

NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE EMPRUNTEUR À ADHÉSION FACULTATIVE

UGIP AVENIR CRD N°QUA25G00802E

PRÉAMBULE

La présente notice d'information référencée **UGIP_Avenir_CRD_Notice_V062025**, valant conditions générales, a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du Contrat collectif UGIP AVENIR CRD (Ci-après désigné par le terme « Contrat ») à adhésion facultative souscrit auprès de Quatrem par l'Association Union Générale Inter Professionnelle, sous le n° de convention **QUA25G00802E**. Le Contrat est régi par le droit français et notamment par le Code des assurances.

QUATREM (Société du groupe Malakoff Humanis), société anonyme au capital de 510 426 261 euros. Entreprise régie par le Code des assurances, Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724, dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte 75009 PARIS. Elle est également désignée ci-après par le terme « Assureur ».

Le souscripteur du Contrat collectif est l'Association Union Générale Inter Professionnelle, Association sans but lucratif régie par la Loi du 1er juillet 1901 dont le siège social est situé au 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris. Elle est également désignée ci-après par le terme « Souscripteur ».

Le Contrat est géré par UGIP ASSURANCES, société anonyme au capital de 130 944 €. Immatriculée au RCS de Paris n°398 784 645 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'ORIAS n°07 005 590 (www.orias.fr) dont le siège social est situé au 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris. Elle est également désignée ci-après par le terme « Gestionnaire ».

L'activité de ces entreprises est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09.

L'adhésion au Contrat UGIP AVENIR CRD est constituée par la demande d'adhésion, la présente notice d'information et le Certificat d'adhésion.

LEXIQUE

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans le Contrat comportent une majuscule et sont définis dans ce lexique :

Accident : Toute atteinte ou lésion non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. **Toutefois, sont considérées comme des Maladies et non comme des Accidents, les lésions organiques provoquées par un effort, les insulations, congélations, congestions, les accidents vasculaires cérébraux, les burn out et les dépressions post-traumatiques.**

Adhérent : Personne physique ou morale qui adhère à l'Association et à la présente Convention et s'engage à payer les cotisations. L'Adhérent est l'Assuré ou la personne morale emprunteuse dont l'Assuré est le représentant légal ou l'associé.

Affection : Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).

Assuré : Personne qui bénéficie des garanties du contrat. L'Assuré est inscrit sur le Certificat d'adhésion.

Bénéficiaire : L'Organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant, désigné sur la demande d'adhésion et éventuellement pour la garantie Décès, la (les) personne(s) physique(s) désignée(s) après accord de l'Organisme prêteur en cas d'avenant de cession.

Certificat d'adhésion : Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion au contrat et qui précise notamment : les garanties choisies, leur date d'effet et leur montant ainsi que la durée des Franchises.

Caution : Personne physique qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir ou le dirigeant de droit ou associé d'une personne morale emprunteuse qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur.

Consolidation : Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, constatée par expertise médicale, permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de son état de santé.

Formalités médicales : Questionnaire de santé, examens médicaux,

questionnaire lié à une pathologie, demande d'informations médicales complémentaires pouvant être réclamés à l'Assuré lorsqu'il ne répond aux conditions cumulatives prévues à l'article L.113-2-1 du Code des assurances.

Formalités financières : Questionnaire « Emprunt personnel » ou « Emprunt professionnel » et justificatifs pouvant être réclamés à l'Assuré.

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période aucune prestation n'est due.

Garantie Invalidité Spécifique (Invalidité Spécifique) : L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Spécifique si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une incapacité professionnelle totale et une incapacité fonctionnelle supérieure ou égale à 70%.

Incapacité Temporaire Totale (ITT) : L'Assuré exerçant de manière effective une activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Incapacité Temporaire Totale si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer sa profession.

L'Assuré n'exerçant pas ou n'exerçant plus une 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 Occupations de la vie quotidienne.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Permanente Partielle si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une invalidité comprise entre 33% et 66%.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Permanente Totale si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une invalidité supérieure ou égale à 66%.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Montant garanti : Montant du capital emprunté assuré par le présent contrat et calculé à partir de la Quotité assurée.

Occupations de la vie quotidienne : Faculté pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

Organisme prêteur : Le prêteur, personne morale, mentionné sur la demande d'adhésion ayant consenti le prêt à l'Adhérent.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : État qui place l'Assuré dans l'inaptitude totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit ou accomplir l'ensemble des Occupations de la vie quotidienne. De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Prêt immobilier : Contrat de crédit destiné à financer l'acquisition ou la construction d'un bien à usage d'habitation ou à usage mixte d'habitation et professionnel ainsi que les travaux s'y rapportant ou à financer l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de ce bien.

Quotité assurée : Pourcentage du capital emprunté assuré par le présent contrat choisi par l'Adhérent. Ce pourcentage peut être inférieur ou égal à 100% pour chaque Assuré. La Quotité assurée choisie est identique pour toutes les garanties.

Rechute : Tout nouvel arrêt de travail ou tout nouvel arrêt des Occupations de la vie quotidienne survenant dans les soixante (60) jours suivant la reprise d'un arrêt initial et provenant de la même Affection que cet arrêt initial.

Résidence : Désigne le lieu d'habitation, actuel ou futur déclaré à l'adhésion, de plus de six (6) mois par année civile pour une personne physique et le lieu

du siège social ou de l'établissement pour une personne morale. Correspond à la résidence fiscale.

Sinistre : Évènement donnant lieu à garantie au titre du Contrat lorsque celle(s)- ci est(ont) en vigueur : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Spécifique.

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le Contrat a pour objet, en fonction des garanties souscrites et de la Quotité assurée choisie par l'Adhérent, le versement par l'Assureur au Bénéficiaire :

- D'un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou d'Invalidité Permanente Totale en capital (IPT en capital) de l'Assuré,
- De tout ou partie des mensualités du prêt venant à échéance, en cas d'Incapacité Temporaire Totale (IT.), de cessation totale ou partielle d'activité professionnelle ouvrant droit à la Garantie Aide à la Famille (GA.), d'Invalidité Permanente Totale en rente (IP. en rente) ou Partielle (IPP) ou d'Invalidité Spécifique (GIS) de l'Assuré.

