



NOTICE D'INFORMATION – CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT UGIP PREMIUM N° CE/20 015

Sommaire

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 : DUREE DES GARANTIES	3
ARTICLE 3 : LA GARANTIE DECES	4
ARTICLE 4 : LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.).....	4
ARTICLE 5 : LA GARANTIE INVALIDITE PROFESSION MEDICALE (I.P.M.).....	5
ARTICLE 6 : LES GARANTIES INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.), INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.).....	5
ARTICLE 7 : LES GARANTIES INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.) et INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.).....	7
ARTICLE 8 : OPTIONS FACULTATIVES : MNO et UGIP PLUS	8
ARTICLE 9 : LA GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS	8
ARTICLE 10 : LES EXCLUSIONS ET LIMITES DE PRISE EN CHARGE	8
ARTICLE 11 : TERRITORIALITE DES GARANTIES	11
ARTICLE 12 : LES BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS	11
ARTICLE 13 : LES CONDITIONS POUR ADHERER	11
ARTICLE 14 : LES FORMALITES POUR ETRE ASSURE	12
ARTICLE 15 : LES COTISATIONS D'ASSURANCE	12
ARTICLE 16 : LES DECLARATIONS DE SINISTRE	13
ARTICLE 17 : PRESTATIONS, CONTROLE ET EXPERTISE	14
ARTICLE 18 : PRESCRIPTION	15
ARTICLE 19 : CONTINUE DU CONTRAT CE/20 015	15
ARTICLE 20 : CONTROLE DE L'ASSUREUR	15
ARTICLE 21 : GESTION DU CONTRAT CE/20 015	15
ARTICLE 22 : RECLAMATIONS - MEDIATIONS	15
ARTICLE 23 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	16
ARTICLE 24 : LOI APPLICABLE	16
ARTICLE 25 : MODIFICATIONS REGLEMENTAIRES	16
ARTICLE 26 : PARTICIPATION AUX BENEFICES.....	16
ARTICLE 27 : RENONCIATION	16
ARTICLE 28 : CONVENTION DE PREUVE	17

Le contrat d'assurance de Prêts et crédits UGIP PREMIUM est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat d'assurance de groupe et est réservé aux seuls membres de L'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP). Il est distribué par l'intermédiaire de l'UGIP ASSURANCES, via son réseau d'apporteurs.

La langue utilisée au cours du contrat sera la langue française.

Le Souscripteur est L'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP) - association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 située au, 2, rue Turgot 75009 PARIS, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par l'Assureur relevant du Code des assurances.

L'Assureur ci-après des garanties d'assurance de Prêts et de crédits, désigne PREPAR-VIE, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 182 183 792 euros. Siège social : Immeuble Le Village 1 Quartier Valmy, 33 Place Ronde CS 90241 - 92981 Paris La défense cedex N°323 087 379 RCS Nanterre.

L'Assureur délègue la Gestion du contrat au gestionnaire : UGIP ASSURANCES, Société de Courtage en assurances, gestion de contrats d'assurance - Société par actions simplifiée (Société à associé unique) - au capital de 130 944 euros - Siège social 73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS - N°398 784 645 RCS PARIS – Orias : 07 005 590.

Quelques définitions :

Les termes débutant par une majuscule et en italiques, non définis dans le corps de la notice ont la signification suivante.

Accident : Toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombosciatalgies, les accidents vasculaires et les hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des Accidents.

Adhérent : Personne physique ou morale qui adhère à l'Association et à la présente Convention, et remplissant les conditions définies à l'Article 13.1.

Affection : Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou *Maladie*), constatée par une autorité médicale compétente.

Age de l'Assuré : Age de l'Assuré calculé par différence entre la date de l'adhésion et sa date de naissance (âge exact).

Assuré : Personne sur la tête de qui reposent les garanties de la présente Convention. L'Assuré, également désigné ci-après par « vous » est inscrit au Certificat d'adhésion et remplit les conditions définies à l'Article 13.1.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui bénéficie de l'assurance à concurrence des sommes qui sont dues.

Capital Restant Dû : Pour un prêt, désigne le capital emprunté non amorti à la date de l'événement garanti et conforme au certificat d'adhésion, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Pour une opération de financement locatif, désigne la somme des loyers restant dus à la date de l'événement garanti, y compris la valeur résiduelle du bien. **Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des Echéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.**

Caution : Personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci. **Les garanties souscrites ne jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution qu'à la condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une Echéance par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné.**

Conjoint collaborateur : Conjoint d'un dirigeant d'une société commerciale, artisanale ou libérale, qui exerce une activité professionnelle effective et régulière dans la société, ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité, n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du code civil, et est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

Date de consolidation : Date à partir de laquelle, compte tenu des connaissances de la médecine à cette date, l'état de santé de l'Assuré n'est plus susceptible de s'améliorer ou n'est pas susceptible d'évoluer, soit spontanément, soit sous l'effet d'aucun traitement.

Echéance : Montant de remboursement conformément au tableau d'amortissement ou échancier de loyers au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti tels que prévus au Certificat d'Adhésion ou avenant à l'adhésion en vigueur au jour du Sinistre. En cas de différé partiel d'amortissement, l'Echéance est limitée aux seuls intérêts du prêt. L'Echéance ne couvre pas, le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement locatif. Concernant les Prêts à paliers intégrant les Prêts achat-revente, l'Assureur ne prend pas en charge dans l'Echéance, la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la vente de l'ancien bien de l'Emprunteur.

Les retards de paiement d'échéances de prêt ou de loyers, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ne sont pas pris en compte dans l'Echéance.

Emprunteur : Toute personne physique ou morale à qui le Prêteur consent un Prêt.

Fumeur : Personne ne pouvant pas déclarer qu'elle n'a pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques contenant de la nicotine, cigares ou pipes, même occasionnellement au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et/ou qu'elle n'a pas été contrainte, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

Loyer théorique : somme perçue périodiquement correspondant à la valeur à la location du bien immobilier tel qu'indiquée sur le bail en vigueur au moment du sinistre. Le loyer théorique n'inclut pas les charges, impayés de loyer ou intérêts de retard.

Maladie : Toute altération de l'état de santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Prêt ci-après désigne un prêt, libellé en Euros ou en Franc Pacifique (converti en Euros), tel que précisé à l'Article 13.4.

Prêt locatif ci-après désigne un prêt pour l'achat d'un bien destiné à être mis en location. Il doit être libellé en Euros ou en Franc Pacifique (converti en Euros) tel que précisé à l'Article 13.4.

Prêteur : Organisme Prêteur identifié sur la demande d'adhésion à l'assurance. Le Prêteur doit être un établissement de crédit français ou une succursale française d'un établissement de crédit étranger (situé en Suisse ou au sein de l'Union Européenne). L'Organisme Prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat.

Professions médicales : Sont considérées comme des professions médicales permettant de bénéficier de la garantie Invalidité Professions Médicales les professions suivantes : médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens, dentistes, sages-femmes, vétérinaires, pharmaciens d'officine, internes en médecine. L'Assuré doit être inscrit à l'ordre de sa profession.

Quotité assurée : La Quotité assurée correspond pour chaque Assuré à la part, en pourcentage du capital emprunté, couverte par l'assurance de l'Opération de crédit. Elle doit être inférieure ou égale à 100 %.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'une même Opération de crédit, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une Quotité assurée de 100%.

En cas d'investissement locatif effectué dans le cadre d'une SCI non-familiale, la Quotité assurée en Décès/P.T.I.A., I.T.T., I.P.P. et I.P.T. ne peut en aucun cas être supérieure à la part détenue par l'Assuré dans la SCI au moment de l'adhésion.

QUELLE EST L'ÉTENDUE DE VOS GARANTIES ?

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de garantir, postérieurement à la prise d'effet des garanties, et avant le remboursement intégral du Prêt et/ou la cessation des garanties, l'Assuré contre tout ou partie des risques couverts suivants, selon l'Age de l'Assuré au jour de l'adhésion (cf. article 13.1 ci-après) et le cas échéant le montant du capital assuré :

Risques couverts (en tout ou partie), fonction de la formule choisie :

FORMULE n°1 : Décès + P.T.I.A. ou Décès seul si l'Assuré a plus de + de 67 ans à l'adhésion.

FORMULE n°2 : Formule n°1 + I.T.T./ I.T.P./ I.P.T.

FORMULE n°3 : Formule n°1 + I.T.T. /I.T.P./ I.P.T./ I.P.P.

FORMULE n°4 : Formule n°1 + I.T.T./ I.T.P./ I.P.T./ I.P.M.

FORMULE n°5 : Formule n°1 + I.T.T./ I.T.P./ I.P.T./ I.P.M./ I.P.P.

Options facultatives, proposées en complément des formules sus citées :

- **Option MNO** (définie à l'article 8)
- **Option UGIP Plus** (définie à l'article 8)

Avant la prise d'effet des garanties visées ci-dessus, l'Assuré bénéficie d'une garantie temporaire décès accident en cas de Décès Accidentel dans le cadre d'un nouveau Prêt, à concurrence du montant assuré avec un maximum de cent vingt mille euros (120 000 €). Cette garantie ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au contrat de prêt, suite à substitution d'assurance (cf. article 3 ci-après).

Seules sont accordées à l'Assuré, les garanties choisies au jour de l'adhésion et acceptées par l'Assureur, mentionnées sur le certificat d'adhésion valant délégation de bénéficiaire et à condition que le risque couvert ne soit pas réalisé à la date d'effet du contrat.

Règles d'éligibilité pour l'ensemble des garanties à l'adhésion :

Territorialité	France continentale			Corse, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Mayotte, Polynésie française, Nouvelle Calédonie		
	Professions médicales	Autres activités	Sans activité	Professions médicales	Autres activités	Sans activité
Décès	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.T.I.A.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
I.P.T. rente	✓	✓	✓	✓	✓	✓
I.P.T. capital	✓	✓	✗	✓	✓	✗
I.P.M.	✓	✗	✗	✓	✗	✗
I.T.T. 60j	✓	✓	✗	✗	✗	✗
I.T.T. 90j	✓	✓	✓	✓	✓	✓
I.T.T. 180j	✓	✓	✓	✓	✓	✓
I.P.P.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Option MNO	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Option UGIP Plus	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ **Garantie Eligible**

✗ **Garantie Non éligible**

Pour les prêts libellés en Euros ou en Francs Pacifiques, converties en euros, et dont la Territorialité est la Guyane, St Pierre et Miquelon, St Barthélémy, l'Union Européenne et le Royaume Uni et la Suisse, seules les garanties accessibles sont le décès et la P.T.I.A.

