

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



SOUSCRIT PAR L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE (UGIP)

Association Loi 1901 – Déclaration Préfecture de Paris N° 74-1389 Siège social : 2, rue Turgot 75009 PARIS - Service administratif : UGIP Assurances 73-75 Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS - UGIP Assurances est une Marque de SOLOGNE FINANCES (courtier en assurance) Société par Actions Simplifiées au capital de 130 944 € RCS PARIS N°398 784 645 - Siret N°398 784 645 00044 Enregistrée auprès de l'ORIAS sous le N°07 005 590 (site internet de l'ORIAS www.orias.fr) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) 61, Rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale à : UGIP Assurances "Service Réclamations" - 73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

AUPRÈS DE AXA

Financial Insurance Company Limited et Financial Assurance Company Limited sont des entités du groupe AXA. Financial Insurance Company Limited (entreprise d'assurance non-vie immatriculée en France au RCS Paris sous le numéro 479428039 et au Royaume-Uni sous le numéro de société 1515187) et Financial Assurance Company Limited (entreprise d'assurance vie immatriculée en France au RCS de Paris sous le numéro 479311979 et au Royaume-Uni sous le numéro 4873014), agréées par la Prudential Regulation Authority, Bank of England, Threadneedle Street, Londres, EC2R 8AH, Royaume-Uni et soumises au contrôle et de la Financial Conduct Authority, 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres, E14 5HS, Royaume-Uni et de la Prudential Regulation Authority. Chacune des entreprises est une société de droit anglais ayant son siège social à Building 6 Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londres, W4 5HR, Royaume-Uni et son établissement principal pour la France au 40-42 rue La Boétie, 75008 Paris.

PRÉAMBULE

La présente Notice d'information a pour objet de décrire les garanties accordées au titre des contrats d'assurance groupe à adhésion facultative souscrits par L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE (UGIP) Association Loi 1901 (déclaration Préfecture de Paris N° 74-1389) ci-après dénommée « UGIP » auprès de l'Assureur.

Les contrats d'assurance groupe objets de la présente Notice sont régis par le droit français et notamment le Code des Assurances.

ARTICLE 1 DÉFINITIONS UTILES

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

Activité Professionnelle : Par activité professionnelle, il faut entendre l'exercice légal et régulier pour une personne physique d'un emploi ou d'une fonction, salarié(e) ou non, lui procurant en contrepartie un revenu.

Activités Quotidiennes : Actes courants de la vie quotidienne, tels que la gestion des affaires familiales et personnelles, les travaux domestiques, de bricolage ou de jardinage.

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

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

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

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

Assureur : L'Assureur telle que désignée en tête des présentes. Financial Insurance Company Limited et Financial Assurance Company Limited sont des entités du groupe AXA. Financial Insurance Company Limited (entreprise d'assurance non-vie immatriculée en France au RCS Paris sous le numéro 479428039 et au Royaume-Uni sous le numéro de société 1515187) et Financial Assurance Company Limited (entreprise d'assurance vie immatriculée en France au RCS de Paris sous le numéro 479311979 et au Royaume-Uni sous le numéro 4873014), agréées par la Prudential Regulation Authority, Bank of England, Threadneedle Street, Londres, EC2R 8AH, Royaume-Uni et soumises au contrôle et de la Financial Conduct Authority, 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres, E14 5HS, Royaume-Uni et de la Prudential Regulation Authority. Chacune des entreprises est une société de droit anglais ayant son siège social à Building 6 Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londres, W4 5HR, Royaume-Uni et son établissement principal pour la France au 40-42 rue La Boétie, 75008 Paris. En cas de prêt d'une durée initiale de 60 mois ou plus : Financial Assurance Company Limited (« FACL »). En cas de prêt d'une durée initiale de moins de 60 mois : pour le risque décès, FACL, et pour les autres risques, Financial Insurance Company Limited (« FICL »).

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

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

Certificat d'adhésion ou d'assurance : Document, adressé à l'Adhérent / Assuré, définissant précisément les engagements pris entre les parties contractantes en fonction des choix exprimés par l'Adhérent et L'Assuré sur la demande d'adhésion. Ce document complète et personnalise le contenu de la Notice d'information qui a été remise à l'Adhérent et à L'Assuré, et dont ils ont pris connaissance avant leur demande d'adhésion au contrat.

Conditions particulières : Document, adressé à l'Adhérent / Assuré relatif à des conditions spéciales d'acceptation d'adhésion portant notamment sur l'exclusion de certains risques liés à l'état de santé, ajournement, exclusions de garanties, surprime et requérant l'accord écrit de L'Assuré. Ce document complète et personnalise la Notice d'information qui est remise à l'Adhérent / Assuré et dont il a pris connaissance avant sa demande d'adhésion au contrat.

Consolidation de l'état de santé : Stabilisation des lésions en un état qu'aucun traitement n'est plus susceptible de faire évoluer. La date de consolidation est la date à laquelle les lésions ont pris un caractère permanent, avec pour résultat qu'un traitement n'est plus utile, si ce n'est pour éviter une aggravation de l'état de santé, et qu'il devient dès lors possible d'apprécier un degré d'invalidité permanente.

Contrat : Le contrat désigne l'ensemble des documents ci-dessous dont les stipulations forment la loi des parties contractantes :

- Demande d'adhésion au contrat ;
- Formalités médicales et financières ;
- La présente Notice d'information ;

- Certificat d'adhésion dont échéancier annexé ;
- Conditions particulières.

Date du Sinistre :

- Pour les garanties Décès, la date du Décès ;
- Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale ou Partielle de Travail, le premier jour de l'arrêt de travail. En cas d'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, le jour de sa constatation médicale ;
- Pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Spéciale Professions Médicales, la date de consolidation de l'état d'Invalidité ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie définie par le médecin expert désigné par l'Assureur.

Franchise absolue : Période fixée au certificat d'adhésion, au cours de laquelle aucune indemnisation n'est due, quelle que soit la durée totale de l'arrêt de travail. Elle peut être au choix de l'Adhérent de 30, 60, 90 ou 180 jours consécutifs.

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

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

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

Notice d'information : Extrait du contrat d'assurance groupe signé entre le Souscripteur et l'Assureur qui précise les droits et obligations des parties contractantes et intéressées par le contrat, à savoir, le Souscripteur, l'Assureur, l'Adhérent, L'Assuré et le Bénéficiaire.

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. Constitue un seul et même sinistre, l'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur.

ARTICLE 2 OBJET DU CONTRAT

2.1. LE 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 SUIVANTS :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ;
- Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) ;
- Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) ;
- Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ;
- Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ;
- Invalidité Spéciale Professions Médicales (I.P.M.).

2.2. PAR AILLEURS, AVANT LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES VISÉES CI-DESSUS, L'ASSURÉ BÉNÉFICIE D'UNE GARANTIE TEMPORAIRE EN CAS DE DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT.

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

ARTICLE 3 CONDITIONS D'ADMISSION AU CONTRAT ET MODALITÉS D'ADHÉSION

3.1. PERSONNES ASSURABLES ET CONDITIONS D'ADMISSION

3.1.1. Les membres de l'Association souhaitant adhérer au contrat d'assurance doivent être emprunteurs, co-emprunteurs ou cautions d'un prêt présentant les caractéristiques suivantes :

- PRÊTS AMORTISSABLES AVEC OU SANS DIFFÉRÉ D'UNE DURÉE N'EXCÉDANT PAS 420 MOIS SAUF DÉROGATION EXPRESSE DE L'ASSUREUR TELLE QUE PRÉVUE À L'ARTICLE 21 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION ;
- PRÊTS CONSTANTS : IN FINE OU RELAIS D'UNE DURÉE N'EXCÉDANT PAS 420 MOIS SAUF DÉROGATION EXPRESSE DE L'ASSUREUR ;
- LIGNES DE CRÉDIT - AUTORISATIONS DE DÉCOUVERT D'UNE DURÉE N'EXCÉDANT PAS 36 MOIS SAUF DÉROGATION EXPRESSE DE L'ASSUREUR ;
- CRÉDIT-BAIL ;
- PRÊT ADOSSÉ A UN PLACEMENT (sous réserve d'une étude personnalisée).

