

souscrit par l'UNION GENERALE INTER-PROFESSIONNELLE - UGIP « la Contractante » (Association régie par la loi du 1er juillet 1901 – Déclaration Préfecture de Paris n°74-1389 –73-75 rue Brillât Savarin 75013 Paris) **auprès de GENERALI VIE « l'Assureur »** (Entreprise régie par le Code des Assurances, S.A au capital de 332 321 184 euros, inscrite au RCS Paris sous le n°602 062 481 – 2 rue Pillet Will – 75009 PARIS, Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026).

- CONDITIONS D'ADHÉSION, GARANTIES ET COTISATIONS
- DURÉE DE L'ADHÉSION ET RÉSILIATION
- COÛT DES GARANTIES
- DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE – ARBITRAGE MÉDICAL
- QUEL EST LE CONTENU DES GARANTIES ?
- RÉCLAMATION – MÉDIATION
- DÉTAIL DES MODALITÉS D'ADHÉSION
- INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES
- POINT DE DÉPART ET EXPIRATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

CONDITIONS D'ADHÉSION, GARANTIES ET COTISATIONS

Qui peut être assuré ?

Toutes les personnes physiques âgées, lors de leur demande d'adhésion, de plus de 18 ans et de moins de 81 ans (âge exact) pour la garantie Décès, de plus de 18 ans et de moins de 67 ans (âge exact) pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) et de moins de 56 ans (âge exact) pour la garantie Perte d'Emploi, emprunteur, co-emprunteur, caution de prêts consentis par la contractante peuvent demander à adhérer au présent contrat.

Les assurés, quelle que soit la ou les garanties souscrites, seront garantis dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance de ce(s) prêt(s) sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- Reconnaître adhérer à l'association contractante (UGIP),
- Reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- Compléter la demande d'adhésion et le(s) questionnaire(s) de santé (excepté pour l'option AERAS crédit à la consommation),
- Se soumettre aux formalités d'adhésion et médicales complémentaires éventuellement demandées par l'Assureur en raison notamment de son âge, du montant déjà assuré et à assurer ou encore de son état de santé, (*)
- Exercer, lors de son adhésion, une activité professionnelle rémunérée pour souscrire les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T., I.P.P. et Perte d'Emploi.

(*) Si la personne à assurer ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou qu'elle en refuse les conditions proposées par l'Assureur, les honoraires pouvant en découler resteront, sauf dérogation, à sa seule charge.

Caution de personnes physiques : Elle doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire et avoir rempli ses obligations de caution depuis plus de 6 mois à la date de survenance du risque Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale pour demander le bénéfice des garanties.

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'Assureur.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

COMPLEMENT DE QUOTITE

La quotité correspond à la part garantie du capital emprunté. Elle ne peut être supérieure à 100% par prêt et par Assuré.

Si l'Assuré choisit de mettre en place une première adhésion pour une quotité inférieure à 100% au profit de l'organisme prêteur (que cette première adhésion soit assurée par le présent contrat ou tout autre contrat, tel que le contrat groupe proposé par l'organisme prêteur), il pourra mettre en place une seconde adhésion dans le cadre du présent contrat afin de couvrir la quotité restante, c'est-à-dire la différence entre 100% et la quotité retenue pour la première adhésion, au profit des bénéficiaires désignés au paragraphe « BÉNÉFICIAIRES »).

DÉCISION DE L'ASSUREUR :

UGIP ASSURANCES par délégation de l'Assureur, à réception de la demande d'adhésion, fait connaître sa décision dans les plus brefs délais.

Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

Dans ce cas, **UGIP ASSURANCES** fait connaître sa décision par courrier à la personne à assurer.

La décision ne sera définitive pour les acceptations avec surprimes et/ou exclusions, qu'à réception par UGIP Assurances de l'accord de la personne à assurer sur ses conditions d'acceptation particulières.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ) :

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2ème niveau » et, le cas échéant, de « 3ème niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être couverte pour raison de santé par le présent contrat d'assurance*.

SANCTIONS INTERNATIONALES :

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable prévoyant de telles mesures.

Conditions d'adhésion applicables à toutes les garanties (sauf dérogation de l'assureur) :

Être résident de :

- L'Union Européenne (y compris dans les départements et Collectivités d'Outre-Mer), de la Suisse, de Monaco, du Royaume-Uni,

Ou

- de l'Amérique du Nord, du Japon, de la République de Singapour, de l'Inde, de la Chine, de l'Australie, des Emirats Arabes, du Qatar, du Bahreïn, de la Russie ou de Hong Kong (pour ces résidents, seules les garanties Décès et P.T.I.A. pourront être mises en place).

- **Avoir contracté un emprunt libellé en euros** (en franc pacifique ou en devise sous réserve des précisions mentionnées au paragraphe « REMARQUES » ci-après) auprès d'un établissement financier prêteur situé en France, Monaco ou dans les Départements et Collectivités d'Outre-Mer.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES :

Augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance : il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance à la suite d'une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance et de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- La durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
- La nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 360 mois,
- Le prêt est amortissable.

Cette augmentation de durée ne pourra dépasser les dispositions prévues dans le paragraphe « **Quand les prestations et les garanties cessent-elles ?** »

UGIP ASSURANCES doit cependant être informé par l'assuré de la modification de la durée du prêt ou du montant de l'augmentation du capital garanti au moment de la modification. A défaut, l'assuré ne bénéficiera pas du maintien des garanties au-delà des garanties et conditions accordées figurant dans le certificat d'adhésion.

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ :

L'assuré doit adresser à **UGIP ASSURANCES** le tableau d'amortissement définitif dans les 120 jours qui suivent le déblocage des fonds ; à défaut, tout réajustement de garantie prendra effet à réception dudit tableau d'amortissement.

