables y compris en cas de rechute ou récurrence et s'entendent pendant toute la durée du contrat.**

Par interruption des activités de la vie quotidienne il faut entendre l'impossibilité, pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, d'assurer cumulativement les travaux domestiques et la gestion des affaires familiales et personnelles.

#### Cas particulier des mi-temps thérapeutiques pour les options Rachat UGIP et UGIP+

En cas de reprise de l'activité professionnelle dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, l'assuré ayant souscrit l'Option Rachat UGIP ou l'Option Rachat UGIP+ bénéficie d'une prestation à hauteur de 50% des mensualités. Cette prestation est versée selon la franchise souscrite à l'adhésion, et pour une durée maximale de 180 jours. La prestation n'est pas accordée en cas d'inactivité professionnelle déclarée à l'adhésion ou constatée au jour du sinistre.

##### B. Invalidités permanentes

##### B1 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 ou la chronicité de l'état de santé, à l'issue de laquelle, d'une part, il évaluera un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66%, (à apprécier selon tableau ci-après) et, d'autre part, il estimera l'assuré dans l'incapacité définitive d'exercer la moindre activité rémunérée.

Cas particulier pour **l'Assuré sans activité professionnelle déclarée lors de l'adhésion au contrat ou constatée au jour de l'arrêt de travail initial** :

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 ou la chronicité de l'état de santé, à l'issue de laquelle, d'une part, il évaluera un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66% selon le SEUL taux d'invalidité fonctionnelle, et d'autre part, il estimera l'assuré dans l'incapacité définitive d'exercer la moindre activité rémunérée.

## B2 Invalidité Permanente Partielle

L'assuré est reconnu en IPP à la suite d'une maladie ou d'un accident lorsque, après consolidation de son état de santé, il présente un taux d'invalidité supérieur à 33% le mettant dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer une partie de son activité professionnelle.

Cas particulier : Cette garantie n'est pas accordée pour **L'Assuré sans activité professionnelle déclarée lors de l'adhésion du contrat ou constatée au jour de l'arrêt de travail initial**

### Fixation du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est apprécié en fonction de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle.

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour de la constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'assuré.

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.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction de l'invalidité fonctionnelle et professionnelle selon le tableau suivant :

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

En cas d'IPP l'Assureur versera les échéances du prêt à hauteur de 50 % du montant Garanté au titre de la garantie ITT/IPT

Cette garantie cessera au terme du contrat ou au plus tard lors de la mise à la retraite de l'assuré, sans excéder son 65ème anniversaire, ou en cas d'indemnisation au titre des garanties IPT ou PTIA.

**Les décisions prises par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'Assureur.**

## 16.2 - Franchises - Montant de la garantie Incapacité Temporaire Totale - Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle

### 1. Franchises

■ **Franchise absolue** : en cas d'arrêt temporaire total de travail conséquence d'un même événement, période consécutive fixée au certificat d'adhésion pendant laquelle aucune indemnité n'est due. Franchises proposées : 30 jours, 60 jours, 90 jours et 180 jours.

■ **Franchise relative** : en cas d'arrêt temporaire total de travail conséquence d'un même événement, période consécutive fixée au certificat d'adhésion pendant laquelle aucune indemnité n'est due sauf si l'arrêt est supérieur à cette période. Dans ce cas, l'indemnisation débute le 1er jour de l'arrêt de travail. Franchise proposée : 60 jours.

Il n'est accordé à l'assuré, n'exerçant pas d'activité professionnelle et / ou résidant dans les DROM\* ou POM\*, que les seules franchises absolues de 90 jours ou 180 jours.

\*■ DROM : Mayotte, Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion

\*■ POM : Polynésie française, Nouvelle-Calédonie

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

■ D'affection disco-vertébrale par maladie ;

■ De maladie mentale et/ou psychiatrique, névrose, psychose, trouble de la personnalité - en particulier de dépression nerveuse - initiale ou venant compliquer une pathologie préexistante différente.

En cas d'hospitalisation et pendant la durée de cette hospitalisation, seule est applicable la franchise stipulée aux conditions particulières. Elle s'applique au 1er jour d'hospitalisation.