3.1.2. Les candidats à l'Assurance doivent, en outre, résider en France Métropolitaine, dans les DROM (Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, Réunion), dans les COM antillaises (Saint-Martin, Saint-Barthélemy), dans les autres COM (Îles Wallis-et-Futuna, Polynésie Française, Saint-Pierre-et-Miquelon) ou en Nouvelle-Calédonie (PTOM).

Pour tout candidat résidant dans un autre pays, une dérogation peut être demandée à l'Assureur.

Selon le lieu de résidence du candidat à l'assurance, les garanties proposées au titre du Contrat et donc susceptibles d'être choisies par le candidat à l'assurance sont, sauf dérogation expresse de l'Assureur, les suivantes :

GARANTIES	CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ LIÉES AU LIEU DE RÉSIDENCE				
	France	Guyane Française	Saint-Pierre-et-Miquelon	Belgique	Autre Pays
	Métropolitaine	Guadeloupe	Iles Wallis-et-Futuna	Luxembourg	(Sur étude)
		Martinique	Saint-Martin	Allemagne	
		La Réunion	Saint-Barthélemy	Suisse	
		Mayotte			
		Polynésie Française		Italie	
		Nouvelle Calédonie		Espagne	
DÉCÈS	✓	✓	✓	✓	✓
P.T.I.A.	✓	✓	✓	✓	✓
I.T.T. / I.P.T. / I.T.P.	✓	✓	✓	✓	
I.P.P. / I.P.M.	✓	✓			
OPTION RACHAT UGIP	✓	✓ (avec Franchises de 90 jours et 180 jours uniquement)			

3.1.3. Par ailleurs, le candidat à l'assurance doit être âgé :

- De **moins de 85 ans** lors de sa demande d'adhésion pour pouvoir adhérer à la **garantie Décès**.
- De **moins de 65 ans** lors de sa demande d'adhésion au contrat pour pouvoir opter pour les **garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), et Invalidité Spéciale Professions Médicales (I.P.M.)**.

3.1.4. En outre :

- La **garantie Invalidité Spéciale Professions Médicales est réservée** aux Assurés exerçant l'une des professions médicales qui suit : médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien(ne), ou vétérinaire, et à condition que les garanties I.P.T. et I.P.P. n'aient pas été souscrites.

Elle doit être souscrite au moment de l'adhésion ou, au plus tard, dans les 6 mois suivant la date de signature de la demande d'adhésion.

3.2. FORMALITÉS D'ADHÉSION

Pour pouvoir adhérer au Contrat, chaque candidat à l'assurance doit :

- Compléter et signer une demande d'adhésion comportant un questionnaire de santé sur le modèle fourni par l'Assureur, par laquelle il donne son consentement à l'assurance. Une tarification différente étant appliquée aux fumeurs et aux non fumeurs, les personnes pouvant certifier qu'elles n'ont pas fumé de cigarettes (y compris électroniques), cigares ou pipes au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et qu'elles n'ont pas été contraintes, à la demande du corps médical, de cesser de fumer doivent en outre signer la déclaration spéciale non fumeur figurant sur la demande d'adhésion pour accéder au tarif non fumeur ;

- Justifier de l'existence du prêt en euros, de sa durée, son taux d'intérêt et, sauf en cas de contrat de crédit-bail, son amortissement ; ce prêt est accordé par une Banque Française ou une Banque étrangère ayant un établissement en France sauf dérogation expresse de l'Assureur.

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

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

Les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances disposent que :

Art. L 113-8 : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, 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 ».

Art. L 113-9 : « 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 ».

A réception de la demande d'adhésion, l'Assureur peut :

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

Attention : Si l'Adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou qu'il refuse les conditions proposées par l'Assureur, les honoraires des actes médicaux demandés lors de la demande d'adhésion resteront, sauf dérogation, à sa seule charge.

ARTICLE 4 DURÉE DES GARANTIES

4.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du Contrat (à l'exception de la garantie temporaire en cas de décès consécutif à un Accident) prennent effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion **SOUS RÉSERVE** :

- De la réception préalable de l'accord écrit de l'Adhérent / Assuré sur les Conditions particulières d'acceptation de l'Assureur, le cas échéant ;
- **DE L'ENCAISSEMENT DE LA PREMIÈRE COTISATION D'ASSURANCE.**

La date de prise d'effet des garanties ne peut en aucun cas être antérieure à la notification, par l'envoi du certificat d'adhésion, de l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur.

En cas de décès de L'Assuré postérieurement à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion mais avant que les fonds empruntés n'aient été débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets, sous réserve des exclusions précisées à l'article 15 de la présente Notice d'information, et à condition que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure et que le déblocage effectif des fonds intervienne postérieurement au décès de L'Assuré.

4.2. DURÉE DES GARANTIES

L'ASSURANCE EST ACCORDÉE À COMPTER DE LA DATE D'EFFET PRÉCISÉE SUR LE CERTIFICAT D'ADHÉSION JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE DE L'ANNÉE EN COURS. L'ASSURANCE EST ENSUITE RENOUELÉE LE 1ER JANVIER DE CHAQUE ANNÉE PAR TACITE RECONDUCTION PENDANT TOUTE LA DURÉE DU PRÊT ASSURÉ SAUF EXCEPTIONS RELATIVES À LA CESSATION DES GARANTIES STIPULÉES À L'ARTICLE 4.3. CI-APRÈS.

4.3. CESSATION DES GARANTIES

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

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

- À la fin de leur terme contractuel (sauf prorogation acceptée par l'Assureur) ;
- À la date de notification à l'emprunteur par l'organisme prêteur de la déchéance du terme entraînant l'exigibilité immédiate du prêt ;
- En cas de mise en place d'un plan conventionnel ou de mesures imposées ou recommandées dans le cadre d'une procédure de traitement des situations de surendettement des particuliers et ne prévoyant pas le maintien du paiement de la cotisation d'assurance ;
- Lors du remboursement anticipé total du prêt (résiliation à la date de remboursement du prêt sous réserve que la mainlevée de l'organisme prêteur soit adressée à l'Assureur dans les 120 jours suivant le remboursement du prêt) ;
- À la date prévue de cessation du prêt sauf prorogation acceptée par l'Assureur ;
- En cas de non-paiement de la cotisation, dans les termes prévus à l'article 22.3 ;
- Lorsque L'Assuré atteint la **limite d'âge prévue au titre de la garantie concernée** :

- Pour la **garantie Décès**, au jour du **90^{ème} anniversaire de L'Assuré** ;

- Pour la **garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**, au **70^{ème} anniversaire de L'Assuré en cas de maladie, et au 75^{ème} anniversaire de L'Assuré en cas d'accident** ;

La cessation de l'activité professionnelle de L'Assuré, sa mise à la retraite ou en préretraite n'entraînent pas la fin de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;

- Pour les **garanties Incapacité Temporaire Totale, Incapacité Temporaire Partielle, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Spéciale Professions Médicales**, au jour du **70^{ème} anniversaire de L'Assuré ou à la date de sa mise à la retraite ou préretraite pour quelle que cause que ce soit, si celle-ci intervient avant son 70^{ème} anniversaire, pour autant que L'Assuré exerce une activité professionnelle à la date du sinistre** ;

- Pour les **garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle**, au jour du **65^{ème} anniversaire de L'Assuré ou à la date de sa mise à la retraite ou préretraite pour quelle que cause que ce soit, si celle-ci intervient avant son 65^{ème} anniversaire, si L'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle à la date du sinistre** ;

- La **garantie Invalidité Spéciale Professions Médicales (I.P.M.) prend automatiquement fin lorsque L'Assuré n'exerce plus l'une des professions médicale décrite à l'Article 12.**

- En cas de demande par l'Adhérent de la résiliation de son adhésion dans les conditions prévues à l'article 4.4. ci-après.