Pour tout autre pays non cité, une étude en amont auprès de l'Assureur est nécessaire.

ARTICLE 2 : DUREE DES GARANTIES

2.1. Prise d'effet des garanties

2.1.1. Adhésion pour les nouveaux Prêts

Les garanties prennent effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve :

- que l'acceptation de l'offre ou du contrat de prêt par le dernier signataire intervienne dans les 6 (six) mois (ou 12 (douze) mois pour les Prêts différés), suivant l'envoi à l'Assuré de la notification de couverture par l'Assureur (cf. article 14 ci-après),

- que le premier décaissement intervienne dans les 6 (six) mois (ou 12 (douze) mois pour les Prêts différés), suivant l'acceptation de l'offre ou du contrat de Prêt,

- et du paiement de la première cotisation d'assurance dans le délai mentionné ci-avant.

2.1.2. Adhésion suite à substitution d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des Assurances, les garanties prennent effet dix jours après la réception par l'Assureur de la décision du Prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure.

2.2. Durée des garanties

La durée maximale de l'assurance, décomptée à partir de la date d'effet des garanties, est fonction de l'âge de l'Assuré et de l'âge limite de la dernière garantie active (la garantie Décès), dans la limite de la durée du Prêt garanti. Elle correspond à la période comprise entre la date de prise d'effet des garanties et leurs dates de cessation stipulées au 2.3 ci-après.

2.3. Cessation des garanties

Vos garanties et les prestations cessent :

- **en tout état de cause, à l'âge limite de couverture fixé pour chaque garantie, c'est-à-dire :**

Garanties obligatoires :

Décès (DC)	Au 31/12 du 90 ^{ème} anniversaire de l'Assuré
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	Au 31/12 du 71 ^{ème} anniversaire de l'Assuré ou 75 ^{ème} anniversaire de l'Assuré si la P.T.I.A. résulte d'un Accident.

Garanties complémentaires et options facultatives :

Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) y compris Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)	Au plus tôt, dès la prise d'effet de la retraite de l'Assuré à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'inaptitude au travail ou selon l'option choisie et inscrite au certificat d'adhésion, ou au plus tard :
Incapacité Permanente Totale (I.P.T.), y compris I.P.T. capital ou Incapacité Spécifique AERAS (GIS)	
Incapacité Permanente Partielle (I.P.P.)	• Au 31/12 de l'année suivant le 67 ^{ème} anniversaire de l'Assuré ou • Au 31/12 de l'année suivant le 70 ^{ème} anniversaire de l'Assuré si l'option UGIP Plus a été choisie, en cas de poursuite d'une activité professionnelle rémunérée.
Option MNO	
Option UGIP Plus	
Incapacité Profession Médicale (I.P.M.)	• Au plus tôt, dès la cessation de l'activité professionnelle de l'Assuré ou par anticipation, à sa date de mise en retraite anticipée pour raison médicale, de la radiation à l'ordre de sa profession ou au plus tard, jusqu'à la date du 67 ^{ème} anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de l'activité professionnelle rémunérée déclarée à l'adhésion ou au 31/12 de l'année suivant le 70 ^{ème} anniversaire de l'Assuré si l'option UGIP Plus a été choisie.

- au terme normal ou anticipé du Prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date à laquelle l'Assuré résilie son engagement de Caution,
- en cas de paiement de la prestation par l'Assureur suite à la mise en jeu de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ou de la garantie Décès (DC), ou de la garantie Incapacité Profession Médicale (I.P.M.)
- en cas de paiement de la prestation par l'Assureur suite à la mise en jeu de la garantie Incapacité Permanente Totale (I.P.T.) si vous avez choisi l'I.P.T. Capital.
- à la date de résiliation effective de l'adhésion par l'Assuré (cf. 2.4 Résiliation de l'adhésion ci-après).

2.4. Résiliation de l'assurance à l'initiative de l'Assuré

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'Assuré peut demander la résiliation de son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L. 313-25 du Code de la consommation.

Cette résiliation ne peut intervenir qu'après que l'Assuré ait demandé au Prêteur la substitution de son adhésion par un autre contrat d'assurance emprunteur, présentant a minima les mêmes garanties et que l'Assuré ait accepté et renvoyé l'avenant modificatif à l'offre de Prêt immobilier établie par le Prêteur en application de l'article L. 313-39 du Code de la consommation, en cas de consentement de celui-ci à sa demande de substitution de contrat.

L'Assuré doit formuler sa demande de substitution et par la suite, de résiliation, auprès du Prêteur, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

En cas d'acceptation de substitution d'assurance par le Prêteur, la résiliation de l'adhésion au présent contrat d'assurance prend effet 10 (dix) jours après la réception de la décision du Prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus de substitution d'assurance par le Prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

2.5. Résiliation de l'assurance associée à des Prêts ne relevant pas de l'article L.313-1 1° du Code de la consommation

La résiliation annuelle à l'initiative de l'Assuré ou de l'Assureur sur le fondement de l'article L. 113-12 du Code des assurances ; ou à tout moment pour aggravation de risque, à l'initiative de l'Assureur ou pour diminution du risque à l'initiative de l'Assuré sur le fondement de l'article L. 113-4 du Code des assurances est possible pour les assurances de Prêts immobiliers ne relevant pas de l'article L. 313-1 du Code de la consommation.

ARTICLE 3 : LA GARANTIE DECES

3.1. La garantie temporaire décès accident

La garantie temporaire décès accident est applicable uniquement dans le cadre de la mise en place d'un nouveau Prêt. Elle ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au contrat de Prêt, suite à substitution d'assurance.

Tant que l'acceptation des risques n'a pas pu être formulée par l'Assureur, seule la garantie temporaire décès accident est acquise temporairement à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, aux conditions ci-après et sous réserve des exclusions définies à l'Article 10.

Par « Décès Accidentel », il faut entendre le décès consécutif à toute atteinte corporelle résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Si la garantie est acquise, l'Assureur verse la prestation comme défini à l'article 3.2. La garantie temporaire décès accident cesse :

- **dès la prise d'effet des garanties prévue à l'article 2.1 ci-avant en cas d'acceptation par l'Assureur de votre d'adhésion,**
- **ou de plein droit, à la date du courrier de l'Assureur vous notifiant son refus de votre d'adhésion,** si après examen des pièces médicales fournies, l'Assureur se prononce pour le refus de votre d'adhésion.

Dans le cas où vos garanties n'auraient pu prendre effet, **la garantie temporaire décès accident cesse de plein droit 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.**

3.2. La garantie décès toutes causes

Par « Décès », il faut entendre le décès consécutif à une *Maladie* ou à un *Accident*.

Cette garantie vous est acquise, dans les limites de la *Quotité assurée*, sous réserve du respect de la limite d'âge pour adhérer (cf. Article 13.1 ci-après), de l'acceptation de votre adhésion à l'assurance par l'Assureur et des exclusions définies à l'article 10.

L'Assureur verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) le *Capital Restant Dû* au jour du décès tel qu'indiqué au tableau d'amortissement remis par le Prêteur multiplié par la *Quotité assurée*, dans la limite du montant indiqué au certificat d'adhésion.

En cas de Décès de l'Assuré avant que les fonds ne soient totalement ou partiellement débloqués, sous réserve du paiement des cotisations d'assurance et conformément au Certificat d'Adhésion, l'Adhésion au Contrat produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le Prêt est consenti demeure.

Pour les Prêts à déblocages successifs des fonds, les prestations versées à l'Organisme Prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du Décès (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du Sinistre). Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'Organisme Prêteur au jour du Décès, est versé à l'Organisme Prêteur au fur et à mesure des déblocages successifs des fonds, dans la mesure où l'opération de crédit se poursuit sur décision du *Co-Emprunteur* ou des héritiers de l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique, de l'Adhérent lorsque celui-ci est une personne morale.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3 ci-avant.

Dans le cadre d'un crédit-bail, le *Capital Restant Dû* est égal à la totalité des loyers à échoir (hors impayés et pénalités) et à la valeur de rachat du bien financé correspondante à la valeur résiduelle estimée lors de l'adhésion dans la limite du montant garanti.

ARTICLE 4 : LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)

Par « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A.), il faut entendre l'état, à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, qui place l'Assuré après consolidation de son état de santé, dans l'incapacité totale et irréversible reconnue par le médecin Conseil de l'Assureur, de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes essentiels et ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer. Pour bénéficier de la garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A.), vous devez obligatoirement remplir ces 2 (deux) conditions cumulatives.

Cette garantie a pour objet de couvrir les formes d'invalidité mettant l'Assuré dans un état tel qu'il est complètement et définitivement dépendant de l'assistance permanente d'une tierce personne pour tous les actes ordinaires de la vie quotidienne.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un quelconque organisme de régime obligatoire d'assurance maladie ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

Elle vous est acquise dans les limites de la *Quotité assurée*, sous réserve que la limite d'âge pour adhérer soit respectée (cf. Article 13.1 ci-après), que la consolidation de l'état de P.T.I.A. intervienne avant la limite d'âge mentionnée à l'Article 2.3 et dans la limite des exclusions définies à l'Article 10 ou incluses dans vos conditions particulières.

Dès que cet état est reconnu comme tel par le médecin Conseil de l'assureur, l'Assureur verse la prestation due selon les modalités définies pour la garantie Décès (article 3 ci-avant) dont le montant est arrêté à la date de la reconnaissance de votre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, déterminée par le médecin conseil de l'Assureur.

Le versement de la prestation au titre de la garantie P.T.I.A. met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3 ci-avant.

ARTICLE 5 : LA GARANTIE INVALIDITE PROFESSION MEDICALE (I.P.M.)

Pour bénéficier de cette garantie, vous devez l'avoir souscrite au moment de l'adhésion. Vous devez exercer l'une des *professions médicales* au sens de la Notice.

Dans ce cadre, cette garantie vous est acquise, dans les limites de la *Quotité assurée*, sous réserve du respect de la limite d'âge pour adhérer (cf. Article 13.1 ci-après), de l'acceptation de votre adhésion à l'assurance par l'Assureur et des exclusions définies à l'Article 10 ou incluses dans vos conditions particulières.