L'Assuré a la possibilité d'opérer un choix entre les formules de garantie suivantes :

- **Formule n°1** : Décès et PTIA ou Décès seul si l'Assuré a plus de soixante-six (66) ans à l'adhésion,
- **Formule n°2** : Formule n°1 + IPT,
- **Formule n°3** : Formule n°1 + IPT et ITT,
- **Formule n°4** : Formule n°1 + IPT + ITT et IPP,
- **Formule n°5** : Formule n°1 + GIS

Choix de la Franchise : l'Adhérent qui souscrit les garanties IPT, ITT ou IPP a le choix, au moment de sa demande d'adhésion, entre une Franchise de quatre-vingt-dix (90) ou cent quatre-vingts (180) jours.

Le contrat propose également des garanties optionnelles en complément des formules 2 à 4 :

- Option UGIP MNO
- Option UGIP PLUS
- Option Exonération des cotisations

Les garanties dont bénéficie l'Assuré sont celles mentionnées sur son Certificat d'adhésion.

ARTICLE 2 : CONDITIONS D'ADMISSION À L'ASSURANCE

2.1. Adhérent et personnes assurables

Conditions pour pouvoir adhérer au présent Contrat :

- Être une personne physique âgée de dix-huit (18) ans au moins et de quatre-vingts (80) ans au plus pour la garantie Décès et de soixante-six (66) ans au plus pour les autres garanties, à la date de la demande d'adhésion ou être une personne morale emprunteuse.

Conditions pour pouvoir être assuré au titre du Contrat :

- Être une personne physique âgée de dix-huit (18) ans au moins et de quatre-vingts (80) ans au plus pour la garantie Décès et de soixante-six (66) ans au plus pour les autres garanties, à la date de la demande d'adhésion.

Lorsque la personne à assurer répond aux conditions cumulatives prévues à l'article L.113-2-1 du Code des assurances, l'âge maximum à l'adhésion est de cinquante-neuf (59) ans pour l'ensemble des garanties.

- Être emprunteur, co-emprunteur ou caution d'une personne physique ou représentant légal ou associé de la personne morale adhérente emprunteuse, tenu au remboursement du prêt contracté.
- Avoir contracté, au titre d'une même opération de crédit, un ou plusieurs prêt(s) auprès d'un Organisme prêteur, libellé(s) en euros, pour un montant total minimum garanti supérieur ou égal à dix-huit mille (18 000) euros au titre du Contrat.
- Avoir satisfait aux Formalités médicales et aux Formalités financières le cas échéant.

À savoir

Conformément à l'article L.113-2-1 du Code des assurances, pour les Prêts

immobiliers, la personne à assurer n'a pas à se soumettre à des Formalités médicales sous réserve que :

- Le montant assuré total de ses Prêts immobiliers (y compris l'emprunt ou les emprunts à assurer au titre du présent contrat) n'excède pas deux cent mille (200 000) euros à la date d'adhésion,
- Et que l'emprunt ou les emprunts à assurer au titre du présent Contrat arrive(nt) à échéance de remboursement avant son soixantième (60^{ème}) anniversaire.

- **Ne pas exercer l'une des activités ou professions suivantes :**

Professions du secteur maritime y compris sous-marin (par exemple sortie en mer, chantiers navals, dockers), professions du secteur forestier, professions avec manipulation et/ou transport de produits dangereux (par exemple explosifs, radioactifs, chimiques, toxiques), professions exercées à une hauteur supérieure à vingt (20) mètres (par exemple grutiers, travail sur échafaudage), sportifs professionnels, moniteurs de ski ou guide de montagne, professions du secteur pétrolier avec activités on ou off-shore, professions en lien avec la sécurité, le maintien de l'ordre, la surveillance, nécessitant le port d'une arme ou non, militaires, professions de secours (par exemple pompier, secouriste), professions des arts forains, artistes de cinéma ou de télévision, intermittents du spectacle, journaliste et reporters, professions du cirque, cascadeurs, professions relative à l'astrologie, la voyance, le magnétisme, la cartomancie, professions impliquant une activité minière, souterraine ou de galerie, pilote, moniteur, mécanicien dans le secteur de l'aérien (hormis ceux exerçant pour une compagnie nationale, internationale et charter de plus de trente (30) places, avion de société, avion taxi, avion-cargo), professions avec déplacements de plus de un (1) mois continus hors Europe, Etats Unis, Canada, Japon.

Toutefois, à la demande expresse du candidat à l'assurance, tout ou partie de ces professions peut être assurée sous réserve d'acceptation par l'Assureur, après étude préalable et application éventuelle de conditions particulières.

2.2. Convention AERAS (S'assurer et Emprunter Avec un Risque Aggravé de Santé)

Lorsque le candidat à l'assurance est soumis à des Formalités médicales d'adhésion et que les garanties sollicitées ne peuvent être accordées aux conditions standard avec le cas échéant des exclusion(s) et/ou surprime (niveau 1 de la convention AERAS), elles sont alors examinées individuellement au titre du niveau 2 de la convention AERAS. Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr/.

2.3. Nature des opérations de crédit concernées

L'assurance concerne les prêts libellés en euros et consentis par un Organisme prêteur situé en France métropolitaine ou dans l'un des territoires suivants : La Réunion, Guadeloupe, Martinique, Nouvelle Calédonie et Polynésie Française. Sont assurables au titre du Contrat les prêts suivants :

- **Prêts amortissables** à taux fixe ou à taux variable, sans différé ou avec un différé d'amortissement (total ou partiel) maximum de trente-six (36) mois, d'une durée maximale (dont différé) de trois cent soixante (360) mois (hors prêts à taux zéro),
- **Prêts remboursables in fine**, d'une durée maximale de deux cent quarante (240) mois,
- **Investissements locatifs**,
- **Prêts relais**, d'une durée maximale de trente-six (36) mois,
- **Prêts de restructuration**, d'une durée maximale de trois cent soixante (360) mois,
- **Prêts à taux zéro**.

La garantie IPT en capital ne peut pas être souscrite pour les prêts relais et les prêts in fine.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque et pourra demander la communication du tableau d'amortissement de l'emprunt.

Ne sont pas éligibles aux garanties du Contrat, les types de prêts suivants :

- Les crédits de trésorerie (découvert bancaire et facilité de caisse),
- Les crédits permanents renouvelables,
- Les prêts viagers hypothécaires,
- Les prêts Europlan,

- Les prêts d'une durée supérieure à trente (30) ans,
- Les prêts entre particuliers,
- Les crédits-bails,
- Les crédits-vendeurs,
- Les prêts participatifs et obligataires.

L'Assureur peut demander tout complément d'information nécessaire à l'étude du dossier.