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

4.4. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Lorsque l'Adhérent a souscrit au contrat d'assurance en vue de garantir le remboursement d'un prêt mentionné à l'article L 312-2 du code de la consommation (prêt contracté en vue de financer l'acquisition d'un bien immobilier ou d'un terrain destiné à la construction d'un immeuble), l'Adhérent peut résilier son adhésion dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L 312-7 du code de la consommation. L'Adhérent doit notifier à l'Assureur sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois précitée. Il doit également notifier à l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision d'acceptation par le prêteur du contrat d'assurance prévu en substitution ainsi que la date de prise d'effet dudit contrat. La résiliation prend effet dix jours après la réception par l'Assureur de la décision du prêteur ou à la date d'effet du contrat accepté en substitution par le prêteur si celle-ci est postérieure.

Au-delà du délai de 12 mois l'Adhérent a la possibilité de résilier son contrat par lettre recommandée moyennant un préavis de deux mois (2) avant la date de renouvellement (1^{er} janvier) accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur.

Lorsque l'Adhérent a souscrit au contrat d'assurance en vue de garantir le remboursement d'un prêt autre qu'un prêt tel que mentionné à l'article L 312-2 du code de la consommation, l'Adhérent peut résilier son engagement, par lettre recommandée, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date de renouvellement (1^{er} janvier) accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur et de tout autre éventuel bénéficiaire si ce dernier est un bénéficiaire acceptant. La dénonciation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré.

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

ARTICLE 5 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Sauf dispositions contraires indiquées dans le certificat d'adhésion, le bénéficiaire des garanties d'assurance est l'organisme prêteur.

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

À défaut d'autres mentions portées sur le certificat d'adhésion :

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

ARTICLE 6 ÉTENDUE TERRITORIALE 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 terme de durée de séjour.

Cependant, il est expressément stipulé qu'en cas de sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Incapacité Temporaire Partiel, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité Spéciale Professions Médicales, celui-ci devra être constaté sur le territoire Français. En cas d'impossibilité totale de L' Assuré de se déplacer (médiatement 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.

En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DOM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

GARANTIES DE BASE : DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, TEMPORAIRE DÉCÈS PAR ACCIDENT

ARTICLE 7 OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE DÉCÈS

En cas de Décès de L' Assuré postérieurement à la date de prise d'effet des garanties et avant son 90ème anniversaire, l'Assureur garantit, dans les limites de la quotité assurée :

- Pour les prêts amortissables sans différé (ou avec différé en cas de décès de L' Assuré après la période de différé) : le remboursement du capital restant dû à la date du sinistre tel qu'il résulte de l'échéancier défini dans le Certificat d'adhésion, hors frais, accessoires et intérêts (sauf si ces derniers ont fait l'objet d'une demande de couverture avec accord préalable de l'Assureur).
- Pour les prêts amortissables avec différé d'amortissement, lorsque le décès de L' Assuré survient pendant la période de différé : 100% de la somme totale restant due (Capital + intérêts de différé éventuels hors frais et accessoires) au jour du sinistre ; toutefois si le capital mentionné au Certificat d'adhésion n'inclut pas les intérêts du différé, ceux-ci ne sont pas pris en charge dans le cadre la garantie.
- Pour les prêts in fine, relais, les lignes de crédit et autorisation de découvert : le capital mentionné au Certificat d'adhésion.
- Pour les contrats de crédit-bail, la somme des loyers restant dus à la date du sinistre telle qu'elle résulte défini dans le Certificat d'adhésion, hors frais, accessoires et intérêts (sauf si ces derniers ont fait l'objet d'une demande de couverture avec accord préalable de l'Assureur).

Au sens du présent article 7, la date du sinistre est réputée être la date du décès.

Le montant maximum de la couverture en cas de Décès ou de P.T.I.A. pouvant être accordé pour un même Assuré est limité à 5.000.000 €, pour toutes adhésions au présent Contrat, sauf dérogation expresse de l'Assureur matérialisée dans le Certificat d'adhésion.

ARTICLE 8 OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE TEMPORAIRE DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT

En cas de décès de L' Assuré suite à un Accident et survenant dans les 60 jours suivant la signature par l'Adhérent de sa demande d'adhésion au Contrat et sous réserve que celle-ci soit parvenue à l'Assureur avant la date de survenance de l'accident, l'Assureur verse un capital correspondant au montant du financement que l'Adhérent prévoyait de garantir et tel qu'il résulte de la demande d'adhésion.

Cette garantie temporaire décès accidentel est limitée à 300.000 Euros, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'admission à l'assurance (l'indemnisation ne saurait excéder le(s) montant(s) indiqué(s) sur la demande d'adhésion.)

La garantie cesse :

- Lorsque la personne à assurer ne répond pas, dans un délai de quinze jours, aux demandes d'informations complémentaires de l'Assureur ;
- En cas de refus par l'Assureur d'accorder sa garantie ;
- En cas de refus par l'Adhérent d'accepter les conditions d'adhésion ;
- À la date de prise d'effet des garanties ;
- Au plus tard 60 jours après la signature de la demande d'adhésion.

ARTICLE 9 OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) de L' Assuré avant son 70ème anniversaire, l'Assureur assimile cet état au Décès et verse par anticipation le capital prévu en cas de Décès (voir article 7 de la présente Notice), pour sa valeur à la date de la consolidation de l'état de santé de L' Assuré.

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

Au sens du présent article 9, la date du sinistre est réputé être la date de consolidation de l'état de santé de L' Assuré. La consolidation de l'état de santé de L' Assuré doit, pour que la garantie soit acquise, intervenir avant le 70ème anniversaire de L' Assuré et en tout état de cause avant qu'il ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite.

ARTICLE 10 RÈGLES COMMUNES AUX GARANTIES DÉCÈS ET P.T.I.A.

Les mensualités restées impayées à la date de réalisation du risque ne seront en aucun cas prises en compte par l'Assureur, de même que les intérêts courus.

Le paiement du capital met fin à l'ensemble des garanties de L' Assuré.

GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

ARTICLE 11 OBJET DES GARANTIES INCAPACITÉ, INVALIDITÉ ET LEURS MONTANTS

11.1 - DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, ET DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE, DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.)

C'est l'état dans lequel se trouve L' Assuré lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, IL est temporairement dans l'impossibilité totale, reconnue médicalement, au jour du sinistre d'exercer son activité professionnelle ou, en l'absence de profession exercée, d'effectuer ses activités quotidiennes.

L' Assuré n'exerçant pas ou plus d'activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Incapacité Temporaire Totale s'il est temporairement contraint, en raison d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses activités quotidiennes.

Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)

C'est l'état dans lequel se trouve L' Assuré lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, IL est temporairement dans l'impossibilité partielle et reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle. Cet état s'assimile à un mi-temps thérapeutique. Seuls donneront lieu à indemnisation les états d'Incapacité Temporaire Partielle faisant suite à une période indemnisée d'Incapacité Temporaire Totale.

L' Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date du sinistre ne sera pas couvert en cas d'Incapacité Temporaire Partielle.