Il appartient à l'Assuré d'informer **UGIP ASSURANCES** des événements suivants :

- Tout changement d'adresse ou de coordonnées bancaires dans les 30 1jours à compter du changement,
- Non déblocage des fonds. L'Assuré doit en informer l'Assureur dans les 120 jours suivant la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion. A défaut la résiliation du contrat interviendra au jour de la réception du justificatif de non-déblocage de l'organisme bancaire.

Pour toute modification relative au(x) prêt(s) (remboursement anticipé partiel ou total du prêt/ Renégociation ou rachat de prêt/Désolidarisation/Report ou suspension d'échéances/Clauses de variabilité ou de modularité du prêt.), L'Assuré dispose alors de 120 jours pour adresser à **UGIP ASSURANCES** le nouveau tableau d'amortissement et la copie de tous les actes contractuels ou juridiques initiaux et ceux ayant pour objet une modification des engagements. Passé ce délai, il ne pourra être fait de modification à effet rétroactif. Celle-ci n'interviendra alors qu'à réception du tableau actualisé

L'OPTION AÉRAS POUR LES CRÉDITS À LA CONSOMMATION AFFECTÉS OU DÉDIÉS

Les proposant à l'assurance peuvent demander la garantie **DECES** (sans sélection médicale) dans le cadre **des crédits à la consommation affectés ou dédiés**, moyennant les conditions cumulatives suivantes :

- **Le proposant à l'assurance est âgé de 50 ans au plus (âge exact à l'adhésion),**
- **Le montant cumulé des crédits à la consommation affectés ou dédiés (y compris le crédit à garantir par le présent contrat), assortis d'une dispense de formalité médicale d'adhésion, tout organisme financier confondu, consentis au proposant à l'assurance ne dépasse pas 17.000 euros,**
- **Le crédit à garantir est d'une durée inférieure ou égale à 48 mois.**

Quelles sont les caractéristiques des crédits ?

Sauf dérogation de l'assureur :

Les prêts relais d'un montant maximum fixé à 3 000 000 d'euros (TROIS MILLIONS d'euros), d'une durée limitée à 36 mois.

Les prêts in fine accordés aux particuliers d'une durée limitée à 20 ans, d'un montant maximum fixé à 3 000 000 d'euros (TROIS MILLIONS d'euros).

Les prêts immobiliers amortissables d'une durée limitée à 30 ans, d'un montant maximum fixé à 3 000 000 d'euros (TROIS MILLIONS d'euros). Ces prêts peuvent comporter un différé d'amortissement total ou partiel d'une durée limitée à 36 mois.

Les prêts professionnels d'une durée limitée à 30 ans d'un montant maximum fixé à 3 000 000 d'euros (TROIS MILLIONS d'euros), amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec ou sans différé et avec déblocages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.

Les prêts à la consommation d'une durée limitée à 10 ans, amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, d'un montant

maximum fixé à 75 000 € (SOIXANTE-QUINZE MILLE euros).

Pour les crédits consentis en devises, le risque de change de ces prêts restera à la charge du client. Le capital assuré à la souscription correspondra au capital restant dû, fixé selon le tableau d'amortissement déterminé en contre-valeur en euros fixé une fois pour toute à l'origine du prêt.

REMARQUES :

Prêts libellés en devises : l'assurance des prêts accordés en devises par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers, est possible sous réserve :

- Que le prêt réponde à l'ensemble des conditions et limites fixées au sein de la présente notice d'information,
- Que lors de l'adhésion au contrat, le montant du prêt et le tableau d'amortissement correspondant, soient convertis en euros selon le barème contre-valeur en vigueur à cette date, permettant de déterminer le prix de vente de la devise considérée,
- Que les cotisations et les prestations soient exprimées en euros en fonction de ce même barème contre-valeur, permettant de déterminer le prix de vente de la devise considérée.

Le barème de conversion de la devise considérée, retenu au moment de l'adhésion au contrat d'assurance, **reste valable pendant toute la durée du prêt** et ce, même en cas de modification en cours d'assurance impliquant une actualisation du tableau d'amortissement (tel que le remboursement anticipé partiel du prêt). **L'attention de l'Assuré et de l'emprunteur est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'Assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.**

Prêts déjà en cours :

L'assurance peut être mise en place dans le cadre de prêts déjà en cours au moment de l'adhésion au contrat, sous réserve :

- que le prêt concerné ne soit pas déjà assuré par GENERALI,
- que les caractéristiques de ce prêt répondent aux dispositions du présent contrat,
- que la personne à assurer remplisse l'ensemble des formalités d'adhésion (questionnaire(s) de santé, formalités médicales complémentaires le cas échéant ...).

Dans ce cas, les garanties prennent effet **à la date mentionnée par la personne à assurer sur la demande d'adhésion**, sous réserve :

- de l'acceptation de l'Assureur,
- de l'accord écrit de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières,
- et de l'encaissement de la cotisation.

Quels sont les risques que peut garantir ce contrat ?

Les risques cités ci-dessous sont susceptibles d'être garantis :

- **Le Décès,**
- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) :** Invalidité physique ou intellectuelle rendant l'Assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie,
- **L'Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T) :** État médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice de son activité procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles*, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre),
- **L'Incapacité Temporaire Partielle de Travail (I.T.P) :** État médicalement constaté d'incapacité partielle et temporaire à l'exercice de l'activité procurant gain ou profit à l'Assuré, lui permettant une reprise dans le cadre d'une mi-temps thérapeutique. Cet état doit intervenir dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur.
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) :** Persistance d'une incapacité à exercer son activité professionnelle (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles*, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de

l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles. L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.