Par Invalidité Profession Médicale (I.P.M.), il faut entendre l'état, à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, qui place l'Assuré, après consolidation de son état, dans l'incapacité permanente, totale et définitive d'exercer sa profession médicale. Cette incapacité permanente, totale et définitive sera être établie sur la base d'une expertise médicale diligentée à la demande de l'Assureur, en fonction des conditions normales d'exercice de votre profession, et des possibilités d'exercice de votre profession qui subsistent après recours aux aides techniques disponibles (par exemple : prothèses, canne ou tout autre équipement). L'état d'incapacité permanente, totale et définitive d'exercer votre profession doit être consolidé avant la limite d'âge mentionné à l'Article 2.3.

Si vous êtes pharmacien d'Officine, pour être en Invalidité Profession Médicale vous devez vous trouver médicalement, suite à une *Maladie* ou un *Accident*, dans l'impossibilité absolue et définitive d'exercer votre profession suite à une décision du Conseil National de l'Ordre, en application des articles 5013 bis anc. et 5125.21 alinéa 3 du Code de la Santé Publique.

Le paiement des prestations est soumis, à la date du Sinistre, à l'exercice d'une *profession médicale* au sens de la Notice en tant qu'unique activité professionnelle.

Si l'Assuré n'exerce plus de profession médicale à la date du sinistre, il bénéficie alors de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) avec versement en capital.

Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'I.P.M., l'Assureur prend en charge :

Pour les Prêts amortissables, les Prêts à paliers et les Prêts in fine :

100% du *Capital Restant Dû* (multiplié par la *Quotité assurée*) au jour de la reconnaissance de l'état d'I.P.M. par l'Assureur, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur.

Pour les contrats de crédit-bail :

la somme des loyers restant dus au jour de la reconnaissance de l'état d'Invalidité Profession Médicale (I.P.M.) par l'Assureur, augmentée de la valeur résiduelle du bien financé, conformément à l'échéancier de loyers en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur.

Le versement de la prestation au titre de la garantie I.P.M. met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

ARTICLE 6 : LES GARANTIES INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.), INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

Vous bénéficiez de tout ou partie de ces garanties si vous avez adhéré avant votre 67ème anniversaire et avant votre départ en retraite ou en pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail, sous réserve des exclusions définies à l'article 10, sauf :

- en cas de refus formel de votre part d'adhérer à ces garanties,
- en cas de refus d'admission à ces garanties par l'Assureur,
- En cas de Prêts avec différé total de remboursement d'une durée supérieure à 36 mois. Cette condition ne concerne pas les Prêts à taux zéro.

6.1. Définitions des garanties

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.)

Vous bénéficiez de cette garantie, si à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, **déjà pris en charge par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale**, le médecin conseil de l'Assureur constate la consolidation de votre état de santé avant la cessation des garanties telles que mentionnées à l'Article 2.3, vous rendant définitivement inapte :

- à l'exercice de votre activité professionnelle si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre,
- à vos activités constituant l'aide à votre conjoint si vous êtes *Conjoint collaborateur* non rémunéré au jour du sinistre,
- à toutes vos occupations pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas *Conjoint collaborateur* au jour du sinistre. Il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles ;

et évalue que votre taux d'invalidité (cf. 6.2 ci-après) est **supérieur ou égal à 66%**.

INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

Vous bénéficiez de cette garantie, si à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, **déjà pris en charge par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale**, le médecin conseil de l'Assureur constate la consolidation de votre état de santé avant la cessation des garanties telles que mentionnées à l'Article 2.3, vous rendant inapte à exercer à temps plein :

- tout ou partie de votre activité professionnelle pouvant vous apporter gains et profits si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre,
- tout ou partie des activités constituant l'aide à votre conjoint si vous êtes *Conjoint collaborateur* non rémunéré au jour du sinistre,
- à toutes vos occupations pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas *Conjoint collaborateur* au jour du sinistre. Il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles ;

et évalue que votre taux d'invalidité (cf. 6.2 ci-après) est **supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66%**.

6.2. Détermination du taux d'invalidité

La détermination du taux d'invalidité doit être médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur.

Le médecin désigné par l'Assureur détermine par le biais d'une expertise médicale le taux d'invalidité permanente, et ce, **indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire dont vous dépendez.**

Le taux d'invalidité est :

- la conjugaison des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle si vous exercez une activité professionnelle rémunérée ou si vous êtes *Conjoint collaborateur* non rémunéré à la date du sinistre,
- dépendant uniquement du taux d'invalidité fonctionnelle si vous n'exercez aucune activité professionnelle rémunérée et si vous n'êtes pas *Conjoint collaborateur* au jour du sinistre.

BAREME CONTRACTUEL D'INVALIDITE

		TAUX D'INVALIDITE FONCTIONNELLE									
		10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
TAUX D'INVALIDITE PROFESSIONNELLE	10%	10%	16%	21%	25%	29%	33%	37%	40%	43%	46%
	20%	13%	20%	26%	32%	37%	42%	46%	50%	54%	58%
	30%	14%	23%	30%	36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
	40%	16%	25%	33%	40%	46%	52%	58%	63%	69%	74%
	50%	17%	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
	60%	18%	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
	70%	19%	30%	40%	48%	56%	63%	70%	76%	83%	89%
	80%	20%	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	86%	93%
	90%	21%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	96%
	100%	22%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

Barème de la garantie Invalidité Permanente Partielle

Barème de la garantie Invalidité Permanente Totale

Le **taux d'invalidité professionnelle** est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité par rapport à votre profession. Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à la *Maladie* ou à l'*Accident*, des conditions d'exercice normales et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le **taux d'invalidité fonctionnelle** est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique, suite à votre *Accident* ou à votre *Maladie*. Il est fixé d'après le barème indicatif des incapacités en vigueur au jour du sinistre, publié par le Concours médical.

A la *Date de consolidation* de votre état de santé si le taux d'invalidité contractuel retenu est :

- égal ou supérieur à 66%, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), dans les limites fixées à l'article 6.3 ci-après,
- supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66%, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), si vous bénéficiez de cette garantie, dans les limites fixées à l'article 6.3 ci-après
- inférieur à 33%, les prestations cessent.

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

En tout état de cause :

- votre état de santé doit être consolidé avant la date à laquelle vous faites valoir vos droits à une pension et au plus tard à la date de votre 67^{ème} anniversaire ou si vous avez choisi l'option UGIP PLUS à la date du 31/12 de l'année suivant votre 70^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur. L'option UGIP PLUS doit figurer sur votre certificat d'adhésion pour que la garantie soit prolongée entre votre 67^{ème} et votre 70^{ème} anniversaire. La prise en charge des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de votre invalidité proportionnellement à cette durée.

6.3. Prestations

L'*Assureur* prend en charge les prestations, selon la Franchise souscrite à l'adhésion à compter du 61^{ème}, 91^{ème} ou du 181^{ème} jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour d'arrêt de travail.

6.3.1 Base de calcul

L'indemnité versée par l'*Assureur* est calculée suivant l'option choisie par l'*Assuré* à l'adhésion :

- **Pour les Prêts amortissables et les Prêts à paliers** : sur la base des échéances de Prêt affectées de la *Quotité assurée*, si vous avez opté pour l'I.P.T. Rente.

Dans ce cas, les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales. L'*Assureur* verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés.

Pour les Prêts relais et in fine, ainsi que le cas échéant, pendant la période de différé d'amortissement pour les Prêts amortissables, seules les échéances d'intérêts sont prises en charge par l'*Assureur*.

Pour les Prêts locatifs, la prise en charge correspond au montant de l'échéance de Prêt déduit du *Loyer théorique*. Les garanties I.P.T. et I.P.P. couvrant les prêts locatifs feront l'objet d'une tarification minorée.

Pour les crédits-bails, seuls les loyers sont pris en charge.

L'*Echéance* ne couvre pas, le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement Crédit-bail. En aucun cas, le remboursement anticipé partiel du capital intervenant pendant une période d'I.P.T. ou d'I.P.P. n'est pris en charge par l'*Assureur*.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé, tels que prévus sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant à l'adhésion entériné par l'Assureur.

- sur la base du *Capital Restant Dû* à la date de la reconnaissance de l'I.P.T. par l'*Assureur*, si vous avez souscrit l'I.P.T. Capital, dans la limite du montant garanti tel qu'indiqué au certificat d'adhésion.

Dans ce cas, l'*Assureur* prend en charge :

Pour les Prêts amortissables, les Prêts à paliers et les Prêts in fine : 100% du *Capital Restant Dû* (multiplié par la *Quotité assurée*) au jour de la reconnaissance de l'état d'I.P.T. par l'*Assureur*, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'*Assureur*. Concernant les Prêts à paliers intégrant les Prêts achat-revente, si l'*Assuré* est reconnu en état d'I.P.T. avant le remboursement anticipé partiel et programmé du capital provenant de la vente de l'ancien bien de l'*Emprunteur*, le versement est effectué sur la base du *Capital Restant Dû* déduction faite de ce remboursement programmé.

- **Pour les contrats de crédit-bail** : la somme des loyers restant dus au jour de la reconnaissance de l'état d'I.P.T. par l'*Assureur*, augmentée de la valeur résiduelle du bien financé, conformément à l'échéancier de loyers en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'*Assureur*.
- **Le versement sous forme de capital en cas d'I.P.T. met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que le capital versé au titre de l'I.P.T. soit égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/P.T.I.A.**

- **Si le capital versé au titre de l'I.P.T. est inférieur au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/P.T.I.A. , l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès et P.T.I.A., pour un montant égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée Décès/P.T.I.A., déduction faite du capital déjà versé au titre de l'I.P.T.**

Souscription simultanée des garanties I.P.T. et I.P.M. :

- Dans le cas particulier, où, lors d'un Sinistre, l'*Assuré* serait reconnu simultanément par l'*Assureur* en état d'I.P.T. et d'I.P.M. , le *Capital Restant Dû* multiplié par la *Quotité assurée* au titre des garanties I.P.T. et I.P.M. ne sera versé qu'une fois, au titre de la garantie I.P.M. Ce versement mettra fin aux garanties I.P.T. , I.P.P. et I.P.M.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenant pendant la prise en charge d'un sinistre par l'*Assureur* au titre de l'une des garanties,
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,
- les échéances des remboursements de Prêts ayant un différé total d'une durée supérieure à 36 mois, sauf pour les Prêts à taux zéro,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur,
- le remboursement du capital pour les Prêts relais et les Prêts in fine,
- l'option d'achat pour les crédit-bail.