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

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

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)

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

11.2 APPLICATION DES GARANTIES INCAPACITÉ – INVALIDITÉ

La garantie Incapacité Temporaire Totale est acquise tant qu'il n'y a pas consolidation de l'état de santé de L' assuré, y compris en cas d'absence d'activité professionnelle exercée au jour de la réalisation du risque. Elle cesse au plus tard 1095 jours après le premier jour d'arrêt de travail (cette durée incluant le cas échéant, hormis en l'absence d'activité professionnelle, la période de versement des prestations effectuée au titre de la garantie incapacité temporaire partielle). Dès la consolidation, elle est relayée par la garantie Invalidité Permanente Totale ou par la garantie Invalidité Permanente Partielle selon le cas, si l'état de santé répond aux définitions édictées à l'Article. 11.1.

Lors de la consolidation de l'état de santé de L' Assuré ou, en l'absence de consolidation de l'état de santé de ce dernier, au plus tard au 1095ème jour régulièrement indemnisé au titre de la garantie I.T.T., l'Assureur diligente une expertise médicale pour déterminer le taux d'invalidité de L' Assuré Tel que défini à l'Article 11.3

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

Par ailleurs, si le taux d'invalidité fonctionnelle de L' assuré est inférieur à 10 %, aucune prestation n'est due, et ce quel que soit son taux d'invalidité professionnelle. Pareillement, si le taux d'invalidité professionnelle de L' Assuré est inférieur à 10 %, aucune prestation n'est due, et ce quel que soit son taux d'invalidité fonctionnelle.

11.3 FIXATION DU TAUX D'INVALIDITÉ ET DURÉE D'INDEMNISATION

11.3.1 Activité professionnelle exercée au 1er jour d'I.T.T.

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

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

11.3.2 Absence d'activité professionnelle exercée au 1er jour D'I.T.T.

L'incapacité définitive n'est appréciée que selon la seule définition de l'invalidité fonctionnelle précitée.

11.3.3 Dans tous les cas, le versement des prestations dues au titre :

- Des garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.T./I.P.P. cessent au 70ème anniversaire de L' Assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre et en tout état de cause lorsque L' Assuré est mis en préretraite ou fait valoir ses droits à la retraite si cela intervient avant son 70ème anniversaire.
- Des garanties I.T.T. et I.P.T./I.P.P. cessent au 65ème anniversaire de L' Assuré n'exerçant pas une activité professionnelle au jour du sinistre et en tout état de cause lorsque L' Assuré est mis en préretraite ou fait valoir ses droits à la retraite si cela intervient avant son 65ème anniversaire.

Taux d'Invalidité Professionnelle	Taux d'Invalidité fonctionnelle									
	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10 %	10,0	15,9	20,8	25,2	29,2	33,0	36,6	40,0	43,3	46,4
20 %	12,6	20,0	26,2	31,7	36,8	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30 %										
40 %	15,9	25,2	33,0	40,0	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50 %										
60 %	18,2	28,8	37,8	45,8	53,1	60,0	66,5	72,7	78,6	84,3
70 %										
80 %	20,0	31,7	41,6	50,4	58,5	66,0	73,2	80,0	86,5	92,8
90 %										
100 %	21,5	34,2	44,8	54,3	63,0	71,1	78,8	86,2	93,2	100,0

Seul l'Assureur est habilité à fixer, en diligentant une expertise médicale, le taux d'invalidité et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire de sécurité sociale de L' Assuré.

11.4 - MONTANT DES PRESTATIONS

11.4.1. Montant de la prestation en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T.) ou d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale de L' Assuré :

- Avant son 70^{ème} anniversaire s'il exerce une activité professionnelle au jour du sinistre ;
- Avant son 65^{ème} s'il n'exerce pas d'activité professionnelle au jour du sinistre ;

L'Assureur se substitue à ce dernier afin de payer :

- Pour les prêts amortissables : tout ou partie des mensualités venant à échéance à compter de l'expiration du délai de la Franchise contractuelle mentionnée au Certificat d'adhésion, dans les limites de la quotité assurée. La prestation est limitée, pour les Assurés exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre, à 100% de la dernière mensualité telle que résultant des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent et réajustées le cas échéant à réception de l'échéancier définitif du prêt, dans la limite de 10.500 € par mois et par Assuré, au cumul des adhésions au présent Contrat le concernant. Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, la prestation est limitée à 50% de la dernière mensualité telle que résultant des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent et réajustées le cas échéant à réception de l'échéancier définitif du prêt et à 1.500 € par mois et par Assuré, au cumul des adhésions au présent Contrat le concernant (si l'option RACHAT a été souscrite, ces limites sont portées à 100 % de la mensualité concernée et 3.000 € par mois et par Assuré, pour toutes les adhésions au présent Contrat).
- Pour les prêts in fine ou prêt relais : tout ou partie des intérêts dus pendant la période de garantie, conformément à l'échéancier du prêt assuré, annexé au Certificat d'adhésion, à compter de l'expiration du délai de la Franchise contractuelle mentionnée au Certificat d'adhésion et à hauteur de la quotité assurée. En aucun cas, la prestation n'a vocation à garantir le paiement de tout ou partie du capital emprunté.
- La prestation est limitée, pour les Assurés exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre, à 100% de tout ou partie des intérêts dus pendant la période de garantie, conformément à l'échéancier du prêt assuré, annexé au Certificat d'adhésion, à compter de l'expiration du délai de la Franchise contractuelle mentionnée au Certificat d'adhésion, dans la limite de 10.500 € par mois et par Assuré, au cumul des adhésions au présent Contrat le concernant (sauf dérogation expresse de l'assureur matérialisée dans le Certificat d'Adhésion). Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, la prestation est limitée à 50% de tout ou partie des intérêts dus pendant la période de garantie, conformément à l'échéancier du prêt assuré, annexé au Certificat d'adhésion, à compter de l'expiration du délai de la Franchise contractuelle mentionnée au Certificat d'adhésion, dans la limite de 1.500 € par mois et par Assuré au cumul des adhésions au présent Contrat le concernant (si l'option RACHAT a été souscrite, ces limites sont portées à 100% de la mensualité concernée et 3.000 € par mois et par Assuré, pour toutes les adhésions au présent Contrat).

Le calcul de la première et de la dernière mensualité prise en charge est effectuée, le cas échéant, sur une base de 1/30^{ème} au prorata temporis. En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels, les versements prévus dans l'acte de prêt sont décomposés en paiements mensuels égaux et échelonnés. et l'Assureur garantit les prestations depuis la première mensualité ainsi obtenue, suivant l'expiration de la Franchise. Ces prestations sont versées à la date d'échéance des mensualités.

Lorsque l'adhésion a pour objet l'assurance d'un bien locatif (c'est-à-dire, aux fins du présent article, un bien qui, au jour du sinistre, n'est pas la résidence principale de l'Adhérent et qui, à ce même jour, est en location ou, depuis son acquisition par l'Adhérent, l'a été), la prestation de l'Assureur, en cas d'Incapacité Temporaire Totale ne pourra excéder le montant de la mensualité restant à la charge de l'Adhérent propriétaire après déduction du Loyer théorique. Quel que soit le montant du Loyer théorique à déduire, cette disposition n'est applicable que pour un Loyer théorique mensuel inférieur ou égal à 7.500 €, l'excédent éventuel restant dans tous les cas à la charge dudit Adhérent propriétaire. La garantie Incapacité Temporaire Totale couvrant les biens locatifs fera l'objet d'une tarification minorée.

Aucune augmentation du montant de la mensualité, décidée par L' Assuré ou l'adhérent, ne sera prise en compte dans le cadre de l'indemnisation d'un sinistre si l'augmentation prend effet durant une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. ou d'I.P.P. ou dans les 6 mois précédents une incapacité temporaire de travail.

Dans tous les cas, le paiement des prestations intervient dans la limite de la quotité assurée.