Les options Rachat UGIP et UGIP+ ont également pour objet de faire bénéficier l'assuré d'allègements des exclusions en cas d'incapacité et d'invalidité sous réserve de l'acceptation du service médical. En cas d'exclusion d'une de affections mentionnées ci-dessous à l'adhésion, les options Rachat UGIP et UGIP+ restent valables pour les autres affections qui ne sont pas concernées par l'exclusion.

L'option Rachat UGIP n'est pas accordée pour Mayotte, ainsi que pour le non-résidents en France (sauf dérogation).

L'option Rachat UGIP+ n'est pas accordée pour les DROM (Mayotte, Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion), ou les POM (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie), ainsi que pour les non-résidents en France (sauf dérogation).

### Option Rachat UGIP :

En cas d'incapacité ou d'invalidité, l'option Rachat UGIP permet la prise en charge à l'issue de la période de franchise des sinistres résultant et/ou provenant :

■ Des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale) dès lors que l'Assuré fait l'objet d'une hospitalisation continue de 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+ :

En cas d'incapacité ou d'invalidité, l'option Rachat UGIP+ permet la prise en charge, à l'issue de la période de franchise, de sinistres résultant et/ou provenant

■ Des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale) 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.

## 2. Montant de la prestation

L'Assureur se substitue à l'Assuré en état d'Incapacité ou d'Invalidité au jour suivant l'expiration de la franchise contractuelle mentionnée au certificat d'adhésion, afin de verser au bénéficiaire les mensualités venant à échéance au-delà de cette période, le calcul de la première et de la dernière mensualité étant effectuée, à cas échéant, sur une base de 1/30ème par jour 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 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, jusqu'à celle de reprise de activités professionnelles de l'Assuré.

Dans le cadre des options Rachat UGIP ou Rachat UGIP+ et de la garantie IPT les montants versés sont définis à l'Article 16.1.

### 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 la prestation versée dans le cadre du mi-temps thérapeutique. Elle est relayée par la prestation Invalidité dès la consolidation si l'état de santé de l'Assuré correspond aux définitions du droit à cette prestation figurant à l'article 16.1.

### 16.4 - Montants garantis

Lorsque l'adhésion a pour objet la couverture d'un prêt In Fine ou d'un prêt relais les garanties incapacité et invalidité n'interviennent que pour la couverture de 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, garanti uniquement en cas de Décès ou Perle Totale et Irréversible d'Autonomie

**Lorsque l'adhésion a pour objet l'assurance d'un prêt contracté pour l'achat d'un bien locatif, la participation de l'assureur, en cas d'Incapacité Temporaire ou d'Invalidité Permanente, ne pourra excéder le montant de la mensualité restant à la charge de l'adhérent propriétaire après déduction du loyer théorique. A cet effet il est précisé que la mensualité ne pourra excéder 7500 €, l'excédent éventuel restant dans tous les cas à la charge dudit adhérent propriétaire, et que le loyer théorique est défini comme étant la valeur locative théorique du bien à l'adhésion. En cas de carence locative, le montant garanti est porté, avec une durée d'indemnité limitée à 180 jours maximum (franchise comprise), à un montant de la mensualité restant à la charge de l'adhérent propriétaire dans la limite de 7'500 € par mois. La garantie Incapacité Temporaire Totale couvrant les biens locatifs fera l'objet d'une tarification minorée.**

## ARTICLE 17

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

#### 17.1 - Règlement par anticipation

En cas d'IPT telle que définie dans l'article 16.1, 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, au jour de la constatation de l'Invalidité Permanente Totale, 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 - Maternité

Pour les femmes enceintes à l'adhésion, les arrêts de travail liés à l'état de maternité sont pris en charge après un délai de carence de 12 mois. En cours de contrat et en cas de maternité, les assurées peuvent bénéficier, au-delà de la période de franchise, des prestations si elles se trouvent en état d'incapacité totale pour des causes pathologiques. Toutefois, le service des prestations n'est pas accordé pendant la durée du congé légal de maternité du Régime Obligatoire même pour les non-salariées, la franchise étant décomptée à l'issue de ce congé.

#### 17.4 - Sur les invalidités antérieures

Les invalidités antérieures à l'adhésion, celles survenues avant la souscription mais dont la reconnaissance est postérieure à la date d'adhésion et celles exclues par l'assureur à l'adhésion au contrat, seront déduites dans l'estimation du taux d'invalidité.