6.3.2 Montant des prestations

L'indemnité versée par l'Assureur est fonction du tableau ci-dessous.

Garanties	Taux de prise en charge des échéances de Prêt
I.P.T.	100 %, dans la limite des montants indiqués au certificat d'adhésion
I.P.P.*	(N-33)/33, où N est le taux d'invalidité de l'assuré défini entre son taux d'invalidité professionnelle et son taux d'invalidité fonctionnelle (pour les sans activité au jour du sinistre, uniquement le taux d'invalidité fonctionnelle)

* Si l'Assuré a souscrit la garantie I.P.P., l'indemnité versée par l'Assureur s'effectuera toujours sur la base des échéances de Prêt affectées de la Quotité assurée.

6.4. Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

Les garanties, Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) cessent contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3.

Les prestations dues au titre de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) cesseront également d'être versées dans les cas ci-après :

- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'Assureur lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par l'Assureur, indispensables à la poursuite de l'indemnisation.

Garanties	Cas de cessation de versement des prestations
Pour l'I.P.T. rente	<ul style="list-style-type: none">dès que vous reprenez votre activité professionnelle à temps complet,si votre taux d'invalidité devient strictement inférieur à 66% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par l'Assureur.
Pour l'I.P.P.	<ul style="list-style-type: none">dès que vous reprenez votre activité professionnelle, à temps complet.si votre taux d'invalidité devient strictement inférieur à 33% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par l'Assureur.

Les prestations au titre de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) sont liées à la justification du degré d'invalidité, qui a ouvert droit à la prestation. Toute modification (aggravation ou amélioration) de cet état d'invalidité entraîne la modification correspondante de la prestation telle que définie au point 6.2 ci-avant.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du Prêt pendant la période d'I.P.T. ou d'I.P.P. ne sera pas prise en compte. Celle-ci sera différée à la fin de la période de prise en charge de l'I.P.T. ou de l'I.P.P. et sous réserve d'une nouvelle sélection médicale et de l'acceptation par l'Assureur.

ARTICLE 7 : LES GARANTIES INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.) et INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.)

7.1. Définitions des garanties

7.1.1. INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.)

A la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident* et sur prescription médicale, vous êtes temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle. En outre vous ne devez exercer aucune autre activité ou occupation même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit.

Si vous êtes sans activité professionnelle au jour du sinistre, vous devez être temporairement dans l'impossibilité totale et continue médicalement constatée d'effectuer, toute occupation quotidienne,

usuelle et de réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

Vous bénéficiez de cette garantie tant que votre état de santé n'est pas consolidé, et dans la limite de 1095 jours à compter de la date à laquelle vous vous êtes vu prescrire un repos complet et continu. L'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

7.1.2. INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.)

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant, l'Assureur, après une Incapacité totale de travail, versera pendant 6 (six) mois maximum les arrrages de remboursement ou les loyers en cas de crédit-bail venant à échéance à hauteur de 50% du montant garanti sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins 2 (deux) mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale au titre de cette adhésion.

Le versement des prestations est suspendu durant le Congé légal de maternité de l'Assurée, qu'elle soit ou non salariée. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'Assurée ne peut pas reprendre son activité du fait de son état pathologique, les garanties de l'adhésion reprendront à compter de l'expiration du congé sous réserve qu'avant le début de ce congé, l'Assurée ait été indemnisé pendant au moins 2 (deux) mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.

7.2. Prestations

L'Assureur prend en charge les prestations, selon la Franchise souscrite à l'adhésion à compter du 61^{ème}, 91^{ème} ou du 181^{ème} jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

L'Assureur n'applique pas de nouvelle franchise si, après une période d'incapacité de travail (I.T.T.) indemnisée par ses soins, vous avez repris une activité professionnelle pendant moins de 60 (soixante jours) et si vous êtes de nouveau en incapacité de travail pour la même *Maladie* ou le même *Accident*. Dans tous les autres cas, l'Assureur applique à nouveau la franchise souscrite à l'adhésion.

En cas d'I.T.T. ou d'I.T.P. donnant droit aux versements des échéances telles que définies ci-dessus, les garanties souscrites sont maintenues avec exonération totale du paiement des cotisations pendant la durée de versement de l'indemnité. La franchise est celle de l'option choisie par l'Assuré, à l'adhésion, pour la garantie I.T.T. **Cette garantie Exonération des cotisations est comprise dans vos cotisations.**

7.3. Base de calcul

L'indemnité versée par l'Assureur est calculée sur la base des échéances de Prêt selon le type de financement au moment du sinistre, affectées de la Quotité assurée dans la limite du montant d'échéance garanti mentionné sur votre certificat d'adhésion.

Pour les Prêts relais et in fine, ainsi que le cas échéant, pendant la période de différé d'amortissement pour les Prêts amortissables, seules les échéances d'intérêts et les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'Assureur.

Pour les crédits-bails, les échéances prises en compte sont les loyers venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement dans la limite du montant d'Echéance garanti mentionné sur votre certificat d'adhésion.

Pour les Prêts locatifs, la prise en charge correspond au montant de l'échéance de Prêt déduit du Loyer théorique. Les garanties I.T.T. /I.T.P. couvrant les prêts locatifs.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales. L'Assureur verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenant pendant la prise en charge d'un sinistre par l'Assureur au titre de l'une des garanties I.T.T. ou I.T.P.,
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,
- les échéances des remboursements de Prêts ayant un différé total d'une durée supérieure à 36 mois, sauf pour les Prêts à taux zéro,
- les retards de paiement d'Echéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur,
- le remboursement du capital pour les Prêts relais et les Prêts in fine,
- l'option d'achat pour le crédit-bail

7.4. Montant des prestations

L'indemnité versée par l'Assureur est fonction du tableau ci-dessous.

Garanties	Taux de prise en charge des échéances de Prêt
I.T.T.	100 %
I.T.P.	50%

Le montant total des indemnités assurés par l'Assureur, tous contrats d'assurances de financement auprès de l'Assureur et tous réseaux distributeurs confondus, est limité (sauf dérogation) par Assuré, à :

- **10 500 (dix mille cinq cents) euros par mois, au titre de la garantie I.T.T.**

Et cela dans la limite des montants indiqués au certificat d'adhésion.

7.5. Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

Les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), et Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) cessent contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3.

Les prestations dues au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), et Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) cesseront également d'être versées dans les cas ci-après :

- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'Assureur lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par l'Assureur, indispensables à la poursuite de l'indemnisation,
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'impossibilité totale physique ou mentale de travailler, ou d'accomplir vos tâches quotidiennes usuelles si vous n'exercez pas une activité professionnelle au moment du sinistre,
- à la *Date de consolidation* de votre état de santé,
- dès que vous reprenez votre activité professionnelle,
- au 1096^{ème} jours à compter de la date à laquelle vous êtes vu prescrire un repos complet et continu.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du Prêt pendant la période d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) ou d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) ne sera pas prise en compte.

MATERNITE : 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,

- si avant le début de ce congé, l'Assurée était indemnisée par l'Assureur dans le cadre du présent contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'Assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites fixées pour les garanties I.T.T., I.T.P.

ARTICLE 8 : OPTIONS FACULTATIVES : MNO et UGIP PLUS

8.1. L'OPTION MNO

Cette option peut être souscrite en complément des garanties I.T.T./I.T.P./I.P.T./I.P.P. et I.P.M., uniquement au moment de l'adhésion.

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègement des exclusions en cas d'incapacité ou d'invalidité, mentionnées à l'Article 10 : les sinistres résultant de toutes les maladies neuropsychiatriques énumérées à cet article, ou résultant d'une atteinte disco-vertébrales (cervicale, dorsale, lombaire ou sacrée), ou paravertébrales ou des racines nerveuse, ou toutes ostéoporoses du rachis ou des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires, sont couverts **sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.**

8.2. L'OPTION UGIP PLUS

Cette option peut être souscrite en complément des garanties I.T.T./I.T.P./I.P.T./I.P.P. et I.P.M., uniquement au moment de l'adhésion et permet une extension de couverture de garantie du 31/12 de l'année suivant le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré au 31/12 de l'année suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

ARTICLE 9 : LA GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS

Vous bénéficiez de la garantie invalidité spécifique AERAS, lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- votre état de santé est consolidé, votre taux d'incapacité/d'invalidité fonctionnelle tel que défini à l'article 6.2 ci-avant, apprécié par le médecin désigné par l'Assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70%.

La prestation garantie, l'âge limite à respecter à l'adhésion pour pouvoir bénéficier de cette garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion contractuelles sont identiques à celles définies pour les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), Invalidité Professionnelle Médicale (I.P.M.) à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de l'Assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

La garantie Invalidité Spécifique AERAS garantit les suites et conséquences des seules Affections déclarées, dont l'Assureur a eu connaissance lors de l'admission à l'assurance.

Le paiement des prestations cesse :

- **à défaut de présentation des justificatifs requis par l'Assureur**, pour la poursuite de l'indemnisation,
- **en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'Assureur** lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- **dès que**, par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, **votre taux d'incapacité fonctionnelle devient strictement inférieur à 70 %**,
- **dès que vous reprenez une activité professionnelle**, même à temps partiel **ou que suite à un contrôle médical initié par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer une activité professionnelle ou non professionnelle**, même partielle.