- **L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)** : Persistance d'une incapacité à exercer tout ou partie de son activité professionnelle (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles*, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles. L'I.P.P. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 %, ce taux étant déterminé par voie d'expertise **médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle** figurant dans le tableau ci-après.

*Par occupations habituelles, on entend tous les actes courants de la vie quotidienne, tels que la gestion des affaires familiales et personnelles, les travaux domestiques, de bricolage ou de jardinage.

- **La perte d'emploi** : La perte d'emploi est garantie si l'assuré est salarié en contrat de travail à durée indéterminée et s'il a été licencié.

Options proposées (selon le type de prêt souscrit) :

- ➔ Option 1 : DC/PTIA.
- ➔ Option 2 : DC/PTIA + IPT/IPP/ITT/ITP (Franchise de 60 jours absolue).
- ➔ Option 3 : DC/PTIA + IPT/IPP/ITT/ITP (Franchise de 90 jours absolue).
- ➔ Option 4 : DC/PTIA + IPT/IPP/ITT/ITP (Franchise de 180 jours absolue).

Options supplémentaires :

- ➔ RACHAT DOS/ PSY
- ➔ PERTE D'EMPLOI (Franchise de 90 jours absolue).

L'Assureur se réserve le droit d'apprécier médicalement la réalisation de ces risques, les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à lui, notamment en matière de taux d'invalidité.

Cas particuliers :

Pour les prêts assortis d'une période de différé total : Pendant la période de différé total, les adhérents sont garantis pour les seuls risques de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

CONVENTION AÉRAS

Garantie Invalidité Spécifique

Conformément aux dispositions de la convention AÉRAS, une Garantie Invalidité Spécifique est proposée sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle ou 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 en Décès / PTIA qui ferait l'objet à ce titre d'une exclusion 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 la retraite et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé pour longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude 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 après expertise médicale auprès d'un médecin agréé par la compagnie, suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de polyopathologies.

Tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus et que l'assuré n'a pas fait valoir ses droits à la retraite, et au plus tard jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il atteint ses 65 ans, afin d'accélérer les règlements, l'assureur verse au prêteur les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts

sous forme de mensualités, égales et échelonnées. Ne sont réglées par l'assureur que les mensualités entières dans la limite de la quotité assurée.

Retrouvez toutes les informations sur la convention AÉRAS sur le site www.aeras-infos.fr

Quel est le montant des capitaux assurables ?

Le total des capitaux assurés et à assurer dans ce contrat pour une même personne au titre des prêts, ne peut excéder **3 000 000 € (TROIS MILLIONS d'euros)**, sauf dérogation acceptée par l'Assureur.

Le total des capitaux assurés et à assurer se définit, au jour de la demande d'adhésion, comme la somme des capitaux restant dus et assurés sur la seule tête du demandeur au titre des prêts en cours et des capitaux à assurer au titre de la présente demande, sur la seule tête du demandeur pour la quotité retenue pour l'assurance du (ou des) prêt(s).

Capital Assuré :

A partir des éléments figurant sur la demande d'adhésion ainsi que ceux détenus par l'assureur, si le proposant est déjà assuré auprès de celui-ci, il est défini un capital total à assurer permettant de déterminer les formalités d'admission à accomplir par le postulant.

Si lors de l'adhésion l'assureur constate que l'assuré dispose d'un encours déjà assuré non-déclaré sur la demande d'adhésion, il se réserve le droit de demander à celui-ci de fournir les formalités médicales prévues par le contrat pour le montant du capital total assuré.

COTISATIONS - EXONÉRATION

Le taux de cotisation est communiqué lors de l'adhésion au contrat.

Les garanties définies ci-dessus sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle en pourcentage du capital initial.

Comment sont payées les cotisations et les surprimes ?

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties définie ci- après. **Un complément de cotisation sur la totalité du capital emprunté, dans la limite de la quotité assurée, sera dû entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de première échéance.** Elles seront réglées à la contractante par l'assuré, soit mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'UGIP adresse à l'assuré - et informe en parallèle l'organisme prêteur, - pour le compte de l'Assureur, une lettre recommandée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L.141-3 du Code des Assurances.

En cas de remboursement anticipé partiel, l'assiette retenue pour le calcul des cotisations devient le montant du capital restant dû à la date du remboursement anticipé partiel.

Exonération de cotisations

Pendant la période d'indemnisation en cas d'incapacité (I.T.T./I.T.P.) ou d'invalidité (I.P.T./I.P.P.), l'Adhérent bénéficie de l'exonération du paiement des cotisations relatives aux garanties incapacité et/ou invalidité ouvrant droit à indemnisation.

Cette exonération est proportionnelle à la durée d'indemnisation.

IRRÉVOCABILITE DES COTISATIONS :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies lors de l'adhésion, la cotisation communiquée lors de l'adhésion au contrat est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion (sauf en cas de mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement du taux de taxe applicables au présent contrat).

QUEL EST LE CONTENU DES GARANTIES ?

BÉNÉFICIAIRES :

- **EN CAS DE DÉCÈS** : l'organisme prêteur est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues, étant précisé qu'en cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf désignation particulière indiquée sur la demande.

Si toutefois le bénéficiaire des prestations en cas de décès n'était pas

L'organisme prêteur, l'Assuré devra préciser sur la demande d'adhésion ou sur papier libre, la clause bénéficiaire spécifique à retenir.

Si l'adhésion a été mise en place dans le cadre d'un « complément de quotité » la prestation est versée au conjoint de l'Assuré, à défaut son concubin notoire, à défaut ses enfants vivants ou représentés, à défaut ses héritiers.

- **EN CAS DE P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. ET P.E.** : L'organisme prêteur ou l'assuré est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées à l'Assuré lui-même.

Si l'adhésion a été mise en place dans le cadre d'un « complément de quotité » la prestation est versée à l'Assuré.