2.4. Montants assurables

Les prestations versées pour tous les prêts assurés dans le cadre du présent contrat sont limitées pour un Assuré à :

- 5 000 000 euros au titre des garanties Décès/PTIA,
- 10 500 euros par mois au titre des garanties ITT, IPT et IPP,
- 2 500 euros par mois au titre de la garantie Aide à la Famille.

Il est par ailleurs précisé que pour les Assurés résidant en Corse, à la Réunion, en Guadeloupe, en Martinique, en Nouvelle Calédonie ou en Polynésie Française, le montant maximum garanti par Assuré au titre des garanties Décès/PTIA est fixé à un million (1 000 000) d'euros et à quatre mille (4 000) euros par mois au titre des garanties ITT / IPT et IPP.

2.5. Conditions de résidence

Conditions d'éligibilité liée au lieu de Résidence de l'Adhérent	L'Adhérent doit résider en France continentale, en Corse ou dans l'un des territoires suivants : La Réunion, Guadeloupe, Martinique, Nouvelle Calédonie et Polynésie Française.
Conditions d'éligibilité liée au lieu de l'Organisme prêteur	L'Organisme prêteur doit être situé en France continentale (y compris succursales de banques étrangères), en Corse ou dans l'un des territoires suivants : Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Nouvelle Calédonie, Polynésie Française.

Il est par ailleurs précisé que si l'adhésion est conclue en substitution d'une précédente assurance conformément à l'article L. 313-30 du Code de la consommation et si l'Assuré répond aux conditions cumulatives prévues à l'article L.113-2-1 du Code des assurances, l'assurance précédente doit impérativement être l'assurance proposée par l'Organisme prêteur.

ARTICLE 3 : GARANTIES

Les garanties s'exercent sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « EXCLUSIONS DES GARANTIES » à moins que celles-ci n'aient fait l'objet d'un rachat mentionné sur le Certificat d'adhésion.

En cas de décès simultané de co-emprunteurs assurés, le capital versé par l'Assureur au titre d'un même prêt, ne pourra être supérieur au capital restant dû par les Assurés à l'Organisme prêteur au jour du décès, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur

En cas d'incapacité ou d'invalidité simultanée de co-emprunteurs assurés, le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt ne pourra excéder le montant de la mensualité de remboursement due par les Assurés à l'Organisme prêteur, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur.

Important

L'attention des Assurés est attirée sur le fait que les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière d'invalidité.

3.1. La garantie Décès

3.1.1. La garantie temporaire Décès Accidentel

L'Assuré bénéficie d'une garantie temporaire en cas de décès suite à un Accident survenant entre la date à laquelle le Gestionnaire réceptionne la demande d'adhésion et la date d'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'envoi du Certificat d'adhésion, uniquement dans le cas où une offre de prêt a été remise.

Cette garantie temporaire ne s'applique pas si l'adhésion est conclue en substitution d'une précédente assurance conformément à l'article L. 313-30 du Code de la consommation.

Le Montant garanti est égal au montant du capital indiqué dans la demande d'adhésion au titre de la garantie Décès dans la limite de 310 000 euros.

Cette garantie prendra fin dès que le Gestionnaire aura notifié à l'Adhérent l'acceptation de son adhésion concrétisée par l'envoi du Certificat d'adhésion ou le refus de son adhésion. Elle cessera automatiquement si l'Adhérent ne donne pas suite à sa demande et dans tous les cas au plus tard soixante (60) jours à compter de la date à laquelle le Gestionnaire réceptionne la demande d'adhésion.

3.1.2. La garantie Décès

Si l'Assuré décède à la suite d'un événement garanti, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre dans la limite du Montant garanti.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts divers (notamment intercalaires, de retard, autres), pénalités, indemnités de résiliation ne sont pas pris en compte dans l'indemnisation.

Si l'Assuré décède à la suite d'un événement garanti avant que les fonds ne soient totalement débloqués, la garantie décès produira tous ses effets si le contrat de prêt stipule expressément que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure.

Le paiement du capital met fin à l'assurance. La garantie décès cesse au plus tard au quatre-vingt-dixième (90^{ème}) anniversaire de l'Assuré.

3.2. La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

Le capital restant dû est déterminé à la date de Consolidation de la PTIA fixée par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe « Expertise Médicale ».

Pour bénéficier de cette garantie, la PTIA doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à pension de vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au jour de son soixante-et-onzième (71^{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.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), la PTIA doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts divers (notamment intercalaires, de retard, autres), pénalités, indemnités de résiliation ne sont pas pris en compte dans l'indemnisation.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

3.3. La garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T)

Cette garantie peut être souscrite en complément des garanties Décès / PTIA et exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion.

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, le versement de l'Assureur à l'Organisme Prêteur pourra prendre deux (2) formes, en fonction de la garantie souscrite par l'Adhérent :

- **Garantie invalidité permanente totale en capital**

L'Assureur verse à l'Organisme prêteur, selon la Franchise souscrite à l'adhésion, le capital restant dû tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts divers (notamment intercalaires, de retard, autres), pénalités, indemnités de résiliation ne sont pas pris en compte dans l'indemnisation.

Le paiement du capital met fin à l'assurance si la quotité assurée

en IPT est égale à celle assurée en Décès / PTIA.

Si la quotité assurée en IPT est inférieure à celle assurée en Décès / PTIA, l'Assuré demeure couvert au titre des garanties Décès / PTIA à hauteur de la Quotité assurée pour ces garanties, sous déduction du capital versé au titre de l'IPT.

La garantie IPT en capital ne peut être souscrite pour les Prêts in fine.

• **Garantie invalidité permanente totale en rente**

L'Assureur verse à l'Organisme prêteur, selon la Franchise souscrite à l'adhésion, les mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

La prise en charge des mensualités de remboursement s'applique proportionnellement à la durée de l'IPT.

Le mode de versement choisi est valable pendant toute la durée de l'adhésion.

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel il est affilié.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-dessous :

TAUX PROFESSIONNEL	TAUX FONCTIONNEL									
	15	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	13,1	15,9	20,8	25,2	29,2	33	36,6	40	43,3	46,4
15	15	18,2	23,8	28,8	33,5	37,8	41,9	45,8	49,5	53,1
20	16,5	20	26,2	31,8	36,9	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30	18,9	22,9	30	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40	20,8	25,2	33	40	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50	22,4	27,1	35,6	43,1	50	56,5	62,6	68,4	74	79,4
60	23,8	28,9	37,8	45,8	53,1	60	66,5	72,7	78,6	84,3
70	25,1	30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70	76,5	82,8	88,8
80	26,2	31,8	41,6	50,4	58,5	66	73,2	80	86,5	92,8
90	27,3	33	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90	96,6
100	28,2	34,2	44,8	54,3	63	71,1	78,8	86,2	92,2	100

Pour l'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'interruption initiale de ses Occupations de la vie quotidienne constatée médicalement, le taux d'invalidité permanente est apprécié uniquement en fonction de l'invalidité fonctionnelle.