ARTICLE 10 : LES EXCLUSIONS ET LIMITES DE PRISE EN CHARGE

Exclusions :

L'Assureur couvre à titre principal les risques de Décès (DC), de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), et à titre facultatif les risques d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), Invalidité Professionnelle Médicale (I.P.M.) et, le cas échéant, la garantie invalidité spécifique AERAS, **sous les réserves prévues par le Code des Assurances et à l'exclusion des suites et conséquences des événements indiqués dans le tableau ci-après. Attention, les exclusions dépendent des garanties pour lesquelles vous êtes assuré.**

EVENEMENTS	Décès Accidentel Décès toutes causes Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) Invalidité Professionnelle Médicale (I.P.M.) Invalidité spécifique AERAS (G.I.S.)
Le suicide de l'assuré s'il survient lors de la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion, sauf si le prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré. Dans ce cas toutefois, seul le montant du prêt dans la limite du plafond défini à l'article R.132-5 du Code des Assurances est garanti. En cas de modifications apportées aux garanties (augmentation des capitaux assurés ou remise en vigueur de l'adhésion), le suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de la modification apportée aux garanties.	✓	✓
L'assurance n'est pas accordée au profit du bénéficiaire condamné pour avoir causé volontairement le décès de l'assuré (article L.132-24 du Code des Assurances).	✓	✓
Les guerres civiles ou étrangères, émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou rixes. Toutefois, 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 si cette participation résulte de l'exercice de sa profession, préalablement garantie par l'Assureur lors de l'adhésion au Contrat.	✓	✓
Les suites et conséquences directes ou indirectes d'accidents liés à la modification de la structure du noyau atomique ainsi que les conséquences directes ou indirectes d'accidents liés aux rayonnements nucléaires et ionisants ou de la transmutation de l'atome qui ne sont pas en rapport avec un traitement médical.	✓	✓
Les risques aériens se rapport 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 paris, défis, raids et tentatives de records pouvant porter atteinte à l'intégrité physique de la personne.	✓	✓
Les sports de neige pratiqués sur pistes non réglementées, non ouvertes et non accessibles en remontées mécaniques.	✓	✓
Le saut à l'élastique, la tyrolienne géante, le zip line. Toutefois, cette exclusion n'est pas applicable si ces activités sportives sont encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que le bénéficiaire de la prestation établit que la pratique de l'activité par l'Assuré a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.	✓	✓
Les Accidents et Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature du questionnaire de santé et non déclarés à l'Assureur (sauf les pathologies relevant du dispositif légal du « droit à l'oubli »).	✓	✓
L'usage de médicaments, de stupéfiants, de tranquillisants et/ou de drogues non prescrits par une autorité médicale, ou à des doses non prescrites.	✓	✓
Les Accidents ou Maladies résultant du fait volontaire de l'Assuré, y compris les tentatives de suicide ou de mutilation.		✓
L'incapacité temporaire totale, l'incapacité temporaire partielle, l'invalidité permanente totale, l'invalidité permanente partielle ou l'invalidité des professions médicales ne résultant pas d'un accident ou d'une maladie.		✓
Les accidents ou maladies pour lesquels l'Assuré refuse de se soumettre à un traitement médical rationnel et adéquat.		✓
L'imprégnation alcoolique reconnue médicalement et les accidents résultant de l'alcoolisme chronique de l'Assuré ou d'un état d'ivresse de l'Assuré caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur au taux d'alcoolémie prévu par la législation du code de la route en vigueur à la date de survenance de l'accident.		✓
Les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice ou réparatrice consécutive à un Accident ou à une Maladie couvert par l'Adhésion.		✓

La fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, et les Affections psychiatriques (les troubles psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, les troubles obsessionnels compulsifs, les psychoses, les états dépressifs et les dépressions de toute nature, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les troubles de l'alimentation, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles délirants, les états de stress aigus et chroniques (syndrome de stress post-traumatique), le surmenage, le burn-out, les troubles bipolaires, sauf si ceux-ci nécessitent une hospitalisation de plus de 9 jours continus.
La souscription de l'option MNO permet de couvrir ces affections sans condition d'hospitalisation.



Les affections du dos (les affections rachidiennes, discales ou vertébrales, les lombalgies, les sciatiques, les hernies discales, les dorsalgies, les cervicalgies, les sacro-coxalgies, les cruralgies, les névralgies cervico-brachiales) qu'elle qu'en soit la cause ou l'origine, sauf si elles résultent d'une fracture ou d'un processus tumoral, ou qu'elles nécessitent une intervention chirurgicale ou une hospitalisation de plus de 5 jours continus.
La souscription de l'option MNO permet de couvrir ces affections sans condition d'hospitalisation ni d'intervention chirurgicale.



En outre, sont également exclues les activités sportives suivantes :

- la pratique de tout sport réalisée à titre professionnel ou sous contrat rémunéré, hors éducation nationale ;
- les sports aériens et/ou l'utilisation de tout engin aérien y compris avion, hélicoptère, planeur, vol à voile, parachutisme, deltaplane, parapente, ULM, montgolfière, waterjump, kitesurf, flysurf, winboard, funboard et sports de montagne aériens ;
- la pratique de toute activité sportive avec usage d'engin à moteur terrestre (voiture, moto, camion...) ;
- les activités sportives en eaux vives : canyoning, rafting, hydrospeed ;
- la plongée sous-marine sauf si celle-ci est pratiquée :
 - à moins de 10 mètres de profondeur sans bouteille ;

ou

- à moins de 30 mètres de profondeur avec bouteille en groupe, hors exploration de grotte ou d'épave ;

- la navigation maritime et les activités nautiques :

- à plus d'un 1 mille des côtes pour la planche à voile, le scooter des mers, le kayak ou aviron des mers ;
- à plus de 25 milles des côtes, les engins à voile ou à moteur avec le permis correspondant ;

- les sports de neige, de montagne, de glace et d'alpinisme pratiqués au-delà de 3.500 mètres, d'escalade de niveau supérieur à 5 ;

- la spéléologie ;

- les sports de combat et arts martiaux suivants en compétition : la boxe (anglaise, thaï, américaine, française, full contact...), le judo, le jiu-jitsu, la lutte (gréco-romaine, brésilienne...) ;

- les sports équestres sauf la randonnée, la promenade, le manège, le dressage, le travail à pied.

Toutefois, les exclusions précédentes ne sont pas applicables dans les cas suivants :

- si ces activités sportives sont déclarées lors de l'adhésion et ont fait l'objet de l'acceptation expresse de l'Assureur et le cas échéant d'une tarification spécifique ;

OU

- si ces activités sportives sont encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que le bénéficiaire de la prestation établit que la pratique de l'activité par l'Assuré a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.



 Exclusion applicable

 Exclusion non applicable

ARTICLE 11 : TERRITORIALITE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le MONDE ENTIER, pour tout déplacement (à titre personnel, professionnel ou humanitaire) à l'étranger sans limitation en termes de durée de séjour.

Cependant, il est expressément stipulé que pour les *Assurés* résidant fiscalement hors du territoire français, les prestations au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.), d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), d'Invalidité Professionnelle (I.P.M.) et, le cas échéant, la garantie Invalidité Spécifique AERAS ne sont servies par l'*Assureur* que si l'état de santé de l'*Assuré* est médicalement constaté en France (France métropolitaine, Corse et DOM-COM), les frais de déplacement engagés par l'*Assuré* pour s'y rendre restent à sa charge. « En cas d'impossibilité totale de l'*Assuré* de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical) un expert français pourra être diligenté par l'*Assureur* sur le territoire concerné. Les frais de déplacement de l'expert resteront à la charge de l'*Assuré* sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par l'expert français.

ARTICLE 12 : LES BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le *Prêteur* est Bénéficiaire acceptant des prestations garanties, à concurrence des sommes qui lui sont dues.

Si l'objet de la couverture est une prévoyance adossée à un *Prêt*, le surplus éventuel est versé selon la clause standard :

Au conjoint de l'*Assuré*, non décédé, non divorcé, non séparé de corps ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés en cas de décès, par parts égales entre eux, à défaut aux parents par parts égales entre eux, à défaut aux héritiers ou ayants droit par parts égales entre eux ou selon une clause particulière permettant le versement au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s).

Cette modalité est réservée à l'*Assuré* qui désigne le *Prêteur* comme *Bénéficiaire* pour une quotité inférieure à 100% des montants garantis au titre de la présente adhésion.

Elle permet à l'*Assuré* de désigner un ou plusieurs *Bénéficiaire(s)* de son choix, autre que le *Prêteur*, pour une Quotité qu'il aura déterminée.

La Quotité assurée au bénéfice du *Prêteur* additionnée à celle assurée ne doit pas dépasser 100% du montant du capital emprunté.

Le(s) *Bénéficiaire(s)* sont nommés dans la demande d'adhésion où doit figurer, le Nom, Prénom, Date de naissance et lieu de naissance et adresse de la/des personne(s) désigné(s).

Le(s) *Bénéficiaire(s)* sont modifiables pendant toute la durée de l'adhésion. La désignation peut être faite sous seing privé (lettre) ou par acte authentique (testament chez un notaire) ou par avenant. Cette modification doit être adressée à UGIP ASSURANCES, 73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS par voie postale dûment daté, signé informant de cette nouvelle désignation bénéficiaire (aucune modification ne pourra intervenir sans l'accord du bénéficiaire acceptant).

En l'absence de clause bénéficiaire conforme ou en cas de caducité de la clause particulière au jour du décès de l'*Assuré*, les sommes dues seront versées conformément à la clause contractuelle standard reprise ci-dessus.

Par ailleurs, en cas de pluralité de *Bénéficiaires* de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part lui ou leur revenant sera répartie entre le(s) *Bénéficiaire(s)* survivant(s) de même rang au prorata de leurs parts respectives.

Enfin, en cas de prédécès de tous les *Bénéficiaires* désignés, la clause contractuelle standard s'applique en lieu et place de la clause particulière, conformément aux conditions générales du contrat.

L'objet de la couverture prévoyance adossée à un *Prêt* doit être défini au moment de l'adhésion.

COMMENT ADHERER AUX GARANTIES ?

ARTICLE 13 : LES CONDITIONS POUR ADHERER

13.1. Adhérent et personnes assurables

Pour pouvoir être *Adhérent* au contrat, vous devez :

- Soit être une personne physique âgée de plus de 18 ans à la date d'adhésion, soit être une personne morale,

- Résider en France Continentale, dans les DROM-COM, la Corse, dans l'Union Européenne et le Royaume Uni et la Suisse. Sauf dérogation de l'*Assureur*.

- Avoir contracté un *Prêt* ou un crédit-bail ou être *Caution* d'un *Prêt* ou d'un crédit-bail libellé en Euros et rédigé en français auprès du *Prêteur*, d'un montant minimum de 10 000 euros.

Pour être assuré, vous devez :

- Résider en France Continentale, dans les DROM-COM, la Corse, dans l'Union Européenne, et le Royaume Uni et la Suisse. Sauf dérogation de l'*Assureur*.