11.4.2. Montant de la prestation en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)

En cas d'Incapacité Temporaire Partielle ou d'Invalidité Permanente Partielle de L' Assuré, la prestation est limitée à 50% de la dernière mensualité telle que résultant des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent et réajustées le cas échéant à réception de l'échéancier définitif du prêt (ou de 50% des intérêts dus pour les prêts in fine), dans la limite de 5.250 € par mois, et de la quotité assurée. Cette limite s'entend par mois et par Assuré, pour toutes les adhésions au présent Contrat.

Par ailleurs, la durée de la prestation en cas d'I.T.P. ne peut excéder 180 jours consécutifs, soit 50% de 6 mensualités au plus.

Les autres dispositions relatives à l'Incapacité Temporaire Totale / l'Invalidité Permanente Totale figurant à l'article 11.4.1. sont applicables en cas d'I.T.P. ou d'I.P.P.

11.5. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

11.5.1 - Règlement par anticipation

En cas d'Invalidité Permanente Totale telle que définie à l'article 11.1, l'Assureur se réserve le droit de verser à l'organisme prêteur le capital restant dû. Le versement du capital restant dû met fin à l'ensemble des garanties de L' Assuré .

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

11.5.2 - Rechute

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

11.5.3 - Révision des prestations

Les prestations Incapacité (I.T.T./I.T.P.) – Invalidité (I.P.T./I.P.P.) sont liées à la justification du degré d'Incapacité ou d'Invalidité qui a ouvert le droit à la prestation. Toute modification de cet état entraîne la modification correspondante de la prestation telle que définie ci-avant.

ARTICLE 12 OBJET DE LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES (I.P.M.)

Lorsque L'Assuré exerce l'une des professions médicales suivantes (médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien(ne), ou vétérinaire) et a souscrit la garantie Invalidité Spéciale Professions Médicales, s'il est reconnu en I.P.M., c'est-à-dire dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer la profession occupée au moment de la maladie ou de l'accident garantis par le contrat, l'Assureur verse, dans la limite de la quotité assurée, le capital restant dû au jour où il est déclaré être dans l'impossibilité permanente d'exercer sa profession, dans les mêmes conditions que la garantie Décès mais dans la limite d'un montant garanti de 2.500.000 € (sauf dérogation expresse de l'Assureur). Toutefois, si, à la date du sinistre, le capital restant dû au titre du prêt excède cette limite de 2.500.000 €, L' Assuré reste couvert au titre des garanties décès et P.T.I.A. pour la portion du capital restant dû au titre du prêt qui excède cette limite, au prorata de la quotité assurée.

Concernant les contrats de crédit-bail, l'Assureur paye, à la date de reconnaissance de l'I.P.M., la somme des loyers restant dus multipliée par la quotité assurée, dans la limite de 2.500.000 €.

L'Invalidité Professionnelle Médicale de L' Assuré est reconnue par un médecin expert, désigné par l'Assureur, qui confirme l'impossibilité totale et définitive de L' Assuré d'exercer sa profession, en fonction des conditions normales d'exercice de la profession de L' Assuré et de ses possibilités restantes de l'exercer après prise en compte des aides techniques disponibles.

La garantie I.P.M. cesse lorsque L' Assuré atteint l'âge pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 70^{ème} anniversaire.

ARTICLE 13 OPTION RACHAT

RAPPEL DES CAS PARTICULIERS COUVERTS PAR LA FORMULE DE BASE POUR LES GARANTIES I.T.T., I.T.P., I.P.P., I.P.T. ET I.P.M. :

LES ATTEINTES VERTÉBRALES OU DISCALES OU RADICULAIRES : LUMBAGO, LOMBALGIE, SCIATALGIE, CRURALGIE, NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE, PROTUSION DISCALE, HERNIE DISCALE, DORSALGIE, CERVICALGIE SANS CONDITIONS D'HOSPITALISATION.

LES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES, A SAVOIR : SCHIZOPHRENIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES ANXIEUX, TROUBLES NEVROTIQUES, TROUBLES DE L'HUMEUR, TROUBLES DELIRANTS, DÉPRESSIONS DE TOUTE NATURE (Y COMPRIS SYNDROME DE BURN-OUT), TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT, TROUBLES DE L'ALIMENTATION, SYNDROME DE BURN OUT DES LORS QU'ELLES CONDUISENT A UNE HOSPITALISATION SUPERIEURE OU EGALE A 10 JOURS.

LA FIBROMYALGIE, SYNDROME POLYALGIQUE IDIOPATHIQUE DIFFUS, SYNDROME DE FATIGUE / ASTHÉNIE CHRONIQUE DES LORS QU'ELLES CONDUISENT A UNE HOSPITALISATION SUPERIEURE OU EGALE A 10 JOURS.

L'option RACHAT permet de compléter les garanties Incapacité Temporaire Totale ou Partielle et Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Lorsqu'elle est souscrite, L' Assuré bénéficie de la prise en charge, sans condition d'hospitalisation, des affections suivantes (et de leurs suites et conséquences) :

SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES ANXIEUX, TROUBLES NEVROTIQUES, TROUBLES DE L'HUMEUR, TROUBLES DELIRANTS, DÉPRESSIONS DE TOUTE NATURE, TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT, TROUBLES DE L'ALIMENTATION, ET SYNDROME DE BURN-OUT.

LA FIBROMYALGIE, SYNDROME POLYALGIQUE IDIOPATHIQUE DIFFUS, SYNDROME DE FATIGUE / ASTHÉNIE CHRONIQUE.

Tout Assuré, ayant choisi cette option, est couvert, sous réserve de la Franchise contractuelle, en cas :

- D'incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) ;
- D'incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) (sauf si elle survient alors que L' Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle au jour du sinistre) ;
- D'invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ;
- D'invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).

Cette option peut être souscrite par tout Assuré âgé de moins de 65 ans.

Pour les Assurés ayant choisi l'option RACHAT, la prestation en cas d'Incapacité Temporaire Totale survenant alors que L' Assuré n'exerçait pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est limitée à 100% de la dernière mensualité telle que résultant des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent et réajustées le cas échéant à réception de l'échéancier définitif du prêt, dans la limite de 3.000 € par mois et par Assuré.

ARTICLE 14 CLAUDE DE NON-CUMUL EN CAS DE RENÉGOCIATION OU DE RACHAT

Si l'Adhérent renégocie auprès de son organisme prêteur le prêt garanti par le présent contrat ou négocie auprès de tout autre organisme prêteur le rachat de ce prêt, il aura la possibilité, sous réserve des conditions prévues au présent contrat, d'adhérer au présent contrat, pour la couverture du prêt tel que renégocié ou racheté.

L'Adhérent devra faire parvenir à l'Assureur dans un délai d'un mois maximum à compter de la prise d'effet de la renégociation ou du rachat, la mainlevée de l'organisme prêteur qui confirme la prise d'effet de la renégociation ou du rachat afin que l'Assureur accepte la demande de résiliation (hors échéance annuelle) de l'adhésion initiale.

Tant que cette mainlevée n'aura pas été réceptionnée par l'Assureur :

- L'adhésion initiale restera en vigueur ;
- La nouvelle adhésion ne sera pas effective ;
- Aucune prestation ne sera versée au titre de la nouvelle adhésion si l'un des événements couverts au titre du présent contrat d'assurance groupe survient.

CONVENTION AERAS

OBJET DE LA CONVENTION

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

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

En cas de refus de toute garantie en niveau 2, sous réserve que l'encours cumulé des prêts à assurer ne soit pas supérieur à 320.000 euros, et pour des prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans, le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de niveau 3, conformément à la convention AERAS et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

Garantie invalidité spécifique AERAS

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

- Il y a consolidation de l'état de santé de L'Assuré ;
- Son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;

Il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non salariés.