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 66%.

L'état d'IPT est déterminé à la date de Consolidation de l'Assuré, fixée par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe « Expertise Médicale ».

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) ou au soixante-septième (67^{ème}) anniversaire de l'Assuré ou au plus tard au soixante-et-onzième (71^{ème}) anniversaire si l'Assuré a souscrit à l'option UGIP PLUS 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.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), l'IPT doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 66 %,
- en cas d'indemnisation au titre de la garantie Décès ou PTIA,

- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) ou au soixante-septième (67^{ème}) anniversaire de l'Assuré ou au plus tard au soixante-et-onzième (71^{ème}) anniversaire si l'Assuré a souscrit à l'option UGIP PLUS en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée,
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- et dans tous les autres cas de cessation prévus au paragraphe « Fin des garanties et de l'adhésion ».

Important

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'IPT en rente ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie IPT en rente le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

3.4. La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties Décès / PTIA et ITT/IPT :

- au moment de l'adhésion au Contrat, pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion ;
- au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion, si l'Organisme prêteur l'exige.

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur, selon la Franchise souscrite à l'adhésion, les mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur, proportionnellement au calcul défini ci-dessous et dans la limite du Montant garanti.

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel il est affilié.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée par l'Assuré 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 abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0 % et 100 %, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-dessous :

TAUX PROFESSIONNEL	TAUX FONCTIONNEL									
	15	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	13,1	15,9	20,8	25,2	29,2	33	36,6	40	43,3	46,4
15	15	18,2	23,8	28,8	33,5	37,8	41,9	45,8	49,5	53,1
20	16,5	20	26,2	31,8	36,9	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30	18,9	22,9	30	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40	20,8	25,2	33	40	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50	22,4	27,1	35,6	43,1	50	56,5	62,6	68,4	74	79,4
60	23,8	28,9	37,8	45,8	53,1	60	66,5	72,7	78,6	84,3
70	25,1	30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70	76,5	82,8	88,8
80	26,2	31,8	41,6	50,4	58,5	66	73,2	80	86,5	92,8
90	27,3	33	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90	96,6
100	28,2	34,2	44,8	54,3	63	71,1	78,8	86,2	92,2	100

Pour l'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'interruption initiale de ses Occupations de la vie quotidienne constatée médicalement, le taux d'invalidité permanente est apprécié uniquement en fonction de l'invalidité fonctionnelle.

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.

Les prestations versées au titre de la garantie I.P.P sont égales à la base définie ci-dessous multipliée par la Quotité assurée :

$$N - 33\% \times \text{mensualité}$$

33%

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPP doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) ou au soixante-septième (67^{ème}) anniversaire de l'Assuré ou au plus tard au soixante-et-onzième (71^{ème}) anniversaire si l'Assuré a souscrit à l'option UGIP PLUS 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.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), l'IPP doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des mensualités de remboursement s'applique proportionnellement à la durée de l'IPP.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33%,
- en cas d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale,
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) ou au soixante-septième (67^{ème}) anniversaire de l'Assuré ou au plus tard au soixante-et-onzième (71^{ème}) anniversaire de l'Assuré en cas de souscription de l'option UGIP PLUS en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée,
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- et dans tous les autres cas de cessation prévus au paragraphe « Fin des garanties et de l'adhésion ».

Important

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'IPP ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie IPP le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

3.5. La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Cette garantie peut être souscrite en complément des garanties Décès / PTIA et IPT et exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion.

L'Assureur verse à l'Organisme prêteur selon la Franchise souscrite à l'adhésion, les mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur dans la limite du Montant garanti.

La prise en charge de tout ou partie des mensualités de remboursement s'applique proportionnellement à la durée de l'ITT.

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet de la garantie.

Pour donner droit aux versements définis ci-dessus, l'incapacité doit entraîner une interruption réelle et complète des activités professionnelles de l'Assuré ou des Occupations de la vie quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre.

L'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

La période de grossesse couverte par le congé légal de maternité, ou assimilé pour les non-salariés tel que prévu par le code du travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité temporaire totale de travail ; cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui sont sans emploi.

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré, l'Assureur versera pendant douze (12) mois maximum, au prorata de la période indemnisée, les mensualités de remboursement venant à échéance à hauteur de 50% du Montant garanti sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins deux (2) mois

au titre de l'incapacité temporaire totale.

Rechute :

Lorsque l'Assuré reprend son activité après une I.T.T indemnisée par l'Assureur et qu'il est à nouveau en I.T.T au titre du Contrat du fait de la même Affection dans les soixante (60) jours de la reprise, la période indemnisée et celle consécutive à la Rechute sont considérées comme une seule et même période. Aucun délai de Franchise n'est de nouveau appliqué. Dans le cas contraire, un nouveau délai de Franchise s'applique.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas de reprise totale ou partielle du travail (sauf si elle est justifiée pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré) ou des Occupations de la vie quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre,
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité totale physiquement ou mentalement d'exercer ses activités professionnelles ou d'accomplir les Occupations de la vie quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre,
- à la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré,
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) ou au soixante-septième (67^{ème}) anniversaire de l'Assuré ou au plus tard au soixante-et-onzième (71^{ème}) de l'Assuré en cas de souscription de l'option UGIP PLUS en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée,
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- pendant la période de congé légal de maternité ou de paternité pour les Assurés,
- et dans tous les autres cas de cessation prévues au paragraphe « Fin des garanties et de l'adhésion ».

Important

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'ITT ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie ITT le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

3.6. La garantie Aide à la famille (GAF)

L'Aide à la famille est une garantie incluse à la garantie ITT.

L'Assuré bénéficie de la Garantie Aide à la Famille lorsque les conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- l'Assuré bénéficie de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L.544-1 et suivants du code de la Sécurité sociale,
- l'Assuré n'était pas déjà bénéficiaire de l'AJPP au jour de la prise d'effet des garanties du contrat,
- l'Assuré cesse partiellement ou totalement son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant,
- la prise en charge de la GAF intervient avant le vingtième (20^{ème}) anniversaire de son enfant.