#### 17.5 - 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

### 18.1 - Exclusions communes à tous les risques

Sauf convention contraire indiquée au certificat d'adhésion, l'Assureur garantit les risques, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des exclusions énumérées ci-après :

■ Le suicide lorsqu'il intervient pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion. En cas d'augmentation ou de remise en vigueur de la garantie décès, le risque de suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de ce changement. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si le prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré, dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article L132-7 du Code des Assurances) ;

■ Les suites et conséquences de maladies, d'accidents ou de mutilations relevant du fait intentionnel de l'assuré (y compris les tentatives de suicide) ou du bénéficiaire de la garantie ;

■ Les guerres civiles ou étrangères, émeutes, 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 légitime défense, d'assistance à personne en danger ou si l'assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements, ou dans le cas où cette participation résulte de l'exercice de sa profession, préalablement garantie par l'assureur lors de l'adhésion au contrat ;

■ Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ;

■ Les risques aériens se rapportant à des vols acrobatiques, tentatives de records ou vols d'essais, ainsi que les vols effectués sur des appareils non munis d'un certificat valable de navigabilité, ou pilotés par un pilote non muni d'un brevet valable ;

■ Les accidents ou maladies pour lesquels l'assuré refuse de se soumettre à un traitement médical rationnel et adéquat ;

■ L'usage par l'assuré de stupéfiants ou substances analogues, de médicaments ou de traitements à doses non prescrites médicalement ;

■ Les affections antérieures à la date d'effet des garanties et non déclarées à l'assureur. Les suites et conséquences des affections déclarées sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'assuré ou mention particulière faite au certificat d'adhésion.

Sont exclus les accidents survenant lors de l'exercice d'une profession comportant les activités suivantes :

■ Sécurité ou protection impliquant l'utilisation d'armes de défense ;

■ Travail en hauteur à plus de quatre mètres du sol ou sur plate-forme d'exploration ou de forage ;

■ Descente en puits, mines ou carrières, en galeries ;

■ Entraînant une exposition à des substances ou produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs, ou inflammables).

Toutefois ces exclusions ne s'appliquent pas à la profession de l'assuré, indiquée au bulletin d'adhésion, qui a été acceptée après étude du dossier par l'assureur.

### 18.2 - Exclusions complémentaires pour les risques Perte Totale et Irreversible d'Autonomie - Incapacité - Invalidité

En sus des exclusions communes, ne sont pas garanties, les suites et conséquences :

■ Des arrêts de travail correspondant à la période de congé de maternité du Régime Obligatoire, que l'assurée y soit ou non assujetti ; des arrêts de travail en rapport avec les traitements de la stérilité et/ou les grossesses précieuses ;

■ D'interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;

■ De séjours hospitaliers dans les conditions suivantes : cures thermales, maisons de repos ou de plein air, maisons dites de santé médicale, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication ou de sommeil. Toutefois, la garantie reste acquise pour les séjours de convalescence ou de rééducation consécutifs à un accident ou une maladie couvert par le contrat ;

■ De fibromyalgies et syndrome de fatigue chronique ;

■ De l'alcoolisme de l'assuré, des accidents causés par l'assuré en état d'ivresse caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par les dispositions du Code de la Route en vigueur au moment du sinistre ;

■ Des accidents résultant du non-respect par l'assuré des prescriptions réglementaires applicables à l'exercice des sports et activités qu'il pratique.

En outre, sont également exclues les suites et conséquences d'accidents résultant de la pratique par l'assuré des sports ou activités indiqués ci-après :

■ Tout sport à titre professionnel ;

■ Toute participation à des paris, tentatives de records ;

■ Sports extrêmes : raid aventure, saut à l'élastique, base jump, canyoning, rafting, zorbing, exercices acrobatiques ;

■ Moto en compétition, tout sport automobile ;

■ Tout sport de neige ou de glace (sauf patinage, curling, pratique sur piste balisée de ski alpin, ski de fond, monoski, luge de loisir et surf) ;

■ Tout sport de combat, arts martiaux (sauf pratique en amateur et hors compétition) ;

■ Motonautisme, planche à voile à plus de 1 mille des côtes, yachting, plongée sous-marine (sauf plongée jusqu'à 30 mètres et pratiquée moins de 20 fois par an et toujours accompagnée, hors exploration de grotte ou épave) ;

■ Alpinisme, escalades en montagne et passage de glaciers, spéléologie, randonnée en montagne en solitaire ou au-delà de 3000 mètres ;

■ Equitation en compétition, courses de chevaux, équitation avec sauts d'obstacle, chasse à courre, polo ;

■ Tout sport aérien y compris le parachutisme, l'ULM, le vol à voile, la voltige aérienne, le deltaplane et le parapente, l'utilisation avec ou sans conduite d'un avion de tourisme ;

■ Taumachie, cyclisme en compétition.