GARANTIE DE BASE : DÉCÈS ET P.T.I.A.

Le principe : En cas de décès ou de P.T.I.A., l'Assureur prend en charge le montant du capital restant dû en principal dans la limite de la quotité assurée.

Cas particuliers :

- **Avant tout déblocage du prêt consenti** :
 - Sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur, l'Assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme aux bénéficiaires autres que l'organisme prêteur.
- **En cours de déblocage échelonné du prêt** :

L'Assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme :

 - À l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'emprunteur et restant dues en principal,
 - Et à l'autre (aux autres) bénéficiaire(s) désigné(s) à concurrence des sommes non débloquentes. (cf. paragraphe « Bénéficiaires »).

Si l'adhésion a été mise en place dans le cadre d'un « complément de quotité » la prestation est intégralement versée au(x) bénéficiaire(s) de l'Assuré (cf. paragraphe « Bénéficiaires »).

- **Après déblocage de la totalité du prêt : le montant du capital restant dû en principal dans la limite de la quotité assurée : les sommes sont destinées au prêteur.**

Dans le cas de prêts avec différé total ou partiel de paiement des intérêts, les intérêts dus, reportés et capitalisés au jour du Décès ou de la P.T.I.A., sont pris en charge par l'Assureur.

La mensualité échue le jour même du Décès ou de la P.T.I.A. est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.

En cas de Décès ou de P.T.I.A. simultanément(e) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même financement, le montant total réglé n'excédera pas, selon les cas, le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes, et n'excédera en aucun cas le montant total du prêt.

Les bénéficiaires autres que le prêteur sont par ordre de priorité en cas de P.T.I.A., l'Assuré lui-même, en cas de Décès, le conjoint, à défaut les enfants nés ou à naître, à défaut les ayants droit sauf désignation particulière faite par l'Assuré.

GARANTIES FACULTATIVES

Ces garanties sont optionnelles. Elles ne peuvent être souscrites qu'en complément de l'assurance Décès/P.T.I.A. Elles ne peuvent être souscrites que si le proposant exerce une activité professionnelle lors de son adhésion (sauf dérogation de l'Assureur).

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Incapacité Temporaire Partielle, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle sont indissociables.

Si le postulant choisit ces garanties, le contenu des garanties est le suivant :

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice de son activité procurant gain ou

profit à l'Assuré), l'Assureur règle au prêteur le montant des mensualités venant à échéance à compter du **61^{ème}, 91^{ème} ou 181^{ème} jour** continu d'incapacité dans la limite de la quotité assurée selon l'option choisie lors de l'adhésion par l'assuré.

Elle cesse au plus tard 1095 jours après le premier jour d'arrêt de travail (cette durée incluant le cas échéant, hormis en l'absence d'activité professionnelle, la période de versement des prestations effectuée au titre de la garantie incapacité temporaire partielle). Dès la consolidation, elle est relayée par la garantie Invalidité Permanente Totale ou par la garantie Invalidité Permanente Partielle selon le cas.

Afin d'accélérer les règlements par l'Assureur, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

Un prorata d'entrée sera appliqué à compter de la date de prise en charge jusqu'à la veille de la date d'échéance. De même, un prorata de sortie sera appliqué entre la date d'échéance et la date de reprise de travail.

Rechutes : Toute reprise de travail d'une durée inférieure ou égale à **120 jours** donne lieu à une simple suspension du service des prestations et sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de **60, 90 ou 180 jours en fonction de l'option choisie par l'Assuré lors de son adhésion**, avant prise en charge des échéances dans la limite de la quotité assurée.

À tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'Assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL

En cas d'Incapacité Temporaire Partielle de Travail (reprise d'une activité à mi-temps thérapeutique faisant suite à une Incapacité Temporaire Totale de Travail), l'Assureur règle au prêteur 50 % de la prestation ITT dans la limite de la quotité assurée. Seuls donneront lieu à indemnisation les états d'Incapacité Temporaire Partielle faisant suite à une période indemnisée d'Incapacité Temporaire Totale.

La durée maximale de prise en charge par l'Assureur, pour une même I.T.P., est limitée à 180 jours continus.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Il s'agit de la persistance d'une incapacité de travailler ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, la consolidation étant le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'Assuré, et au plus tard trois ans après le début de son incapacité de travail, l'Assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'Assuré sur la base du tableau ci-après.

Les taux sont déterminés par voie d'expertise :

Le taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle par référence au guide barème "Les séquelles traumatiques" Évaluation médico-légale des incapacités permanentes en droit commun. Edition Alexandre LACASSAGNE- LYON (le concours médical),

Le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle apprécié en fonction de la profession de l'Assuré (ou d'un travail socialement équivalent pour les personnes sans activité) exercée au jour du sinistre.

En cas d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ne nécessitant pas l'assistance permanente d'une tierce personne, appréciée par l'Assureur à l'aide du tableau ci-après :

Dont le taux est égal ou supérieur à 66 % : l'Assureur règle au prêteur le montant des mensualités venant à échéance à compter du **91^{ème} jour** continu d'invalidité, dans la limite de la quotité assurée, étant entendu que cette franchise ne sera applicable que si aucune prestation n'a été versée au titre des garanties Incapacités Temporaires. Si tel n'était pas le cas, la franchise précitée ne sera pas appliquée.

Dont le taux est inférieur à 66 % : L'Assureur n'intervient pas pour cette garantie.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Il s'agit de la persistance d'une incapacité de travailler ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, la consolidation étant le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'Assuré, et au plus tard trois ans après le début de son incapacité de travail, l'Assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'Assuré sur la base du tableau ci-après.