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

EXCLUSIONS

En plus des exclusions et restrictions de garanties spécifiques acceptées par L'Assuré et indiquées aux conditions particulières, s'appliquent :

- Les exclusions visées à l'article 15
- Les exclusions visées à l'article 16

EXCLUSIONS

ARTICLE 15 EXCLUSIONS COMMUNES À TOUS LES RISQUES

NE SONT PAS GARANTIS AU TITRE DU CONTRAT LES SINISTRES RÉSULTANT OU PROVENANT OU SURVENUS À L'OCCASION :

- **DU SUICIDE DE L'ASSURÉ SURVENANT PENDANT 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 ACCORDEE AU PROFIT DU BÉNÉFICIAIRE CONDAMNÉ POUR AVOIR CAUSÉ VOLONTAIREMENT LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ (ARTICLE L.132-24 DU CODE DES ASSURANCES) ;**
- **DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES, ÉMEUTES, MOUVEMENTS POPULAIRES, ACTES DE TERRORISME OU RIXES. TOUTÉFOIS, 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 ;**
- **DES 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 ;**
- **DE RISQUES AÉRIENS SE RAPPORTANT À DES VOLS ACROBATIQUES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS, AINSI QUE LES VOLS EFFECTUÉS SUR DES APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITÉ, OU PILOTES PAR UN PILOTE NON MUNI D'UN BREVET VALABLE.**

ARTICLE 16 EXCLUSIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LES RISQUES PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ (I.T.T./I.T.P.), INVALIDITÉ (I.P.T./I.P.P.) ET I.P.M.

EN SUS DES EXCLUSIONS COMMUNES À TOUS LES RISQUES, NE SONT PAS GARANTIS LES CAS SUIVANTS, NI LEURS RÉCIDIVES, NI LEURS SUITES, NI LEURS CONSÉQUENCES :

- **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'I.P.M. RÉSULTANT D'UNE FIBROMYALGIE, D'UN SYNDROME POLYALGIQUE IDIOPATHIQUE DIFFUS, D'UN SYNDROME DE FATIGUE / ASTHÉNIE CHRONIQUE SAUF DANS LE CAS OU ELLES CONDUISSENT À UNE HOSPITALISATION SUPÉRIEURE OU ÉGALE À 10 JOURS (SANS CONDITION D'HOSPITALISATION SI OPTION RACHAT SOUSCRITE) ;**
- **L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE, L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE, L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU L'I.P.M. 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 ;**
- **LES ACCIDENTS RÉSULTANT DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE DE L'ASSURÉ OU D'UN ÉTAT D'IVRESSE DE L'ASSURÉ CARACTÉRISÉ PAR UN TAUX D'ALCOOLÉMIÉ SUPÉRIEUR AU TAUX PRÉVU PAR LA LEGISLATION DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR À LA DATE DE SURVENANCE DE L'ACCIDENT ;**
- **L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE, L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE, L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU L'I.P.M. RÉSULTANT D'AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES, À SAVOIR : SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES ANXIÉUX, TROUBLES NÉVROTIQUES, TROUBLES DE L'HUMEUR, TROUBLES DÉLIRANTS, DÉPRESSIONS DE TOUTE NATURE (Y COMPRIS SYNDROME DE BURN-OUT), TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT, TROUBLES DE L'ALIMENTATION, ET SYNDROME DE BURN-OUT SAUF DANS LE CAS OU ELLES CONDUISSENT À UNE HOSPITALISATION SUPÉRIEURE OU ÉGALE À 10 JOURS (SANS CONDITION D'HOSPITALISATION SI OPTION RACHAT SOUSCRITE) ;**
- **INTERVENTIONS CHIRURGICALES ÉSTHÉTIQUES AUTRES QUE LA CHIRURGIE RÉPARATRICE CONSÉCUTIVE À UNE MALADIE OU UN ACCIDENT GARANTI AU CONTRAT ;**
- **AFFECTIONS DIAGNOSTIQUÉES ANTÉRIEUREMENT À LA DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES. CEPENDANT, LES SUITES ET CONSÉQUENCES DES AFFECTIONS DÉCLARÉES LORS DE L'ADHÉSION SONT GARANTIES SAUF NOTIFICATION DE L'EXCLUSION À L'ASSURÉ OU MENTION PARTICULIÈRE FAITE AU CERTIFICAT D'ADHÉSION.**

EN OUTRE, SONT ÉGALEMENT EXCLUES LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS RÉSULTANT DE LA PRATIQUE PAR L'ASSURÉ DES « PRATIQUES SPORTIVES » INDIQUÉES CI-APRÈS :

- **LES SPORTS À TITRE PROFESSIONNEL OU RÉMUNÉRÉ (DIRECTEMENT OU NON), HORS ÉDUCATION NATIONALE ;**
- **LES PARIS, DÉFIS, RAIDS ET TENTATIVES DE RECORD ;**
- **LA BOXE ET LES AUTRES SPORTS DE COMBAT (SAUF PRATIQUE AMATEUR ET HORS COMPÉTITION) ;**
- **LES COMPÉTITIONS ET ENTRAÎNEMENTS PRÉPARATOIRES DE SPORTS ÉQUESTRES OU DE SPORT AVEC USAGE D'ENGINS À MOTEUR ;**
- **LA SPÉLÉOLOGIE, L'ESCALADE ET LA VARAPPE (SAUF SI PRATIQUÉE EN SALLE) ;**
- **LE MOTONAUTISME, PLANCHE À VOILE À PLUS DE 1 MILLE DES COTES, YACHTING, LA PLONGÉE SOUS-MARINE (SAUF PLONGÉE JUSQU'À 30 MÈTRES ET PRATIQUÉE MOINS DE 20 FOIS PAR AN ET TOUJOURS ACCOMPAGNÉE, HORS EXPLORATION DE GROTTES OU ÉPAVE) ;**
- **L'ALPINISME ET TOUS LES SPORTS PRATIQUÉS EN MONTAGNE AU-DELÀ DE 3 000 M D'ALTITUDE, SAUF LA PRATIQUE DE SKI ALPIN, DE FOND OU DE SNOWBOARD SUR PISTES RÉGLEMENTÉES, OUVERTES ET ACCESSIBLES EN REMONTEES MÉCANIQUES ;**
- **LE KITESURF, WINDBOARD, FUNBOARD, SAUT À L'ÉLASTIQUE, PARACHUTISME, PARAPENTE, WINGSUIT, VOL D'ESSAI ET VOL SUR ENGIN NON MUNI DE CERTIFICAT DE NAVIGABILITÉ, ACROBATIE AÉRIENNE, ULM, DELTAPLANE.**

Dans le cadre d'une pratique ponctuelle, d'une initiation ou d'un baptême encadrés par un personnel qualifié titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigées, les exclusions sportives ne s'appliquent pas.

Tout ou partie de ces exclusions des « pratiques sportives » indiquées ci-avant peut / peuvent faire l'objet d'un rachat d'exclusion dans les conditions suivantes :

L'Assuré a la possibilité de procéder au rachat des exclusions des pratiques sportives sous réserve :

- De remplir le(s) questionnaire(s) spécifique(s) demandé(s) par l'Assureur ;
- De l'accord de l'Assureur, qui précisera ce rachat d'exclusion dans l'attestation d'assurance, éventuellement moyennant une surprime éventuelle ;
- Toute demande de résiliation du(des) rachat(s) d'exclusion(s) ne pourra être prise en considération par l'Assureur, qu'après réception de l'accord préalable du bénéficiaire acceptant.