Toutefois, à la demande de l'adhérent, les sports ou activités mentionnés ci-dessus peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation par l'assureur indiquée au bulletin d'adhésion et moyennant une tarification spéciale.

### LA PREUVE DE L'EXCLUSION INVOQUÉE INCOMBE À L'ASSUREUR.

## ARTICLE 19

### Convention AERAS

#### 19.1 - 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'adhésion 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 médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas de refus de toute garantie dans le cadre du contrat de niveau 2, et sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- Pour les prêts immobiliers (autre que la résidence principale) et professionnels : encours cumulé de prêts d'au plus 320 000 €, et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt ;
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêts d'au plus 320 000 € (sans tenir compte des prêts relais), et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

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.

#### 19.2 - Garantie Invalidité Spécifique

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Totale ont été refusées pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70% apprécié par le Médecin-conseil de l'Assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

Tant que dure l'état d'Invalidité tel que défini ci-dessus et que l'Assuré n'a pas fait valoir ses droits à pension de vieillesse, et au plus tard jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il atteint 65 ans, l'Assureur verse au Prêteur les termes périodiques de remboursement du prêt, après application de la quote-part assurée, à raison de 1/360<sup>ème</sup> du versement annuel ou annualisé par jour d'arrêt de travail justifié de la personne assurée, chaque mois entier étant compté pour 30 jours.

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en Incapacité Temporaire Totale figurant à l'article 18 ci-dessus.

Retrouvez toutes les informations sur la convention AERAS sur le site [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

## Modalités de gestion

## ARTICLE 20

### OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ OU DE SES AYANTS DROIT

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

L'Assurable s'engage à se soumettre aux formalités d'adhésion prévues à l'article 5 du présent contrat et à s'acquitter de ses cotisations.

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

L'Assuré s'engage à informer l'Assureur dans les 120 jours, de toutes modifications le concernant (changement de profession, d'adresse, de bénéficiaire...) ou touchant

le prêt objet du contrat (renégociation du prêt, désolidarisation, remboursement anticipé total ou partiel du prêt).

#### 20.2 - En cas de décès

Les ayants droit devront adresser :

- La demande d'adhésion revêtue de l'accord d'acceptation de l'Assureur ;
- L'acte de décès comportant l'indication de la date de naissance ;
- 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 en indiquant s'il est dû ou non à une cause naturelle ;
- Le tableau d'amortissement de l'Organisme Prêteur détaillant le Capital restant dû au jour du décès ;
- Toute autre pièce jugée utile par l'Assureur.

#### 20.3 - En cas d'Incapacité Temporaire Totale

La preuve de cet état incombe à l'Assuré. En conséquence, il doit adresser :

- Une déclaration d'arrêt de travail signée par lui ;
- 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 du Régime Obligatoire ;
- Le certificat de reprise y compris à temps partiel ;
- La copie intégrale du tableau d'amortissement actualisé au jour de la réalisation du risque ;
- Toute autre pièce jugée utile par l'assureur.

Il doit adresser, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Assureur, un certificat médical 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.

La déclaration d'Incapacité doit être adressée à l'Assureur dans les quatre mois suivant le début de l'arrêt de travail. Passé ce délai, l'Assureur se réserve le droit, en raison du dommage lié à son impossibilité de contrôler l'état d'Incapacité Totale de travail, de fixer le premier jour de cet arrêt de travail au jour de sa déclaration à l'Assureur.

Les justificatifs valant prolongations d'arrêt de Travail doivent être fournis dans les quinze jours. Passé ce délai, l'Assureur se réserve le droit, en raison du dommage lié à son impossibilité de contrôler l'état d'Incapacité Totale de Travail, de fixer la prolongation de cet arrêt de travail au jour de sa déclaration à l'Assureur.