Les taux sont déterminés par voie d'expertise :

- Le taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle par référence au guide barème "Les séquelles traumatiques" Évaluation médico-légale des incapacités permanentes en droit commun. Edition Alexandre LACASSAGNE- LYON (le concours médical).
- Le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle apprécié en fonction de la profession de l'Assuré (ou d'un travail socialement équivalent pour les personnes sans activité) exercée au jour du sinistre.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) appréciée par l'Assureur à l'aide du tableau ci-après :

- **Dont le taux est inférieur à 33 %** : l'Assureur n'intervient pas,
- **Dont le taux est compris entre 33 % et 66 %** : la prise en charge des échéances est réduite proportionnellement au taux d'invalidité dans le rapport N-33/33 (N étant le taux d'invalidité), dans la limite de la quotité assurée,
- **Dont le taux est égal ou supérieur à 66 %** : l'Assureur intervient au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) dans la limite de la quotité assurée.

TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE

TAUX I.P. (%)	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,5	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,4	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

En cas d'incapacité et/ou d'invalidité affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt, le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des mensualités du remboursement de ce prêt.

En cas d'incapacité ou d'invalidité concernant les prêts relais ou in fine, l'indemnisation correspond à tout ou partie des intérêts dus pendant la période d'indemnisation.

Le calcul des intérêts à prendre en charge, dans la limite de la garantie et de la quotité souscrites, est effectué à partir du tableau d'amortissement annexé au certificat d'adhésion.

PERTE D'EMPLOI

Cette garantie est optionnelle. Elle ne peut être souscrite qu'en complément de l'assurance Décès/P.T.I.A./ Incapacité /Invalidité (souscription possible avec uniquement les garanties Décès/P.T.I.A.)

Elle ne peut être souscrite que si le proposant est âgé de moins de 56 ans et exerce une activité professionnelle rémunérée lors de son adhésion au titre d'un contrat durée indéterminée depuis au moins 12 mois.

L'Assuré bénéficie de droits à indemnisation à la fin d'un délai de carence de 180 jours à compter de la date de prise d'effet des garanties.

L'assuré ne peut bénéficier d'aucune prise en charge si la date de licenciement est située dans les 180 jours suivant la date d'effet des garanties.

L'Assureur règle 75% du montant des mensualités venant à échéance à compter du 91^{ème} jour de Perte d'emploi (débutant à la date de licenciement) dans la limite de la quotité assurée.

L'Assureur règle les prestations au prêteur.

Ne sont réglées par l'Assureur que des mensualités entières (à hauteur de 75% de la quotité assurée), à l'exclusion de tout prorata.

La durée maximale d'indemnisation est de 540 jours par évènement (ou sinistre) Ne sont pas pris en compte :

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

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. ET P.E. :

Les décisions du Comité Médical, de la Commission de Réforme, de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

Pour le règlement des prestations, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte par l'assureur.

En cas d'incapacité, d'invalidité ou de perte d'emploi affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des mensualités de remboursement du prêt.

5/ Prêt avec différé :

s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : aucune prestation n'est due,

s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : seules les échéances d'intérêts sont prises en charge dans la limite de la quotité assurée.

6/ Prêt relais : le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement n'est jamais pris en charge par l'Assureur.

7/ En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt :

En cas de variation à la hausse :

Toute augmentation des échéances (en nombre ou en montant) devra être communiquée à l'Assureur.

Il est toutefois précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'Assureur si elle intervient pendant une période d'I.T.T., d'I.P.T., d'I.T.P. ou d'I.P.P. de l'Assuré sauf si elle :

- résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt,
- est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'Assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur,
- intervient au plus une fois par an.

En cas de variation à la baisse :

Toute baisse des échéances (en nombre ou en montant) sera prise en compte par l'Assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'I.T.T., d'I.P.T., d'I.T.P. ou d'I.P.P.

Quelles sont les risques exclus ?

En raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucune conséquence d'un sinistre P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.P.P. ou P.E. en cours à la date de conclusion de l'adhésion ne pourra être pris en charge.

Sont exclus de la garantie prévue en cas de DÉCÈS

- L'assurance en cas de Décès est de nul effet si l'Assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année de son adhésion. Toutefois, le risque de suicide est garanti dès la souscription lorsque le contrat d'assurance de groupe garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré dans la limite du montant fixé par décret (120.000 Euros au 28 mars 2002).
- Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même.
- Les risques consécutifs à des acrobaties aériennes, exhibitions, tentatives de record, paris, participation à des défis, essais préparatoires qui les précèdent.
- Les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion (sauf si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou

exclusion de garantie).

- Les risques consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome.
- Les conséquences de tout phénomène de radioactivité.

Sont exclus de la garantie prévue en cas de PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès,
- Les conséquences d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire et de tout acte intentionnel de la part de l'Assuré.
- L'alcoolisme chronique, l'usage de drogue, l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement et leurs suites et conséquences avérées.

Sont exclus de la garantie prévue en cas d'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- Les conséquences de rixes sauf cas de légitime défense, devoir professionnel ou assistance à personne en danger.
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère.

LES EXCLUSIONS DE CET ENCADRE POURRONT, APRES ETUDE DE L'ASSUREUR, ETRE SUPPRIMEES OU ADAPTEES MOYENNANT LE PAIEMENT D'UNE COTISATION COMPLEMENTAIRE.

- La pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération.

La pratique à titre amateur des sports ou activités listés ci-dessous :

- parapente
- ultra léger motorisé (ULM),
- planeur
- deltaplane
- parachutisme
- bobsleigh
- skysurf
- wingsuit
- saut à l'élastique
- kitesurf,
- rafting,
- canyoning
- plongée
- ski hors-piste sans moniteur diplômé
- ski acrobatique
- alpinisme sans guide breveté
- escalade
- spéléologie
- rugby
- sports de combat (toutes formes de boxe, catch, free fight, full contact, pancrace, karaté)
- sports ou activités nécessitant l'usage d'engins à moteur

La pratique à titre amateur des sports/activités de cette liste est couverte dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation encadrés par un professionnel habilité.