LIMITES DES GARANTIES

ARTICLE 17 QUOTITÉ DE PRÊT ASSURÉE

La quotité de prêt assurée correspond à la fraction du prêt (exprimée en pourcentage du capital initial assuré) qui est garantie sur la tête de L'Assuré. Elle est indiquée dans le Certificat d'adhésion.

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

Si le capital initial assuré, mentionné au Certificat d'adhésion, est inférieur au montant effectif du prêt, le capital restant dû assuré en cas de Décès de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et le cas échéant d'Invalidité Spéciale Professions Médicales ou le montant pris en charge en cas d'Incapacité (I.T.T./I.T.P.) ou d'Invalidité (I.P.T./I.P.P.), est limité à la quotité assurée.

ARTICLE 18 PLURALITÉS D'ASSURÉS AU TITRE D'UN MÊME CONTRAT DE PRÊT

En cas de décès simultané des Assurés, les prestations réglées correspondent au solde du capital restant dû à l'organisme prêteur (ou mentionné au certificat d'adhésion en cas de prêt in fine, relais, ligne de crédit ou autorisation de découvert) 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 ou le cas échéant d'Invalidité Spéciale Professions Médicales 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 (I.T.T./I.T.P.) ou d'invalidité (I.P.T./I.P.P.) simultanées des Assurés, les prestations réglées correspondent aux mensualités telles que mentionnées à l'échéancier (ou des intérêts dus pour les prêts in fine), affecté de la quotité assurée sur chaque tête, et ne saurait excéder au cumul entre les Assurés et, pendant toute la période garantie, 100 % des échéances du prêt.

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

ARTICLE 19 PLURALITÉS D'ASSURANCES AU TITRE D'UN MÊME CONTRAT DE PRÊT

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

ARTICLE 20 RÈGLE SPÉCIFIQUE POUR LES CAUTIONS

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

ARTICLE 21 DURÉE MAXIMALE D'ASSURANCE

La durée maximale d'assurance est de 420 mois sauf dérogation expresse de l'Assureur (hors prêt modulables, variables ou révisables : +/- 5 ans).

COTISATIONS ET GESTION DE L'ADHÉSION

ARTICLE 22 CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS – PAIEMENT DES COTISATIONS – EXONÉRATION DES COTISATIONS

22.1 - BASE DE CALCUL DES COTISATIONS

Les garanties du Contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation annuelle calculée suivant l'âge de L' Assuré (déterminée par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance), les déclarations de l'Adhérent à l'adhésion et le tarif en vigueur appliqué au capital assuré mentionné au certificat d'adhésion pour les lignes de Crédit – Autorisations de Découvert, ou au capital restant dû tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel joint au Certificat d'adhésion pour les autres prêts. Il est précisé que les montants figurant sur cet échéancier correspondent à la moyenne des capitaux restant dus assurés entre le paiement de deux fractions de cotisations.

IRRÉVOCABILITÉ DES PRIMES :

Le montant de la cotisation est déterminé à l'Adhésion et évolue chaque année en fonction de l'âge atteint de L' Assuré. **Ces taux de cotisations sont irrévocables, quelle que soit l'évolution de la situation de L' Assuré (sauf cas de changement du taux des taxes applicables au présent contrat).**

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

22.2 - PAIEMENT DES COTISATIONS

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

La perception de cotisations, qui ne serait pas conforme à l'acceptation du risque ou qui serait effectuée hors acceptation du risque, ne pourrait en aucun cas être considérée comme valant couverture du risque, et n'aurait aucune conséquence de droit autre que le remboursement des sommes indûment perçues, même si celles-ci avaient été reversées à l'Assureur.

22.3 - DÉFAUT DE PAIEMENT

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

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

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

Les cotisations échues restent acquises à l'Assureur.

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

22.4 - PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

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

22.5 - EXONÉRATION DE COTISATIONS

Pendant la période d'indemnisation en cas d'incapacité (I.T.T./I.T.P.) ou d'invalidité (I.P.T./I.P.P.), l'Adhérent bénéficie de l'exonération du paiement des cotisations relatives aux garanties incapacité et/ou invalidité ouvrant droit à l'indemnisation proportionnellement à la durée d'indemnisation, pour la fraction de cotisation relative à L' Assuré en état d'incapacité (I.T.T./I.T.P.) ou d'invalidité (I.P.T./I.P.P.).

ARTICLE 23 OBLIGATIONS DE L' ASSURÉ OU DE SES AYANTS DROIT

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

Le candidat à l'Assurance s'engage à se soumettre aux formalités d'adhésion prévues à l'article 3.2 de la présente Notice et à s'acquitter de ses cotisations.

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

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

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

– Toute modification relative au prêt, objet du contrat et à l'amortissement ou aux conditions de remboursement de son opération financière (renégociation, remboursement anticipé, allongement de la durée, etc.) ou à son engagement de remboursement, L' Adhérent dispose alors de 120 jours à compter de la modification pour adresser à l'Assureur le nouvel échéancier et la copie de tous les actes contractuels ou juridiques initiaux et ceux ayant pour objet une modification de ses engagements. Passé ce délai, il ne pourra être fait de modification à effet rétroactif. Celle-ci n'interviendra alors qu'à réception du tableau actualisé.

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

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

Dans le cadre d'une modification du tableau d'amortissement hors prêt additionnel et hors renégociation de prêt où l'Emprunteur changerait de Banque, pour toute modification relative à un allongement de la durée du prêt inférieur ou égal à 10 % de la durée initiale et en tout état de cause d'une durée maximum de 24 mois et/ou pour toute modification relative au montant du prêt inférieure ou égale à 10 % et en tout état de cause inférieure ou égale à 50 000 euros du montant du capital restant, aucune sélection médicale ne sera demandée.

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

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

IRREVOCABILITE DES GARANTIES :

En revanche, les changements intervenus dans la situation de L' Assuré en cours de contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

23.2 - EN CAS DE DÉCÈS

LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DEVRA (ONT) TRANSMETTRE UNE DEMANDE DE VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES SUIVANTES :

L'ORIGINAL DU CERTIFICAT D'ADHÉSION ET DE SES AVENANTS LE CAS ÉCHÉANT ;

UN ACTE ORIGINAL DE DÉCÈS DE L' ASSURÉ ;

PROCÈS - VERBAL DE POLICE OU DE GENDARMERIE S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT ;

SOUS PLI CONFIDENTIEL, À L' ATTENTION DU « MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR », ET SUR LE MODÈLE FOURNI PAR L'ASSUREUR, UN QUESTIONNAIRE MÉDICAL REMPLI PAR LE MÉDECIN TRAITANT DE L' ASSURÉ OU, À DÉFAUT, LE MÉDECIN AYANT CONSTATÉ LE DÉCÈS ET INDIQUANT NOTAMMENT LA CAUSE DU DÉCÈS ;

UNE ATTESTATION DE L'ORGANISME PRÊTEUR DÉTAILLANT LE CAPITAL RESTANT DÛ AU JOUR DU DÉCÈS ;

UN CERTIFICAT DE VIE DU (DES) BÉNÉFICIAIRE(S) ;

TOUTES AUTRES PIÈCES JUGÉES UTILES PAR L'ASSUREUR.