En cas de mise en œuvre de la GAF, l'Assureur verse au Bénéficiaire 50% des mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur en tenant compte de la Quotité assurée et du nombre de jours de versement de l'AJPP.

L'indemnisation sera proratisée sur une base AJPP de vingt-deux (22) jours par mois.

Le versement de l'indemnisation peut être continu ou discontinu. Il se poursuit tant que l'Assuré bénéficie de l'AJPP et pour une durée maximale de six cent vingt (620) jours pendant toute la durée de l'adhésion au Contrat.

La prestation versée au titre de la GAF est plafonnée à deux mille cinq cents (2 500) euros par mois et par Assuré pour tous les prêts couverts au titre du Contrat.

Elle couvre les prêts immobiliers destinés au financement de la résidence principale, la résidence secondaire, l'investissement locatif et les prêts

professionnels éligibles aux garanties du présent Contrat.

Non cumul des prestations :

Les prestations versées au titre de la GAF ne peuvent se cumuler avec aucune autre prestation du Contrat. Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), le versement des prestations au titre de la GAF peut être accordé pendant toute la durée de la Franchise.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, la prise en charge des mensualités ne pourra se cumuler.

Les prestations cesseront d'être versées :

- lorsque l'Assuré ne bénéficie plus de l'AJPP et n'est plus en mesure d'en fournir les justificatifs de versement,
- lorsque l'Assuré a perçu dans le cadre du Contrat six cent vingt (620) jours de prestation au titre de l'AJPP,
- lorsque l'enfant concerné atteint son vingtième (20^{ème}) anniversaire,
- à la date de cessation de la garantie ITT.

Important

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la GAF le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

Aucune modification du (des) plan(s) de remboursement initial (aux) ayant pour effet d'entraîner une majoration du montant des mensualités ne sera prise en compte..

3.7. Les garanties optionnelles

3.7.1. Option UGIP MNO

Cette option peut être souscrite en complément des garanties IPT ou IPT/ ITT ou IPT/ ITT/ IPP :

- exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat, pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion,
- au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion si l'Organisme prêteur l'exige.

Cette option a pour objet le rachat des exclusions des sinistres résultant et/ou provenant des affections psychiatriques et des affections du dos telles que définies au paragraphe « EXCLUSIONS DES GARANTIES ».

3.7.2. Option UGIP PLUS

Cette option est proposée en complément des garanties IPT ou IPT/ ITT ou IPT/ ITT/ IPP :

- exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat, pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion,
- au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion si l'Organisme prêteur l'exige.

Cette option a pour objet d'allonger la durée de couverture maximale des garanties ITT, IPT et IPP jusqu'au soixante-et-onzième (71^{ème}) anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

3.7.3. Option Exonération des cotisations

Lorsque cette option est souscrite et que l'Assureur verse des prestations au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Aide à la Famille, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré est exonéré du paiement de l'ensemble des cotisations dues au titre du Contrat indemnisé.

3.8. La garantie Invalidité Spécifique (GIS)

Cette garantie prévue par la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), pour les opérations qui y sont éligibles, ne peut être proposée qu'en complément des garanties Décès / PTIA.

Elle est étudiée en remplacement de la garantie IPT lorsque cette dernière est refusée pour raison médicale.

En cas d'Invalidité Spécifique reconnue de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur les mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur dans la limite du Montant garanti.

Pour qu'il y ait Invalidité Spécifique, l'Assuré doit présenter une incapacité professionnelle totale et une incapacité fonctionnelle d'un taux au moins égal à 70%.

En cas de polyopathologies la cotation est additive c'est-à-dire qu'elle s'effectue en sommant les taux des différentes pathologies.

L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de deuxième (2^{ème}) ou troisième (3^{ème}) catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires.

Pour ouvrir droit à indemnisation, l'Invalidité Spécifique doit être consolidée au plus tard au soixante-sixième (66^{ème}) anniversaire de l'Assuré et en tout état de cause avant la mise en retraite de l'Assuré et avant qu'il ait atteint l'âge pour faire valoir ses droits à la retraite.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'invalidité spécifique doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des mensualités de remboursement s'applique proportionnellement à la durée de l'invalidité spécifique.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'incapacité fonctionnelle devient inférieur à 70 %,
- en cas de non production du justificatif attestant de l'incapacité professionnelle de l'Assuré de manière administrative,
- en cas d'indemnisation au titre de la garantie Décès ou PTIA,
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au soixante-cinquième (65^{ème}) anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée,
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- et dans tous les autres cas de cessation prévus au paragraphe « Fin des garanties et de l'adhésion ».

Important

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'invalidité spécifique ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie GIS le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

Modalités de versement des prestations

Les sommes dues sont payables après que le Gestionnaire ait réceptionné et étudié le dossier complet. Elles sont toujours versées en euros au profit de l'Organisme prêteur.

ARTICLE 4 : ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

L'ensemble des garanties décrites au paragraphe « Définition des garanties » s'exercent dans le monde entier.

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de Franchise ne pourra avoir lieu avant le jour de la première (1^{ère}) constatation médicale faite, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Les garanties seront mises en œuvre selon les modalités définies au présent contrat.

ARTICLE 5 : EXCLUSIONS DES GARANTIES

Important :

- Lorsque l'Assuré a fait l'objet d'une sélection médicale lors de son adhésion, sont exclus au titre de l'ensemble des garanties les Sinistres résultant et/ou provenant des suites ou conséquences de Maladies, Accidents et infirmités dont la première (1^{ère}) constatation médicale est antérieure à la date de signature du questionnaire de santé et non déclarés à l'Assureur, sous réserve que cet antécédent médical soit à déclarer dans les Formalités médicales. Toutefois, cette exclusion ne

s'applique pas si l'antécédent a été déclaré et accepté par l'Assureur ou entre dans le cadre défini par le droit à l'oubli (convention AERAS). Sont également exclus les Sinistres survenus antérieurement à la date de prise d'effet des garanties ainsi que leurs suites et conséquences.

- Lorsque l'Assuré répond aux conditions cumulatives prévues à l'article L.113-2-1 du Code des assurances et n'a donc pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de son adhésion, sont exclus au titre de l'ensemble des garanties, les Sinistres en cours à la date de prise d'effet des garanties.