OPTION RACHAT DOS ET PSY : Pour les personnes à assurer qui demandent l'option « rachat dos et psy » lors de leur adhésion au contrat, les exclusions des deux paragraphes ci-dessous pourront être supprimées ou adaptées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.

- Les conséquences des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (y compris hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie).

Toutefois, ces affections sont prises en charge si elles ont nécessité une

intervention chirurgicale ou une hospitalisation pendant une période continue d'au moins 4 jours. La prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 61ème, 91ème, 181ème jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat) d'incapacité ou d'invalidité ayant entraîné l'intervention chirurgicale ou l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette intervention chirurgicale ou hospitalisation.

- Les conséquences des affections neuropsychiques (y compris les dépressions et les syndromes anxio-dépressifs, les troubles de l'humeur et du comportement, les troubles du comportement alimentaire, la schizophrénie, la bipolarité et les troubles de la personnalité, les syndromes d'épuisement professionnel, le burnout et les syndromes de fatigue chronique).

Toutefois, ces affections sont prises en charge si elles ont nécessité une hospitalisation pendant une période continue d'au moins 5 jours dans un établissement spécialisé. La prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 61ème, 91ème, 181ème jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat) d'incapacité ou d'invalidité ayant entraîné l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette hospitalisation.

MATERNITÉ : La période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du Travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé.

6) Sont exclus de la garantie prévue en cas Perte d'Emploi

La retraite ou la pré-retraite, quel qu'en soit la cause y compris pour inaptitude au travail,

La démission même prise en charge par Pôle Emploi ou par un organisme équivalent,

Toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi,

Le licenciement pour faute grave ou lourde,

Les ruptures du contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci,

La rupture conventionnelle,

Le licenciement si l'Assuré est salarié :

- de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
- d'une personne morale emprunteur contrôlée ou dirigée par son conjoint, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.

Voyages et séjours à l'étranger

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement à titre personnel, professionnel ou humanitaire.

Le risque de décès est couvert sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par un médecin agréé par une représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité de travail et Invalidité Permanente Partielle ou Totale sont couverts, sous réserve que la preuve en soit fournie au moyen de documents établis par un médecin agréé par une représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

L'Assureur pourra convoquer l'Assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DOM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'Assuré.

DÉTAIL DES MODALITÉS D'ADHÉSION

Quelles sont les modalités d'adhésion ?

Le demandeur après avoir pris connaissance de la présente notice, remplira avec soin la demande d'adhésion et se soumettra aux formalités demandées.

Procédure sécurisée

Si parmi les réponses données par le proposant au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont il souffre actuellement ou dont il a souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, il est formellement invité à transmettre le questionnaire de santé risqué (sous pli cacheté dans l'enveloppe jointe au document d'adhésion, par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin Conseil **d'UGIP ASSURANCES**.

Comment l'Assureur fait-il connaître sa décision ?

Le gestionnaire du contrat fait connaître la décision de l'Assureur par l'envoi d'un certificat d'adhésion dans les plus brefs délais.

L'Assureur peut accepter de garantir tous les risques ou seulement l'un ou plusieurs d'entre eux avec éventuellement exclusion partielle et application de surprime à caractère médical, ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

Dans ce cas, le gestionnaire du contrat fait connaître la décision de l'Assureur par lettre simple au proposant. La décision ne sera définitive pour les acceptations avec suppressions ou exclusions qu'à réception par le gestionnaire du contrat de l'accord du client sur ses conditions d'acceptation.

Acceptation :

Lorsqu'elle est prononcée, l'acceptation du risque vaut pour toute la durée du crédit.

POINT DE DÉPART ET EXPIRATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Sous réserve du paiement de la prime et l'acceptation du risque, le point de départ de la garantie est fixé de la manière suivante :

Pour les proposant qui sont soumis à l'obligation de formalités médicales, les garanties prennent effet à compter de la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'emprunteur sous réserve :

- De la signature de la demande d'adhésion, de la fourniture du (des) questionnaire(s) de santé et des formalités médicales complémentaires le cas échéant,
- De l'acceptation de l'assureur,
- Du retour signé par l'assuré, en cas d'acceptation à des conditions particulières,
- Et de l'encaissement de la cotisation.

Pour les proposant qui ne sont pas soumis à l'obligation de formalités médicales, les garanties prennent effet à la dernière en date des acceptations de l'offre de prêt par l'emprunteur, sous réserve :

- De signature de la demande d'adhésion,
- De l'acceptation du risque par l'assureur ou par le gestionnaire du contrat, agissant sur délégation de l'Assureur.

Couverture provisoire en cas de décès par accident

Tant que l'Assureur n'a pas accepté le risque : pendant une période de 60 jours à compter de la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'emprunteur, pour le risque de Décès d'origine accidentelle seulement et pour un montant maximal de 150 000 euros. Cette garantie cesse dès que l'Assureur a notifié sa décision ou si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours, aux demandes de renseignements complémentaires de l'Assureur.

Le décès accidentel est celui qui est provoqué par une cause extérieure à l'Assuré, indépendante de sa volonté, fortuite et soudaine.

IRREVOCABILITE DES GARANTIES :

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées et qui sont maintenues pendant toute la durée de son adhésion, dans les conditions définies à la date de prise d'effet de celle-ci, sous réserve de l'encaissement de la cotisation et dans les limites prévues au Titre « **Quand les prestations et les garanties cessent-elles ?** »

Quand les prestations et les garanties cessent-elles ?