23.3 - EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE

L' ASSURÉ DEVRA TRANSMETTRE DANS UN DÉLAI DE QUATRE MOIS LES PIÈCES SUIVANTES :

UNE DÉCLARATION D'ARRÊT DE TRAVAIL SIGNÉE PAR LUI ;

SOUS PLI CONFIDENTIEL AU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR, UN QUESTIONNAIRE MÉDICAL, SUR LE MODÈLE FOURNI PAR L'ASSUREUR, ÉTABLI PAR SON MÉDECIN TRAITANT PRÉCISANT LA DATE D'ARRÊT DE TRAVAIL, SA DURÉE, LA NATURE DES BLESSURES OU DE LA MALADIE, LA DATE DE CONSTATATION DES PREMIERS SYMPTÔMES, L'ÉVOLUTION ET LES CONSÉQUENCES PROBABLES DE L'AFFECTION ;

LES JUSTIFICATIFS DE PROLONGATION D'ARRÊT : COPIES DES FEUILLES D'ARRÊT MALADIE OU ACCIDENT, ET S'IL EST SALARIÉ, LES DÉCOMPTES DE PRESTATIONS EN NATURE VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE ;

LE CERTIFICAT DE REPRISE Y COMPRIS À TEMPS PARTIEL : LE DOCUMENT DE L'ORGANISME PRÊTEUR JUSTIFIANT DES ÉCHÉANCES ;

TOUTES AUTRES PIÈCES JUGÉES UTILES PAR L'ASSUREUR.

EN L'ABSENCE DE TRANSMISSION DES DOCUMENTS SOLlicitÉS PAR L'ASSUREUR, LA PRISE EN CHARGE NE POURRA ÊTRE ACCORDÉE OU MAINTENUE.

23.4 - EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE, D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE, DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE OU D'INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES

L' ASSURÉ DEVRA TRANSMETTRE DANS UN DÉLAI DE QUATRE MOIS UNE DEMANDE DE VERSEMENT DU CAPITAL RESTANT DÛ ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES SUIVANTES :

L'ORIGINAL DU CERTIFICAT D'ADHÉSION ET DE SES AVENANTS LE CAS ÉCHÉANT ;

SOUS PLI CONFIDENTIEL, A L'ATTENTION DU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR, UN QUESTIONNAIRE MÉDICAL, SUR LE MODÈLE FOURNI PAR L'ASSUREUR, ÉTABLI PAR SON MÉDECIN TRAITANT PRÉCISANT LA NATURE DES BLESSURES OU DE LA MALADIE, LEURS SÉQUELLES PERMANENTES ET LA DATE DE CONSOLIDATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ;

UNE ATTESTATION DE L'ORGANISME PRÊTEUR DÉTAILLANT LE CAPITAL RESTANT DÛ AU JOUR DE LA CONSOLIDATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ;

TOUTES AUTRES PIÈCES JUGÉES UTILES PAR L'ASSUREUR.

23.5. RÈGLES COMMUNES AUX ARTICLES 23.2, 23.3 ET 23.4

DANS TOUS LES CAS, L'ASSUREUR SE RÉSERVE LE DROIT DE RÉCLAMER TOUT JUSTIFICATIF SUPPLÉMENTAIRE Y COMPRIS D'ORDRE MÉDICAL ET DE FAIRE PROCÉDER À TOUTE EXPERTISE MÉDICALE QU'IL JUGE NÉCESSAIRE POUR PRENDRE UNE DÉCISION SUR LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE OU LE MAINTIEN DES PRESTATIONS.

EN L'ABSENCE DE TRANSMISSION DES DOCUMENTS SOLlicitÉS PAR L'ASSUREUR, LA PRISE EN CHARGE NE POURRA ÊTRE ACCORDÉE.

TOUTE RÉTICENCE OU DÉCLARATION INTENTIONNELLEMENT FAUSSE DE LA PART DE L' ASSURÉ OU DE SES AYANTS DROIT, DE MÊME QUE LA PRODUCTION DE DOCUMENTS INEXACTS OU MENSONGERS QUANT À LA DATE, AUX CIRCONSTANCES OU AUX CONSÉQUENCES DU SINISTRE, ENTRAÎNENT LA DÉCHÉANCE DE TOUT DROIT À INDEMNITÉ POUR LE SINISTRE EN CAUSE.

PAR AILLEURS, SI L' ASSURÉ NE TRANSMET PAS DANS LE DÉLAI DE QUATRE MOIS PRÉVU, LES DOCUMENTS SOLlicitÉS, L'ASSUREUR SE RÉSERVE LE DROIT, EN RAISON DU DOMMAGE LIÉ À SON IMPOSSIBILITÉ DE CONTRÔLER L'ÉTAT D'INVALIDITÉ, DE FIXER LA DATE DE LA RECONNAISSANCE DE L'ÉTAT D'INCAPACITÉ (I.T.T./I.T.P.) OU D'INVALIDITÉ (I.P.T./I.P.P.) AU JOUR DE SA DÉCLARATION À L'ASSUREUR, DANS LA LIMITE DE LA LOI.

LE NON-RESPECT DES DISPOSITIONS DU PRÉSENT ARTICLE 23 ENTRAÎNE LA DÉCHÉANCE DU DROIT À GARANTIE.

ARTICLE 24 EXPERTISE ET CONTRÔLE

24.1 - LE CONTRÔLE

L'Assureur peut, à tout moment, demander à L'Assuré de se soumettre à une expertise médicale effectuée par un médecin indépendant désigné par l'Assureur afin de constater la gravité de son état de santé.

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

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

24.2 - L'ARBITRAGE MÉDICAL

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

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions du médecin désigné, sont notifiées à L'Assuré par courrier.

ARTICLE 25 OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

25.1 - À L'ADHÉSION

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

25.2 - EN CAS DE SINISTRE

En cas de décès ou de reconnaissance d'un état de santé de L'Assuré ouvrant droit aux prestations conformément à l'ensemble des modalités du présent contrat, l'Assureur s'engage à régler :

Le capital restant dû au titre des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Invalidité Spéciale Professions Médicales dans les 30 jours suivant la réception du dossier complet ;

Les échéances dues au titre des garanties incapacité (I.T.T./I.T.P.) et invalidité (I.P.T./I.P.P.) dans les 15 jours suivant la réception du dossier complet et par la suite aux échéances concernées.

ARTICLE 26 PRESCRIPTIONS APPLICABLES AUX GARANTIES

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

ARTICLE L 114-1 DU CODE DES ASSURANCES :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de L'Assuré.

ARTICLE L 114-2 DU CODE DES ASSURANCES :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à L'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par L'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE L 114-3 DU CODE DES ASSURANCES :

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont prévues au code civil et sont : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240) ; la demande en justice (article 2241) ; la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244) ; l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245) ; l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance (article 2246).

RENONCIATION - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS MÉDIATION - CONTRÔLE

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 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 1^{er} paragraphe et du 2^{ème} paragraphe du présent article 27, le délai de renonciation est porté, dans les cas visés par ces deux paragraphes, à 30 jours.

Par ailleurs, l'Adhérent peut, dans tous les cas (qu'il s'agisse ou non de l'un des cas visés au 1^{er} ou 2^{ème} paragraphe du présent article 27), 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), né(e) le....., demeurant....., déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance n° 0139 FACL et 0139 FICL.

Fait à....., le [signature] »

ARTICLE 28 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

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

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

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Adhérent et L'Assuré peuvent exercer leurs droits d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations les concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, des autres sociétés du groupe, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou des organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne. Ce droit d'accès, d'opposition ou de rectification peut être exercé auprès de l'Assureur, dont le siège social est rappelé à l'article 2.

ARTICLE 29 RÉCLAMATIONS

Pour toutes réclamations ou communications les Adhérents doivent écrire à UGIP Assurances, gestionnaire mandaté par l'association et l'Assureur, à l'adresse suivante :

UGIP Assurances- Service Réclamations
73-75 rue Brillat-Savarin
75013 PARIS.

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

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

ARTICLE 30 CONTRÔLE

Les Assureurs sont agréés par la Prudential Regulation Authority, Bank of England, Threadneedle Street, Londres, EC2R 8AH, Royaume-Uni et soumis au contrôle de la Financial Conduct Authority, 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres, E14 5HS, Royaume-Uni et de la Prudential Regulation Authority.

L'autorité chargée du contrôle du Contrat est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.