Sont également exclus au titre de l'ensemble des garanties, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires ou de rixes (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), de la participation active à des actes terroristes,
- des Accidents de l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(e), sous l'emprise d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation du Code de la Route en vigueur à la date de survenance de l'Accident,
- de l'usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à des doses non prescrites.
- d'Accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même.
- de toute participation à des exhibitions, paris, essais et tentatives de records, de quelle que nature que ce soit
- des sports pratiqués à titre professionnel ou sous contrat rémunérés.

En complément des exclusions qui précèdent, est exclu au titre de la garantie Décès :

- le suicide pendant la première (1^{ère}) année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation éventuelle des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide pour les garanties supplémentaires, est garanti à compter de la deuxième (2^{ème}) année qui suit la date de prise d'effet de l'augmentation,

Toutefois, pour les prêts destinés à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la première (1^{ère}) année dans la limite d'un plafond de cent-vingt-mille (120 000) euros (article R 132-5 du Code des assurances).

En complément des exclusions qui précèdent, sont exclus au titre des garanties PTIA, ITT, IPP, IPT et GIS les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur ou de radiations d'une transmutation du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules, Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de Maladie ou d'Accident garanti.
- d'une tentative de suicide de l'Assuré,
- du fait volontaire de l'Assuré ou du bénéficiaire.

Il appartient à l'Assureur d'établir que le Sinistre résulte et/ou provient d'une des causes d'exclusions précitées.

En complément des exclusions qui précèdent, sont exclus au titre des garanties ITT, IPP et IPT les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des affections psychiatriques, neuropsychiatriques ou psychologiques suivantes :

Dépression, dépression nerveuse et dépression réactionnelle, dépression post partum, syndrome anxiodépressif, syndrome maniaco-dépressif, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, syndrome de fatigue chronique, épuisement, asthénie, burn-out, bore-out, boulimie, anorexie, hyperphagie, schizophrénie et trouble schizoaffectif, hallucination et trouble délirant, trouble phobique, trouble anxieux, anxiété généralisée, insomnie, narcolepsie et hypersomnie, syndrome de stress post traumatique, stress réactionnel, fibromyalgie et syndrome douloureux régional complexe, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sauf si ces cas donnent

lieu à une Hospitalisation continue de plus de huit (8) jours.

Si l'Hospitalisation a lieu au cours des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise.

Si l'Hospitalisation a lieu au-delà des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à compter du premier (1^{er}) jour d'Hospitalisation.

Les Assurés ayant souscrit l'Option MNO sont garantis pour ces affections sans condition d'Hospitalisation.

- des affections disco vertébrales et paravertébrales suivantes :

Atteintes discales telles que hernie, protrusion et pincement ; cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, lumbago, sciatique, sciatalgie, cruralgie, radiculalgie, discopathie, scoliose, cyphose et lordose, canal lombaire étroit, sacro coxalgie les atteintes vertébrales telles que : spondylolisthésis et spondylarthrose, fracture vertébrale, luxation vertébrale, tassement vertébral et entorse vertébrale, névralgie cervico-brachiale, sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale ou à une Hospitalisation continue de plus de huit (8) jours. Cette exclusion ne s'applique pas aux affections fracturaires post-traumatiques ou tumorales liées au dos.

Si l'intervention chirurgicale ou l'Hospitalisation a lieu au cours des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise.

Si l'intervention chirurgicale ou l'Hospitalisation a lieu au-delà des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à compter du premier (1^{er}) jour d'Hospitalisation ou du jour de l'intervention chirurgicale.

Les Assurés ayant souscrit l'Option MNO sont garantis pour ces affections sans condition d'Hospitalisation ou d'intervention.

Exclusions relatives à la pratique des sports :

Sont exclus de toutes les garanties, les activités et sports suivants :

- Base jump,
- Sky flying, sky surfing,
- Zorbing,
- VTT de descente, bicross, freeride,
- Saut à l'élastique,
- Les sports non représentés par une fédération agréée par le ministère des sports français.

Sports exclus rachetables :

La pratique des activités et sports suivants, même occasionnelle, est exclue de toutes les garanties. Elle peut être couverte à la demande de l'Assuré et sous réserve d'acceptation par l'Assureur, après étude préalable et application éventuelle de conditions particulières. Dans le cadre d'une initiation ou d'un baptême encadrés par un personnel qualifié titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigées, les exclusions sportives listées ci-dessous ne s'appliquent pas.

- les sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf de neige pratiqués sur piste balisée et ouverte au public ainsi que la pratique du patinage, qui sont couvertes),
- les sports aériens (à voile, moteur ou aile type parapente, ULM, planeur, deltaplane, parachutisme),
- les sports nautiques (motonautisme à plus d'un mille des côtes, voile, yachting, plongée sous-marine avec appareil autonome, wingsuit, kitesurf),
- canyoning, rafting, spéléologie,
- tout sport ou activité nécessitant un véhicule terrestre à moteur ou une embarcation nautique à moteur,
- les sports de combat,
- les sports équestres,
- alpinisme, escalade, randonnées de montagne au-delà de deux mille cinq cents (2 500) mètres,
- rallyes-raids, courses de survie, activités sportives en zone désertique, épreuves combinées.

ARTICLE 6 : VIE DU CONTRAT

6.1. Prise d'effet des garanties

L'adhésion au Contrat est soumise à l'acceptation préalable de l'Assureur.

Les garanties prennent effet à la date choisie lors de votre demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, et de la signature de l'offre de prêt.

La date d'effet des garanties est indiquée sur le Certificat d'adhésion.

Si la date d'effet correspond à la date d'acceptation de l'offre de prêt, en cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

Dans tous les cas, les garanties prennent effet au plus tôt à la date d'acceptation des risques par l'Assureur.

6.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année pour autant que l'adhésion soit toujours en vigueur.

6.3. Modification en cours d'adhésion

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Assuré lors de la demande d'adhésion.

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

Toutefois, si en cours de contrat, l'Assuré souhaite garantir une pratique sportive exclue ou si les conditions de la pratique sportive déclarée garantie évoluent, une acceptation préalable de l'Assureur sera nécessaire.

Afin de procéder à la mise à jour du contrat, l'Assuré doit communiquer au Gestionnaire par écrit, dès qu'il en a connaissance et dans un délai maximum de quatre (4) mois, toute modification des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement (allongement de la durée, modification du taux d'intérêt, remboursement partiel ou total anticipé, renégociation...).

Toutes modifications des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement non déclarées au Gestionnaire sont inopposables à l'Assureur dès lors qu'elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire.