L'adhésion au contrat d'assurance ne peut être résiliée au cours du prêt par l'Assuré qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

Les garanties et les prestations cessent pour tous les risques (sauf dérogation de l'Assureur) :

- À la date d'expiration du prêt,
- À la date de remboursement anticipé du prêt (sous réserve que la main levée de l'organisme prêteur soit adressée à **UGIP ASSURANCES** dans les 120 jours suivant le remboursement du prêt. A défaut, la résiliation sera effective à compter de la date de réception),
- À la date de déchéance du terme,
- Lorsque l'assuré atteint :
 - Son 85^{ème} anniversaire en ce qui concerne la garantie Décès,
 - Son 70^{ème} anniversaire pour la garantie P.T.I.A. en cas maladie et son 75^{ème} anniversaire en cas de P.T.I.A. par accident,
 - Son 67^{ème} anniversaire en ce qui concerne les garanties Incapacité Partielle et Temporaire de Travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale.
 - Son 62^{ème} anniversaire pour la garantie Perte d'Emploi.
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 180 jours par sinistre est atteinte pour la garantie I.T.P.,
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions mentionnées à la rubrique « cotisations »,
- Après le règlement anticipé par suite de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Après le règlement du capital Décès ou après le règlement anticipé par suite de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie versé sur une autre tête assurée,
- Dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal de la profession ou par anticipation quel qu'en soit le motif en ce qui concerne les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité Permanente Totale ou Partielle, sauf si la mise en préretraite ou retraite résulte de l'incapacité de travail et/ou d'une invalidité permanente partielle ou totale qui fait l'objet de la prise en charge par l'Assureur et au plus tard le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré.

DURÉE DE L'ADHÉSION - RÉILIATION

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (échéance principale) par tacite reconduction.

Toutefois, l'Assuré est en droit de résilier son adhésion au présent contrat :

- Dans un délai de 12 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des assurances) :

Pour ce faire, l'Assuré devra adresser à **UGIP ASSURANCES** sa demande de résiliation par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par **UGIP ASSURANCES** pour le compte de l'Assureur de la décision d'acceptation de substitution de l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté, si cette date est postérieure.

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

- Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L 113-12 du Code des assurances).

Pour ce faire, l'Assuré devra adresser à **UGIP ASSURANCES** une lettre recommandée, accompagnée de la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur, au moins deux mois avant la date de renouvellement de son adhésion. Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation prendra alors effet à l'expiration de la période annuelle en cours.

Toute demande de résiliation devra être adressée à : **UGIP ASSURANCES - 73-75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS**

Dans tous les cas, l'organisme prêteur sera tenu informé de la résiliation.

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur

devront avoir lieu en France, DOM COM ou Monaco.

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :

UGIP ASSURANCES – 73-75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS.

Dans le cas d'un décès survenant hors de la France Métropolitaine, d'un DOM COM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

Que faire en cas de Décès ?

Les documents suivants devront être adressés dans les meilleurs délais :

- Un acte de décès et si le décès est accidentel, l'extrait du procès-verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé, à défaut le numéro de ce procès-verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé, à défaut une coupure de presse,
- Un certificat médical post-mortem, sur l'imprimé établi par l'Assureur, précisant le genre de Maladie ou d'accident auquel a succombé l'Assuré,
- Le tableau d'amortissement arrêté à la date du décès.

Éventuellement, il conviendra de communiquer toute information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Que faire en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ?

Les documents suivants devront être adressés dans les meilleurs délais :

- Une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- Un certificat médical, sur l'imprimé établi par l'Assureur, du médecin de l'Assuré,
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale (ou régime équivalent), si l'Assuré est assuré social,
- Le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de la P.T.I.A.

Éventuellement, il conviendra de communiquer toute information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Que faire en cas de Perte d'Emploi ?

Au début de la perte d'emploi :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, dans un délai maximum de 180 jours sous peine de déchéance sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai est fixé à la date du licenciement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- Une copie de la lettre de licenciement,
- La lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivré par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé de l'Etat,
- Une copie de la demande d'adhésion,
- L'attestation de l'employeur (ou des employeurs) précédent(s) précisant :
 - o La nature du contrat de travail au moment du licenciement,
 - o Les natures, date de début et de fin, des contrats de travail depuis l'adhésion au contrat,
- Les bordereaux de paiement des prestations par le Pôle Emploi ou par tout autre organisme assimilé depuis l'origine,
- Le tableau d'amortissement arrêté à la date du licenciement.

Éventuellement, il conviendra de fournir toute autre information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Au cours de la période de perte d'emploi :

Devront être adressés :

- Les bordereaux de paiement des prestations par le Pôle Emploi ou par tout autre organisme assimilé, au fur et à mesure de leur délivrance.
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

Que faire en cas d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle ?

Au début de l'Incapacité ou de l'Invalidité :

La demande de mise en jeu des garanties devra être faite par écrit dans un délai de 120 jours. Le début de ce délai est fixé au premier jour de la survenance de l'accident ou en cas de maladie au jour de la première constatation par le médecin traitant.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- Une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- Un certificat médical sur l'imprimé établi par l'Assureur du médecin de l'Assuré,
- Les volets ou attestation de prestations de la Sécurité Sociale (ou régime équivalent) si l'adhérent est assuré social,
- Le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de l'arrêt de travail.

Éventuellement, il conviendra de fournir toute autre information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Au cours de l'incapacité ou de l'invalidité :

Devront être adressés :

- Les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'invalidité ou de l'incapacité,
- Les volets de la Sécurité Sociale (ou régime équivalent) attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'adhérent est assuré social.

A la fin de l'Incapacité :

Il est indispensable de remettre à l'Assureur un certificat de fin d'incapacité rempli par l'Assuré à l'aide d'un formulaire établi et fourni par l'Assureur lors de la première demande d'indemnisation. Cette remise permettra de déterminer les prestations en cas de rechute.