#### 20.4 - En cas d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle ou de Perte Totale et Irversible d'Autonomie

La preuve de cet état incombe à l'Assuré qui est tenu de le déclarer à l'Assureur dans les quatre mois de sa survenance.

Passé ce délai, 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 début de l'Invalidité au jour de sa déclaration à l'Assureur.

Il doit adresser, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Assureur, un certificat médical précisant la nature des blessures ou de la maladie, leurs séquelles permanentes et la date de consolidation. 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 aux garanties du présent contrat pour le sinistre en cause.

#### 20.5 - Pluralité 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 CONTRÔLE

#### 21.1 - Le contrôle

À toute époque, les médecins délégués par l'Assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours, un libre accès auprès de l'Assuré en état d'Incapacité ou d'Invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile, tous les jours ouvrables jusqu'à 20 heures, afin de pouvoir constater la gravité de son état.

Si l'Assuré s'oppose aux visites ou examens médicaux demandés ou n'apporte pas la preuve du maintien de l'Incapacité ou de l'Invalidité, l'Assureur est autorisé à interrompre de plein droit le versement des prestations.

#### 21.2 - L'arbitrage médical

En cas de désaccord entre l'Assureur et l'Assuré (ou, en cas de décès, les ayants droit de l'Assuré), chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces deux médecins, ceux-ci s'en adjoignent un troisième, par voie amiable

ou judiciaire, pour se 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 délégué sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé. 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 lettre recommandée.

## 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

L'Assureur s'engage à régler le montant des sinistres dans les délais suivants :

- DÉCÈS, dans les 15 jours suivant la réception des pièces justificatives ;
- INVALIDITÉ, dans un délai de 15 jours suivant la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'invalidité ;
- INCAPACITÉ, dans un délai de 15 jours suivant les périodes d'incapacité mentionnées dans les certificats médicaux en sa possession, sauf en cas d'expertise ou de demande d'information complémentaire, celle-ci devant être exprimée dans le même délai.

## ARTICLE 23

### MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION

Le contractant peut renoncer à son adhésion 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, le contractant devra obtenir l'accord écrit dudit bénéficiaire, et le joindre à sa demande de renonciation. Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception 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 l'adhésion au contrat d'assurance n° V1206-0003 pour laquelle j'ai versé..... € en date du..... entre les mains de M....., et demande le remboursement des sommes versées.

Fait à....., le..... et signature.»

Les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion cessent immédiatement leurs effets à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi). L'UGIP avertira par écrit le Prêteur.

## ARTICLE 24

### PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des Assurances :

**Article L.114-1** : 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** : 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** : 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.

## Informatique et Libertés Médiation - Contrôle

## ARTICLE 25

### MÉDIATION

Les réclamations des Adhérents, des Assurés et de leurs Bénéficiaires concernant l'application du présent contrat sont à formuler par écrit auprès de :

Secrétariat Général de SwissLife Assurance et Patrimoine  
86, boulevard Haussmann  
75380 PARIS CEDEX 08

Si un désaccord subsiste, le différend est soumis à l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont l'adresse sera communiquée par le Secrétariat Général de SwissLife Assurance et Patrimoine.

## ARTICLE 26

### CONTRÔLE

La société SwissLife Assurance et Patrimoine est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61, rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09.

## ARTICLE 27

### INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à l'article 32 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite « Informatique et Libertés », modifiée par la Loi n° 2004-801 du 06 août 2004, il est indiqué à l'Assuré que le responsable du traitement de ses données personnelles est l'Association UGIP 73 - 75 Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS, auprès de laquelle il peut exercer ses droits d'accès et de rectifications prévus par les articles 39 et 40 de la Loi précitée.

Les données personnelles recueillies dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel sont indispensables pour le traitement adapté du dossier, le défaut de réponse aux questions obligatoires pouvant avoir pour conséquence le non-traitement du dossier. Ces données seront exclusivement utilisées pour le suivi de son dossier et l'envoi de documents concernant les produits proposés par l'UGIP, destinataire de l'information avec ses mandataires, Assureur, et Réassureur.

Si l'Assuré souhaite cependant ne pas être sollicité, il est invité à le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

Le responsable du traitement des données met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.