L'Assuré doit également informer le Gestionnaire dès qu'il fait valoir ses droits à la retraite dans le cas où il ne poursuit pas de manière effective une activité professionnelle rémunérée.

En ayant adhéré à la Convention via un processus dématérialisé ou en communiquant au Gestionnaire son adresse électronique personnelle, l'Assuré accepte que les informations relatives à l'exécution du contrat soient transmises à cette adresse. Il peut à tout moment, par écrit, demander au Gestionnaire de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, l'Assuré doit avertir le Gestionnaire dans les plus brefs délais. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

6.4. Particularités : Modification de la délégation de bénéfice et avenant de cession

Toute modification de la délégation de bénéfice ou la mise en place d'un avenant de cession, nécessitent au préalable le consentement écrit de l'Organisme prêteur.

6.5. Fin des garanties et de l'adhésion

À l'égard de chaque Assuré, les garanties cessent :

Lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations :

- au plus tard à son quatre-vingt-dixième (90^{ème}) anniversaire pour la garantie Décès,
- au plus tard à son soixante-et-onzième (71^{ème}) anniversaire pour la garantie PTIA,
- pour les garanties ITT, IPT et IPP, avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) ou au soixante-

septième (67^{ème}) anniversaire de l'Assuré ou au plus tard au soixante-et-onzième (71^{ème}) anniversaire si l'Assuré a souscrit à l'option UGIP PLUS en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée,

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les garanties cessent à la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

- pour la Garantie Aide à Famille, lorsque l'Assuré ne bénéficie plus de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) et au plus tard à l'âge de cessation de la garantie ITT,
- au plus tard à son soixante-cinquième (65^{ème}) anniversaire pour la Garantie Invalidité Spécifique.

L'adhésion et toutes les garanties prennent également fin :

- au terme contractuel du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme,
- dès que l'Adhérent a entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de son adhésion,
- dès que l'Assuré perd sa qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution,

À l'initiative de l'Adhérent :

- Pour les Prêts immobiliers mentionnés au 1° de l'article L 313-1 du Code de la consommation, à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 113- 12-2 du code des assurances.

En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- > Soit dix (10) jours après réception de la décision du prêteur,
- > Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de substitution, l'Assuré devra notifier également au Gestionnaire par courrier recommandé ou Lettre recommandée électronique la décision de l'Organisme prêteur (article L 313-31 du Code de la consommation) ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de refus de la substitution par l'Organisme prêteur, l'adhésion est maintenue et continue de produire ses effets.

- Pour l'ensemble des autres prêts : chaque année à la date anniversaire du contrat, en respectant un préavis de deux (2) mois, par l'envoi d'un courrier adressé au Gestionnaire avec l'accord de l'Organisme prêteur.

L'Adhérent devra adresser sa demande par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à l'adresse suivante :



UGIP ASSURANCES
143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C -
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3



ou en ligne à l'adresse suivante :
<https://www.ugipassurances.com/resiliation-contrat>.

À L'initiative de l'Assureur

- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Cotisation »,
- en cas de fausse déclaration, conformément au paragraphe « Sanctions en cas de fausse déclaration ».

La cessation de l'adhésion met fin à l'ensemble des garanties et aux droits à indemnisation.

ARTICLE 7 : COTISATIONS

Les garanties et options souscrites sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

7.1. Assiette de cotisation

L'assiette de la première (1^{ère}) cotisation correspond au montant du capital initial garanti à la date d'effet du contrat.

L'assiette des cotisations suivantes correspond ensuite au montant des capitaux restant dus garantis au 1^{er} janvier de chaque année.

La cotisation d'assurance est déterminée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'effet de l'assurance, pour la première (1^{ère}) année de cotisation et, les années suivantes, de l'âge de l'Assuré à la date anniversaire de la date d'effet.

Tout changement du taux des taxes applicables au contrat ou toute instauration de nouvelles impositions applicables au contrat entraînera une modification du montant de la cotisation.

7.2. Paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance annuellement en euros par prélèvement automatique sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé dans l'Union Européenne. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel.

7.3. Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours qui suivent son échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera 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 trente (30) jours après son envoi, les garanties sont suspendues. À défaut de paiement, le contrat est résilié de plein droit et sans autre formalité dix (10) jours après expiration de ce délai de trente (30) jours. L'Organisme prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

7.4. Irrévocabilité des cotisations

Sous réserve de l'exactitude des déclarations de l'Adhérent ainsi que celles de chaque Assuré, la cotisation est irrévocable pendant toute la durée de l'adhésion sauf dans les cas suivants :

- changement du taux des taxes applicables au contrat ou instauration de nouvelles impositions applicables au contrat,
- modifications des caractéristiques du prêt nécessitant l'émission d'un avenant au contrat,
- à la demande de l'Assuré, en cours d'adhésion, pour garantir la pratique de sports exclus et rachetables.

ARTICLE 8 : SINISTRE

8.1. Délai de déclaration de l'Assuré

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout état d'Incapacité Temporaire Totale doit être déclaré à l'Assureur dans un délai de cent quatre-vingts (180) jours suivant la date de début de l'arrêt de travail. De même toute prolongation d'incapacité doit être communiquée à l'Assureur dans les trente (30) jours.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Partielle, d'invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique, l'Assuré devra le déclarer à l'Assureur dans les cent quatre-vingts (180) jours qui suivent sa survenance.

Passé ces délais, l'Assuré perdra ses droits à indemnisation si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, sauf dans les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

En cas de décès, le Bénéficiaire ou les ayants droit de l'Assuré doivent en informer l'Assureur dans les plus brefs délais.

Les déclarations doivent être adressées au Gestionnaire de la Convention :

Par mail :
sinistres@ugip.org

Par courrier à l'adresse suivante :
Médecin conseil de UGIP Assurances
143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3

Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du Gestionnaire.

8.2. Justificatifs à fournir

En cas de Sinistre, le médecin conseil du Gestionnaire 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 et celui de ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que le Gestionnaire s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes sont toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré ou ses ayants droit, devront communiquer au Gestionnaire avec la déclaration de Sinistre, tous les justificatifs (rédigés en français ou en anglais) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge).