PRESCRIPTION

Pour l'application du présent paragraphe, il faut entendre par le terme « souscripteur », le terme « adhérent ».

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droits 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.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ; La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ; l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des

procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Elle est également interrompue 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 cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. 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.

ARBITRAGE MÉDICAL

S'il y a désaccord sur l'état de santé ?

L'Assureur se réserve le droit de faire contrôler à tout moment l'état de santé de l'Assuré ainsi que, le cas échéant, la réalité de l'arrêt de travail, par toute personne.

Si l'Assuré conteste par écrit, l'opinion de l'expert commis par l'Assureur, il recevra un formulaire de rapport d'expertise qu'il remettra au médecin de son choix pour faire effectuer à ses propres frais une contre-expertise.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des deux parties désignera un médecin ; en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation en sera faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chaque partie règlera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination seront supportés moitié par l'Assureur d'une part, et moitié par le (ou les) Assuré(s) d'autre part.

RÉCLAMATION – MÉDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications. :

UGIP ASSURANCES – 73-75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

Si l'Assuré (ou ses ayants droit) ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali – Réclamations

TSA 70100

75309 PARIS Cedex 09

Ou par mail à servicereclamations@generali.fr.

Ce service accusera réception de sa demande sous 10 jours et y répondra dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date de réception de la demande. Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré (ou ses ayants droit) ou par l'Assureur.

Médiation :

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'Assuré (ou ses ayants droit) et l'Assureur après examen de la demande par le service réclamations, l'Assuré (ou ses ayants droit) peut saisir le Médiateur de la FFA, :

Soit, en écrivant à : M. le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09 ;

Soit en déposant une demande en ligne à l'adresse : <http://www.mediation-assurance.org>

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de la demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles il définit la finalité.

UGIP Assurances en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels, nécessaires à la gestion des adhésions au contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- souscription
- émission des avenants en cours d'assurance
- encaissement et recouvrement des cotisations
- instruction et règlement des sinistres
- réclamations
- archivage

Les finalités et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

LES BASES JURIDIQUES	FINALITÉS DE TRAITEMENT
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	• Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis.
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	• Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat • Recouvrement • Exercice des recours et application des conventions entre assureurs • Gestion des réclamations et contentieux • Lutte contre la fraude • Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat • Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties • Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque • Etudes statistiques et actuarielles • Amélioration continue des offres et process.

Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. • Respect des obligations légales, réglementaires et administratives.
Intérêt public	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre la fraude. <p>Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat.</p>

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'Assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par le courtier. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou du courtier. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires, organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considérée comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe.

Dans le cadre des contrats de prévoyance et de retraite collectifs et individuels, certaines données sont transmises aux administrations fiscale et sociale pour l'accomplissement de leurs missions et servent notamment au recouvrement des cotisations sociales et de l'impôt ainsi qu'à l'ouverture et au calcul de droits en matière de prestations sociales. Leur utilisation s'effectue dans le respect des dispositions du règlement général sur la protection des données et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de

sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, d'envoi ponctuels d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : **droitdaces@generalifr**

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- **d'un droit d'accès** : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander que l'on vous en communique l'intégralité,
- **d'un droit de rectification** : vous pouvez demander à corriger vos données personnelle notamment en cas de changement de situation,
- **d'un droit de suppression** : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- **du droit de définir des directives** relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,

- **d'un droit à la limitation du traitement** : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- **d'un droit à la portabilité des données** : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.
- **d'un droit de retrait** : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.
- **d'un droit d'opposition** : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité, aux adresses mentionnées au paragraphe « Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles ».

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessous.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles :

- Pour le délégataire de gestion : UGIP Assurances - 73/75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS
- Pour l'assureur : Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr

Autorité de contrôle

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Opposition au démarchage téléphonique

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de OPPOSETEL – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

Renonciation à l'assurance

1/ DELAI DE RENONCIATION APPLICABLE QUELLES QUE SOIENT LES MODALITES DE DIFFUSION DU CONTRAT (ARTICLE L 132-5-1 DU CODE DES ASSURANCES) :

L'adhérent/l'assuré peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que son adhésion est conclue (selon les conditions d'acceptation, l'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion ou au plus tard à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Modèle de lettre type à adresser à UGIP :

« Nom et prénoms : / Adresse : / N° du contrat : / Montant du versement : / Date du versement : / Mode de paiement :

Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément en vertu de l'article L 132-5-1 du code des assurances à mon adhésion au contrat d'assurance groupe emprunteur n°7352, conclue-le _____ (date d'émission du certificat d'adhésion) auprès de M. (Indiquer le nom du conseiller), ayant fait l'objet du versement en référence et demande le remboursement de ce versement dans les conditions définies dans la notice d'information.

Fait à _____, le _____

Signature : »

NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références

2/ DELAI DE RENONCIATION APPLICABLE EN CAS DE VENTE A DISTANCE DU CONTRAT (ARTICLE L 112-2-1 DU CODE DES ASSURANCES) :

Les présentes dispositions ne sont applicables que dans l'hypothèse où l'adhésion est conclue sans la présence simultanée des parties, qui utilisent alors exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

L'adhérent/l'assuré peut alors renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus, à compter :

- soit du jour où son adhésion est conclue,
- soit à compter du jour où il reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 112-2-1, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée ci-avant.

Les adhésions pour lesquelles s'applique ce droit à renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution avant la fin des trente jours, sans un accord de l'adhérent/l'assuré.

Modèle de lettre type, à adresser à UGIP :

« Je soussigné _____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion en vertu de l'article L112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance groupe emprunteur n°7352, effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Signature ».

NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références.