- Être *Emprunteur*, *co-Emprunteur* ou *Caution* d'une personne physique ou d'une personne morale,

- Avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant conformément à l'Article 14,

Être âgé au jour de l'adhésion de plus de 18 ans, et demander votre adhésion **au plus tard** selon les limites d'âge suivantes :

Risques couverts	Limite d'adhésion
Décès (DC)	à la date exacte de votre 85 ^{ème} anniversaire.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	A la date exacte de votre 67 ^{ème} anniversaire.
Invalidité Professionnelle Médicale (I.P.M.)	A la date exacte de votre 67 ^{ème} anniversaire et avant votre départ en retraite ou pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail.
Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) ou Invalidité spécifique AERAS (G.I.S.)	
Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)	
Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)	
Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)	

13.2. Montant maximum assurable

Le montant total des capitaux assurés par l'*Assureur*, tous contrats d'assurances de financement auprès de l'*Assureur* et tous réseaux distributeurs confondus, est limité (sauf dérogation) par *Assuré*, à :

- **3 000 000 (trois millions) euros** au titre des garanties **Décès** et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (**P.T.I.A.**),
- **10 500 (dix mille cinq cents) euros** par mois au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (**I.T.T.**), Incapacité Temporaire Partielle (**I.T.P.**), Invalidité Permanente Totale avec versement en rente (**I.P.T. Rente**), Invalidité Permanente Partielle (**I.P.P.**).
- **3 000 000 (trois millions) euros** au titre de la garantie Invalidité Professionnelle Médicale (**I.P.M.**) et de l'Invalidité Permanente Totale avec versement en capital (**I.P.T. Capital**), jusqu'au 31/12 de l'année du 55^{ème} anniversaire de l'*Assuré* à l'adhésion. Au-delà de cet âge 1 000 000 € maximum assuré.

Le montant total des capitaux assurés par l'*Assureur* tient compte :

- de tous les capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion,
- et des nouveaux capitaux à assurer.

Quel que soit le contrat, la dette est couverte, pour chaque *Assuré*, à concurrence du montant emprunté multiplié par la quotité choisie qui est au maximum de 100 %.

13.3. Pluralité d'Assurés au titre d'un même contrat de Prêt

L'*Assureur* limite ses garanties au montant des prestations qui seraient dues pour un *Assuré* avec une quotité de 100%, en cas de sinistre atteignant en même temps plusieurs *Assurés* pour un même financement.

En cas de Décès simultané de plusieurs *Assurés*, les prestations réglées correspondent au solde du *Capital Restant Dû* au *Prêteur* dans la limite des montants garantis et sans que le total des prestations puisse être supérieur au solde du *Capital Restant Dû*.

En cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) de l'un des *Assurés* dont la Quotité assurée est de 100%, le *Capital Restant Dû* est versé une seule fois, les autres *Assurés* cessant d'être garantis.

En cas d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), ou d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ou d'Invalidité Profession Médicale (I.P.M.) simultanées des Assurés, les prestations sont réglées conformément aux dispositions de l'Article 6 ci-avant, affectées de la *Quotité assurée* sur chaque tête, et ne sauraient excéder le cumul entre les Assurés et, pendant toute la période garantie, 100% des échéances du Prêt.

Dans tous les cas, le montant des prestations réglées au Prêteur ne peut être supérieur au montant du *Capital Restant Dû*. Le solde éventuel est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) à l'article 12 ci-avant.

En outre, aucune prestation ne sera versée par l'Assureur au *Bénéficiaire* de l'objet de la couverture d'une prévoyance adossée à un Prêt, dès lors que le capital, les échéances de remboursement ou de loyers dus par les Assurés sont intégralement payés au Prêteur.

13.4. Prêts assurables

Le contrat couvre (sauf dérogation de l'Assureur) les Prêts immobiliers ou professionnels, tels que :

- Les Prêts amortissables (y compris les prêts locatifs et les prêts à la consommation) à taux fixe ou variable, d'une durée restante maximum de 30 ans, différé d'amortissement éventuel non compris
- Les Prêts in fine d'une durée maximum de 20 ans
- Les Prêts relais d'une durée maximale de 36 mois
- Les crédits-bails.

Ne sont pas éligibles aux garanties du présent contrat les types de Prêts suivants :

- Les découverts bancaires et facilités de caisse
- Les Prêts viagers hypothécaires
- Les Prêts garantis par l'Etat (P.G.E.).

Les prêts doivent être libellés en Euros ou en Francs Pacifiques convertis en euros.

ARTICLE 14 : LES FORMALITES POUR ETRE ASSURE

Si la part assurée sur votre encours cumulé de contrats de Prêt n'excède pas 200 000 euros et si l'échéance de remboursement du Prêt contracté intervient avant votre soixantième (60ème) anniversaire, vous n'avez aucune déclaration de santé à faire pour l'assurance des Prêts visés au 1 de l'article L.313-1 du Code de la consommation. Vous devez uniquement compléter et signer la demande d'adhésion, ainsi que le mandat SEPA et un RIB ou RICE, ou RIP. **Dans les autres cas**, vous devez compléter et signer la demande d'adhésion, le mandat SEPA et un RIB ou RICE ou RIP ainsi que le questionnaire de santé joint à la demande. Par ailleurs, quand cela est demandé, vous devrez vous soumettre aux formalités médicales précisées par l'Assureur lors de la demande. Les formalités médicales d'adhésion dépendent, pour chaque Assuré, de son âge, du montant du financement à assurer et du solde éventuel des capitaux restants assurés, tel que défini à l'article 13.2 ci-avant, au titre de financements antérieurs garantis par l'Assureur. Vos déclarations sont valables 6 (six) mois à compter de leur émission pour les nouveaux prêts et 12 (douze) mois à compter de leur émission dans le cadre d'une reprise d'assurance de Prêt (Bourquin ou Hamon). A réception du dossier de demande d'adhésion, le médecin conseil de l'Assureur peut vous demander un complément d'information ou des examens médicaux complémentaires. L'Assureur peut :

• ACCEPTER votre demande :

- au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
- sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou en refusant certaines garanties.

Si l'Assureur vous propose un taux majoré, l'exclusion de certaines pathologies ou le refus de certaines garanties, vous devrez, si vous les acceptez, marquer votre accord (bon pour accord daté signé par l'Assuré) sur la lettre de notification puis l'envoyer à l'Assureur pour validation. La proposition de l'Assureur est valable 12 (douze) mois que l'acceptation soit au tarif standard ou en cas de conditions particulières. Le Certificat d'Adhésion est émis après signature de la Demande d'Adhésion dans ce délai. **Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le Proposant.**

• REFUSER votre demande.

Attention : En cas de souscription d'un prêt relais «sec» ou si l'Adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou s'il refuse les conditions proposées par l'Assureur, les honoraires des actes médicaux demandés lors de la demande d'adhésion resteront, à sa seule charge (sauf en cas de surprime, de refus partiel ou total).

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis par le Prêteur au moment de la demande d'adhésion à l'assurance.

Si les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ou d'Invalidité Profession Médicale (I.P.M.) vous sont refusées ou vous sont accordées en excluant certaines pathologies, l'Assureur vous proposera chaque fois que cela sera possible, pour les Prêts visés par la convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.) (cf. article 9 ci-avant).

La garantie Invalidité Spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée comme telle sur la lettre de notification de l'acceptation par l'Assureur.

De plus, si l'éventuelle majoration de cotisation demandée par l'Assureur, visés par la convention AERAS, a pour effet que votre cotisation globale représente plus de 1,4 point dans le taux effectif global (T.E.G.) de votre emprunt, vous serez informé des conditions à respecter pour que celle-ci soit limitée à 1,4 point ou au taux contractuel sans majoration si ce taux est supérieur à 1,4. Ces conditions d'éligibilité à cet écrêtement des surprimes définies par la convention AERAS sont rappelées sur la lettre de notification de l'acceptation par l'Assureur.

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations déclarées et/ou fournies à l'Assureur entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

ARTICLE 15 : LES COTISATIONS D'ASSURANCE

Vous vous engagez à payer les cotisations d'assurance aux conditions fixées par l'Assureur.

Les cotisations sont déterminées à l'adhésion et sont garanties sur toute la durée du contrat. Elles pourront évoluer en cas de modification des garanties ou d'évolution législative ou réglementaire en matière sociale ou fiscale.

Lors de l'adhésion, l'Adhérent choisit entre :

- des cotisations variables : le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du *Capital Restant Dû*,
- des cotisations constantes : le montant reste fixe pendant toute la durée de l'adhésion

L'option de tarification choisie à l'adhésion est irrévocable.

La cotisation d'assurance dépend :

- du montant du prêt à la date d'effet des garanties et du montant du *Capital Restant Dû* à chaque renouvellement de l'adhésion pour les années suivantes;
- de la Quotité assurée ;
- de l'âge de l'Assuré à la date d'effet des garanties pour la première année, puis de l'âge atteint de l'Assuré à chaque renouvellement de l'adhésion ;
- de la formule choisie lors de l'adhésion ;
- des tarifs et majorations en vigueur lors de l'adhésion ;
- de la profession et du statut fumeur / non-fumeur de l'Assuré ;

L'échéancier des cotisations est fixé et communiqué lors de l'adhésion.

Les taux de cotisations sont fixés à l'adhésion et sont maintenus pendant toute la durée de l'adhésion, sous réserve de conservation des garanties souscrites. »

Pour permettre le prélèvement des cotisations d'assurance, il est nécessaire de transmettre un mandat SEPA et vos coordonnées bancaires (RIB ou RICE ou RIP).

Après un remboursement anticipé partiel, les cotisations restant dues sont recalculées sur la base du *Capital Restant Dû* après cette opération.

Le coût de l'assurance est mentionné sur l'offre ou le contrat de Prêt, ou sur l'avenant à ce contrat de Prêt en cas d'adhésion suite à substitution. Votre première cotisation est due dès la prise d'effet des garanties.

Une prise en charge au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), ou de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ou d'Invalidité Professionnelle Médicale (I.P.M.) et, le cas échéant, de la garantie Invalidité Spécifique AERAS ne suspend pas votre obligation de paiement de vos cotisations d'assurance, même si elles vous sont remboursées ultérieurement.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des assurances, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation. Les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux années de cotisation.

En cas de refus de substitution d'assurance ou de refus du (des) Prêt(s) par l'Organisme Prêteur, l'Adhérent doit déclarer à l'Assureur ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 3 mois, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) Prêt(s) perçues par l'Assureur, lors de l'Adhésion, seront alors intégralement remboursées et l'adhésion sera alors réputée ne jamais avoir pris effet.

En cas de déclaration dans un délai supérieur à 3 mois à compter de la date de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme Prêteur : l'Assureur procédera à la résiliation de l'adhésion dans les mêmes conditions qu'une résiliation faisant suite à un remboursement anticipé total du Prêt.

Paiement des cotisations

L'Adhérent doit s'acquitter des cotisations aux dates convenues et selon les modalités fixées ci-dessus. La cotisation est prélevée automatiquement sur le compte bancaire support du Prêt. A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Ce courrier rappelle que, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties et options sont suspendues.

A défaut de paiement, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours. L'Assureur informe le Prêteur du non-paiement par l'Emprunteur de sa prime d'assurance.

COMMENT METTRE EN JEU LES GARANTIES ?

ARTICLE 16 : LES DECLARATIONS DE SINISTRE

16.1. Délai de déclaration

La déclaration de sinistre au titre des garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ou Invalidité Spécifique AERAS doit intervenir le plus tôt possible et au plus tard dans les 2 (deux) ans à compter de la date de l'évènement. **Passé ce délai, si votre déclaration tardive venait à causer un préjudice à l'Assureur, vous (ou vos ayants droits) seriez alors déchu de vos droits.**

La déclaration de sinistre au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Invalidité Professionnelle Médicale (I.P.M.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) doit intervenir dans les 180 (cent quatre-vingt) jours qui suivent le premier jour d'arrêt.

Passés ces délais et dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

En tout état de cause, sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption de paiement des prestations en cours de service en faveur de l'Assuré ou l'Adhérent, l'Assureur se réserve le droit de demander à tout moment à l'Assuré, l'Adhérent ou aux Bénéficiaires désignés toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

Quelle que soit la garantie à mettre en jeu, le sinistre doit être déclaré directement à UGIP ASSURANCES :

Par mail	Par courrier
sinistres@ugip.org	SERVICE MEDICAL à l'attention du Médecin Conseil UGIP ASSURANCES 73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

16.2. Documents à fournir

Dans le cadre de l'exécution de l'adhésion, le médecin conseil de l'Assureur pourra demander à l'Assuré, ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'Assuré, agissant pour son compte, ou ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que l'Assureur s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

Les documents médicaux peuvent être adressés au médecin conseil de l'Assureur à l'adresse ci-dessus.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré, ou ses ayants droit, devra **obligatoirement** communiquer à l'Assureur tous les documents (rédigés en français) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge).

Pour la garantie DECES :

- la copie intégrale de l'acte de décès,
- le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par le médecin traitant ou à défaut le médecin ayant constaté le décès accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- Une attestation fournie par l'Assureur dûment remplie et signée par les ayants-droits de l'Assuré ;
- si le décès résulte d'un Accident ou d'une mort non naturelle, la copie du rapport de police ou de gendarmerie ou de tout autre justificatif en possession expliquant les circonstances du décès ;
- une attestation de l'organisme Prêteur indiquant le montant restant dû au jour du décès et le tableau d'amortissement au jour du décès
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à demander pour la justification du décès.

Pour la garantie PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) ou INVALIDITE PROFESSION MEDICALE (I.P.M.) :

- le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par votre médecin traitant,
- l'attestation fournie par l'Assureur dûment remplie et signée par l'Assuré ;
- si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 3ème (troisième) catégorie avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité Sociale ou la copie de la notification d'attribution de la rente Accident du travail à 100 % avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité Sociale,
- si vous êtes travailleur non salarié, la copie de la notification d'attribution d'un titre de pension d'invalidité totale et définitive à toute activité avec majoration pour tierce personne établie par la caisse d'affiliation dont vous dépendez,
- une attestation de l'organisme Prêteur indiquant le montant restant dû au jour du sinistre et le tableau d'amortissement
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour la garantie INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS (G.I.S.) :

- le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par le médecin traitant,
- si vous êtes salarié, la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 2ème (deuxième) catégorie de la Sécurité Sociale,
- si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, la copie de la notification d'attribution d'une mise à la retraite pour invalidité, d'une mise en congé longue durée (C.L.D.) ou de la perception, d'une pension d'invalidité (civile ou retraite anticipée),

- si vous êtes travailleur non salarié, la copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité totale et définitive,
- le tableau d'amortissement au jour de l'invalidité spécifique AERAS.
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour les garanties INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.), y compris Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) ou INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) :

- Le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signée par le médecin traitant,
- L'attestation fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par l'Assuré,
- la copie des certificats médicaux initiaux et de prolongation d'arrêt de travail ou d'incapacité à vos activités non professionnelles sans discontinuité dans les dates d'arrêt de travail,
- la copie des bordereaux d'indemnités journalières réglées par la Sécurité Sociale ou par la caisse dont vous dépendez y compris ceux émanant des organismes complémentaires (si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé),
- si vous êtes fonctionnaire, la copie des notifications du placement en congé de *Maladie* ordinaire (C.M.O.), en congé de longue *Maladie* (C.L.M.) et le cas échéant en congé de longue durée (C.L.D.),
- si vous êtes Conjoint collaborateur non rémunéré, un extrait K- BIS actualisé justifiant de cette qualité au jour du sinistre,
- en cas de rechute, un certificat médical établi par votre médecin traitant précisant qu'il s'agit de la même *Maladie* et/ou d'une nouvelle *Maladie* résultant du sinistre initial ainsi que la copie de l'arrêt de travail mentionnant la rechute,
- la copie de la notification d'attribution d'une pension ou rente d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité Sociale, la commission de réforme ou tout organisme assimilé dont vous dépendez,
- la copie des justificatifs de paiement de pension ou rente,
- un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail,
- le tableau d'amortissement
- Si le sinistre survient pendant la période V.E.F.A. (Vente en Etat Futur d'Achèvement) ou avant la remise des clés : Copie des débloquages de fonds successifs.
- Si le sinistre survient après la consolidation du Tableau d'Amortissement
la copie intégrale de l'offre de prêt (voire de celle du plan de financement) ;
- dans le cas d'un prêt locatif :
la copie intégrale du contrat de bail,
la copie intégrale du dernier avis d'imposition
Si le bien est déclaré à nu au jour du sinistre, en sus, une attestation sur l'honneur mentionnant notamment la date depuis laquelle il n'est pas loué.
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à demander pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

ARTICLE 17 : PRESTATIONS, CONTROLE ET EXPERTISE

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait qu'il n'existe pas de lien entre l'incapacité et l'invalidité telles que définie dans la présente notice d'information et celles retenues par la Sécurité Sociale ou tout autre caisse d'affiliation. La reconnaissance d'un état d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout autre organisme d'affiliation ne s'impose pas à l'Assureur qui est tenu par la seule définition figurant dans la présente notice d'information. Les décisions de la Sécurité Sociale ou autres caisses d'affiliation sont inopposables à l'Assureur.

17.1. Prestations

Les prestations dues aux titres des garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Invalidité Profession Médicale (I.P.M.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) sont servies selon les modalités évoquées aux articles 3, 4, 5, 6 et 7 ou 9 ci-avant.

Les prestations liées aux garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Invalidité Profession Médicale (I.P.M.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ne sont servies que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en FRANCE (France métropolitaine, Corse et DROM-COM), les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du médecin conseil de l'Assureur et celles de la Sécurité Sociale ou de tout autre régime obligatoire dont dépend l'Assuré.

17.2. Contrôle médical, Expertise médicale et Tierce Expertise

Le médecin conseil de l'Assureur peut à tout moment procéder à un contrôle médical en demandant toutes pièces qu'il estimera nécessaire que cela soit au moment de la mise en jeu d'une des garanties ou en cours de prise en charge.

De même, le médecin conseil de l'Assureur, en cas de sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS (G.I.S.), Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Invalidité Profession Médicale (I.P.M.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), peut, à tout moment, contrôler votre état de santé en diligentant auprès du médecin expert de son choix, agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France une expertise médicale, à ses frais. Vous pouvez vous présenter seul à cette expertise ou si vous le souhaitez, être accompagné du médecin de votre choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France, à vos frais. Quel que soit votre choix, vous devez apporter votre entier dossier médical.

Les conclusions de l'expertise diligentée par l'Assureur peuvent amener à la cessation du versement des prestations et le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées. Si vous vous opposez à un contrôle médical ou expertise médicale, la garantie sollicitée ne pourra pas produire ses effets ou le paiement des prestations cessera immédiatement.

A la suite de l'expertise médicale, vous pouvez contester la décision du médecin expert par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à l'Assureur dans un délai de 30 jours après en avoir eu connaissance.

L'Assureur vous proposera alors de vous soumettre à une nouvelle expertise confiée à un tiers expert. Le choix de ce tiers expert intervient d'un commun accord entre vous et l'Assureur. Ce choix pourra se faire parmi une liste d'experts inscrits auprès de la cour d'appel de votre domicile.

Les honoraires de ce tiers expert sont répartis pour moitié par parts égales entre vous et l'Assureur. Vous pouvez vous faire assister lors de l'expertise par toute personne de votre choix, y compris un médecin. L'Assureur peut aussi se faire assister par un médecin lors de cette expertise. Chacun conserve à sa charge les honoraires inhérents à cette représentation et ses frais. Le paiement des prestations est suspendu tant que cette procédure est en cours. Les conclusions de l'expertise contradictoire s'imposeront à l'Assureur et à l'Assuré.

QUE FAIRE EN CAS DE MODIFICATION DU CONTRAT ?

Modification de la situation personnelle de l'Assuré :

Sous réserves des dispositions de l'Article 10 et de l'Article 16, les modifications de situation personnelle de l'Assuré en cours d'adhésion n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions. Dans le cadre de la garantie Invalidité Profession Médicale (I.P.M.), il convient de déclarer tout changement de profession en cours d'adhésion.

Modification du contrat de financement :

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des Prêts couverts par le présent contrat en cours d'adhésion, l'Assuré doit en informer l'Assureur dès qu'il en a connaissance et lui transmettre le justificatif de l'Organisme Prêteur (Tableau d'amortissement et attestation) par lettre recommandée avec accusé de réception et au maximum dans un délai de quatre (4) mois. En cas de déclaration hors délai, l'Assureur procédera à l'émission d'un avenant au Certificat d'Adhésion à la date de réception. En cas de remboursement anticipé total : l'Assureur procédera à la résiliation de l'adhésion et remboursera la fraction des cotisations payées couvrant la période postérieure à la date de remboursement anticipé.

En cas de remboursement anticipé partiel : L'Assureur procèdera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du Prêt et pourra être amenée à rembourser une fraction des cotisations payées. Dans tous les cas, la rétroactivité sera limitée à quatre (4) mois. En cas de déclaration hors délai, L'Assureur procèdera à l'émission d'un avenant au Certificat d'Adhésion à la date de réception. En cas de modification du capital assuré intervenant avant la prise d'effet des garanties, l'Assureur se réserve le droit d'exiger de nouvelles formalités médicales ou complément d'information Si l'Assuré ne se soumet pas au(x) demande(s) de l'Assureur, ce dernier se réserve le droit de refuser la modification du capital. Dès lors que l'adhésion a pris effet, vous n'avez aucune nouvelle formalité d'adhésion à accomplir si, après modification du contrat de financement assurable, l'ensemble des conditions suivantes sont remplies :

- la durée du financement n'est pas prorogée de plus de 4 ans,
- l'augmentation du capital assuré n'excède pas 45 000 euros (quarante-cinq mille euros) à la date de modification du financement, en particulier en cas de changement de Quotité assurée.

Ces conditions s'appliquent également dans le cas où un plan de règlement d'une situation de surendettement serait mis en œuvre.

Si l'une de ces deux conditions n'est pas remplie, vous devez compléter une nouvelle demande d'adhésion assujettie aux mêmes dispositions que lors d'une demande d'adhésion initiale (cf. Article 14).

Tant que l'Assureur n'a pas statué sur cette nouvelle demande d'adhésion ou si vous refusez ou ne donnez pas suite aux nouvelles conditions de couverture proposées par l'Assureur pour la prise en compte de cette modification, vous restez garanti aux conditions précédemment en vigueur.

Modification des garanties :

Les demandes de modifications des garanties ou diminution de la Quotité assurée par l'Assuré ne pourront être effectuées sans le consentement exprès de l'Organisme Prêteur. Elles peuvent donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion, à un délai d'attente de trois (3) mois sur l'augmentation des garanties et sont soumises à l'accord de l'Assureur.

BON A SAVOIR

ARTICLE 18 : PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances, reproduits ci-après :

Article L 114-1 : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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 Adécédé.

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 L114-2 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (prévues par le Code Civil, aux articles 2240 à 2249, à savoir : commandement de payer, assignation devant un tribunal, même en référé, une saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait) 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 ou d'un envoi recommandé électronique 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 L114-3 : « 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.

ARTICLE 19 : CONTINUITÉ DU CONTRAT CE/20 015

En cas de résiliation du contrat, contracté entre l'Assureur et L'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP) pour son compte, toutes les garanties accordées au titre du contrat résilié sont maintenues aux Assurés de ce contrat dans les conditions de cette notice d'information. Les cotisations continuent d'être dues.

Conformément à l'article L. 141-6 du Code des assurances, en cas de dissolution ou de liquidation de L'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP), le contrat se poursuit de plein droit entre l'Assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat d'assurance de groupe.

ARTICLE 20 : CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur et du Gestionnaire visé à l'article 21 ci-après est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.

ARTICLE 21 : GESTION DU CONTRAT CE/20 015

L'Assureur a délégué la gestion de son contrat CE/20 015 à UGIP ASSURANCES pour recevoir, en ses lieux et places, avis et communications pour accepter les risques, opérer tout règlement, et plus généralement, assurer toute opération nécessaire à leur gestion.

Pour toutes questions relatives à ce contrat, votre interlocuteur privilégié est UGIP ASSURANCES.

ARTICLE 22 : RECLAMATIONS - MEDIATION (réservée aux adhérents personnes physiques)

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

Vous pouvez à tout moment vous adresser à votre conseiller habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de votre adhésion. Si le litige éventuel demeure, vous pouvez adresser une réclamation écrite. Selon l'objet de votre réclamation, le service en charge de son traitement différera.

Pour toute réclamation relative aux circonstances de la conclusion de votre adhésion (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil), vous pouvez contacter votre interlocuteur habituel.

Si le litige persiste ou pour toute autre réclamation portant sur la gestion de l'adhésion ou d'un sinistre, vous pouvez formuler votre réclamation auprès de **UGIP ASSURANCES** :

Par courrier

UGIP ASSURANCES

SERVICE GESTION DES RECLAMATIONS

OFFRE UGIP PREMIUM

73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

Le destinataire de la réclamation (UGIP ASSURANCES) s'engage à accuser réception de la demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à y apporter une réponse au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont vous serez alors informé). Si la réponse apportée par UGIP ASSURANCES à votre première réclamation ne vous satisfait pas, **vous pouvez formuler une deuxième (2ème) réclamation auprès de l'Assureur** :

Nature de la réclamation	Par courrier ou par mail
d'ordre administratif	<p>PREPAR-VIE - CELLULE PREVOYANCE</p> <p>Immeuble LE VILLAGE 1, Quartier VALMY, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 PARIS LA DEFENSE CEDEX.</p> <p>service-relations.clientèle@prepar-vie.com</p>
d'ordre médical	<p>PREPAR-VIE - CELLULE MEDICALE / MEDECIN CONSEIL</p> <p>Immeuble LE VILLAGE 1, Quartier VALMY, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 PARIS LA DEFENSE CEDEX.</p> <p>service.medical@prepar-vie.com</p>

l'exécution du contrat [(i),(v),(vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii),(iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission européenne. Elles sont conservées par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mel (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou l'Assureur par courrier (PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES. Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet www.prepar-vie.fr.

L'Assureur s'engage à accuser réception de la demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à apporter une réponse au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont vous serez alors informé).

Si, malgré nos efforts pour vous satisfaire, vous restez mécontent de notre décision, tout adhérent, personne physique, peut faire appel au Médiateur compétent, à savoir :

- celui de l'Assurance (La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 PARIS cedex 09 ou le saisir en ligne sur le site www.mediation-assurance.org), pour toute autre réclamation, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux. Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur compétent et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

ARTICLE 23 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Toutes les informations collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur. UGIP Assurances est responsable du traitement de l'entrée en relation. L'Assureur est responsable du traitement de l'adhésion, de la vie du contrat et du dénouement du contrat. UGIP Assurances et l'Assureur sont co-responsables du traitement du KYC, des réclamations, et de la fraude. Pour UGIP Assurances, elles font l'objet de traitements visant à la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de contrats d'assurance, à l'application de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, et le financement du terrorisme, à la lutte contre les fraudes, à la mise en place de virements ou prélèvements bancaires, et à la réalisation d'études statistiques. Elles sont conservées 3 ans à compter de la fin du contrat en cas de souscription d'un contrat. Les destinataires des données sont les assureurs, les intermédiaires d'assurance et éventuellement nos ou leurs sous traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, et le cas échéant, les autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Les données peuvent également être transmises s'il y a lieu, à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins conseils, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et des prestations. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat). Pour l'Assureur, elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations. Les bases légales des traitements mentionnés sont

ARTICLE 24 : LOI APPLICABLE

La loi applicable au contrat est la loi française. Le contrat est régi par le Code des Assurances qui prévoit notamment :

Article L113-8 : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26 du Code des Assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. »

« Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »

Article L113-9 : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».-

Article L132-26 : « L'erreur sur l'Age de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur. Dans tous les cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'Age de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

ARTICLE 25 : MODIFICATIONS REGLEMENTAIRES

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des Emprunteurs ou ayant des répercussions sur le Contrat est de plein droit applicable à la date de son entrée en vigueur.

ARTICLE 26 : PARTICIPATION AUX BENEFICES

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

ARTICLE 27 : RENONCIATION

En cas de démarchage, conformément à l'article L 112-9 I du code des assurances « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

L'Adhérent personne physique dispose également d'un droit de renonciation en cas de commercialisation à distance du contrat d'assurance conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances dans un délai de 14 jours à compter de la date de conclusion de l'assurance.

Par dérogation aux dispositions du 1er paragraphe et du 2ème paragraphe du présent article, le délai de renonciation est porté, dans les cas visés par ces deux paragraphes, à 30 jours.

Par ailleurs, l'Adhérent personne physique peut, dans tous les cas (qu'il s'agisse ou non de l'un des cas visés au 1er ou 2ème paragraphe du présent article, renoncer à son adhésion au contrat dans un délai de 30 jours à compter soit de l'émission du certificat d'adhésion, soit à la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties).

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

La renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée à UGIP ASSURANCES, gestionnaire mandaté par l'association et l'Assureur (UGIP ASSURANCES, 73-75 rue Brillat-Savarin - 75013 Paris), selon le modèle indiqué ci-après :

« Je soussigné(e) (nom et prénom), demeurant....., déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance UGIP PREMIUM CE/20 015, conclue sous la référence n°..... Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait à....., le [signature] »

ARTICLE 28 : CONVENTION DE PREUVE

L'Adhérent accepte la dématérialisation des relations, dès la signature du Contrat d'assurance au moyen d'une signature électronique dématérialisée et sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance. Cette acceptation est valable pour toutes les opérations d'assurances ultérieures et en relation avec le Contrat d'assurance. L'Assureur, l'Adhérent et l'Assuré s'il est différent, conviennent expressément que tout document signé de manière dématérialisée selon la procédure de signature dématérialisée mise en place constitue (i) l'original dudit document, (ii) une preuve littérale au sens de l'article 1316-1 du Code civil ayant la même valeur probante qu'un écrit manuscrit sur support papier et pourra valablement être opposé aux Parties et susceptible d'être produit en justice, à titre de preuve littérale, en cas de litiges.

En conséquence, l'Adhérent reconnaît que tout document signé de manière dématérialisée vaut preuve du contenu dudit document, de l'identité du signataire et de son consentement aux obligations et conséquences de faits et de droit qui découlent du document signé de manière dématérialisée.

L'identification de l'Adhérent est assurée sur la base des informations collectées et/ou vérifiées et les pièces justificatives remises le jour de l'opération. L'Adhérent reconnaît que les informations et pièces justificatives le concernant sont conformes à la réalité et non contestables.

L'Adhérent reconnaît que l'utilisation d'un certificat électronique délivré par un tiers certificateur permet d'exprimer son consentement à la conclusion du document signé de manière dématérialisée et/ou de confirmer la validité de ce document.

Par ailleurs, l'ensemble des documents transmis par l'Adhérent, et l'Assuré s'il est différent, sont numérisés dès réception par UGIP Assurances. Les parties reconnaissent que les documents numérisés ont, entre elles, la même valeur probante que des originaux, et renoncent expressément à contester la recevabilité, la validité et la force probante de ces documents, du seul fait de leur forme électronique ou de leur transmission par procédé électronique.