Sans réponse aux renseignements et documents demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

En cas de décès :

- la copie intégrale de l'acte de décès ;
- le certificat médical fourni par le Gestionnaire à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès ;
- en cas d'Accident :
 - la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'officier de police ou de gendarmerie ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
 - la copie du compte-rendu d'intervention des services d'urgence (pompiers, SAMU/SMUR),
 - une déclaration écrite précisant les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) ;
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès ;
- le tableau d'amortissement en vigueur au jour du décès ;
- la copie de l'offre de prêt ;
- si l'Assuré a la qualité de caution, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie par l'Organisme prêteur à la suite de la défaillance du cautionné ;
- toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles les ayants droit peuvent avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- un certificat médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré de l'incapacité au travail, la date de Consolidation, à adresser au médecin conseil sous pli confidentiel ;
- la notification de la Sécurité sociale de prise en charge de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré n'est pas assujéti à la Sécurité sociale, il sera nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité ;
- en cas d'Accident :
 - la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'officier de police ou de gendarmerie ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
 - la copie du compte-rendu d'intervention des services d'urgence (pompiers, SAMU/SMUR),
 - une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s).
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- le tableau d'amortissement en vigueur au jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- la copie de l'offre de prêt ;

- si l'Assuré a la qualité de caution, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie par l'Organisme prêteur à la suite de la défaillance du cautionné ;

- toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale et d'Invalidité Spécifique :

- l'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongation, mentionnant la raison médicale de l'arrêt de travail, délivrés par le médecin ;

- les décomptes d'indemnités journalières versés par le régime obligatoire de l'Assuré ;

- en cas d'Hospitalisation :

- le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie,
- et si nécessaire, le compte-rendu d'hospitalisation.

- le certificat médical fourni par le Gestionnaire, à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'incapacité ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état ;

- en cas de Rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même Affection et/ou d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la Rechute ;

- la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} 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 ;

- en cas d'Accident :

- la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'officier de police ou de gendarmerie ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- la copie du compte-rendu d'intervention des services d'urgence (pompiers, SAMU/SMUR),
- une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s).

- pour l'Invalidité Permanente Totale et la Garantie Invalidité Spécifique, une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Organisme assureur de l'Invalidité Permanente Totale ou de l'Invalidité Spécifique ;

- le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre ;

- la copie de l'offre de prêt ;

- si l'Assuré a la qualité de caution, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie par l'Organisme prêteur à la suite de la défaillance du cautionné ;

- toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

En cas de demande de mise en oeuvre de la GAF :

- en cas d'Aide à la Famille, l'attestation d'accord de prise en charge, par l'organisme concerné, de l'AJPP à l'Assuré ;

- les décomptes mensuels de paiement de l'AJPP.

8.3. Fausse déclaration lors du sinistre

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré et le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la résiliation du contrat, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

En cas de Sinistre Décès, toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose le Bénéficiaire et les ayants droit à une déchéance de garanties, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

8.4. Expertise médicale

L'état d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

ou d'Invalidité Spécifique (pour l'incapacité fonctionnelle) peut être contrôlé par expertise médicale. Les décisions prises par les organismes sociaux dont l'Assuré dépend sont inopposables à l'Assureur sauf pour la Garantie Invalidité Spécifique.

L'Assureur par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin que l'Assureur aura désigné doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Ledit médecin expert missionné par le Gestionnaire sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'Assuré. Chacune des parties désignera alors un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Si lesdits médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

ARTICLE 9 : BASES LÉGALES

Le contrat est régi par le Code des assurances. La loi française est applicable au présent contrat et la langue française est utilisée dans toutes les relations contractuelles entre Quatrem et l'Assuré.

Les risques sont assurés par Quatrem.

Quatrem est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) – 4 Place Budapest – 75009 Paris.

9.1. Sanctions en cas de fausse déclaration

Conformément aux articles L 113-8 et L113-9 du Code des assurances, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours de contrat est sanctionnée par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat, dès lors qu'elle est établie par l'Organisme assureur et ce même si elle a été sans influence sur le Sinistre.

Article L. 113-8 du Code des assurances :

« *Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat 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. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.* »

Article L. 113-9 du Code des assurances :

« *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.* »

9.2. Faculté de renonciation

9.2.1 Délais de la renonciation

Si l'adhésion à la Convention résulte d'un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent :

« 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 dans ce cadre 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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis 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. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».

Ce délai est porté de quatorze (14) à trente (30) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, telle que définie au paragraphe « Prise d'effet des garanties ».

Si l'adhésion à la Convention est réalisée à distance (internet) :

Si l'adhésion à la Convention a été effectuée à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement (c'est-à-dire en dehors des locaux professionnels de l'intermédiaire en assurances), conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, il est possible de renoncer à l'adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus.

Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :

« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu (date d'émission de la demande d'adhésion) ;

b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a. »

Dans tous les autres cas :

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion, telle que définie au paragraphe « Prise d'effet des garanties ».

9.2.2. Modalités de renonciation

Dans tous les cas, pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit avoir obtenu l'accord écrit de l'Organisme prêteur. Il doit notifier sa décision de renonciation :



Par courrier à l'adresse suivante :

UGIP ASSURANCES

**143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3**

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que l'Adhérent transmette sa décision de renonciation avant l'expiration du délai de rétractation de trente (30) jours susmentionné.

Conseil pratique

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) M (nom, prénom, adresse) déclare renoncer au contrat UGIP AVENIR CRD n° QUA25G00802E que j'ai souscrit le Fait à lesignature de l'Adhérent ».
--

9.2.3. Effets de la renonciation

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. Les cotisations encaissées font l'objet d'un remboursement dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de la lettre.

La garantie Décès est acquise jusqu'au remboursement des cotisations encaissées et au plus tard, jusqu'au trentième (30^{ème}) jour suivant la date

d'effet des garanties.

Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion, l'Adhérent ne peut plus exercer son droit à renonciation.

9.3. Prescription

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) 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 (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré. »

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code civil)) 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil),
- 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 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil),

L'article L 114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

9.4. Loi informatique et liberté

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Assuré est informé que Quatrem, ci-après désigné Malakoff Humanis et UGIP Assurances ci-après désigné Gestionnaire, collectent et traitent des données à caractère personnel en qualité de responsables conjoints de traitement.

1. Les données à caractère personnel de l'Assuré peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ;

- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'Assuré ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclaré auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Malakoff Humanis et le Gestionnaire s'engagent à ne pas exploiter les données personnelles de l'Assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'Assuré est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'Assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires.

Malakoff Humanis et le Gestionnaire s'engagent à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'Assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause le calcul de ses durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'Assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'Assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ses données, post-mortem. L'Assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi.

Ces droits peuvent être exercés :



Par courrier à l'adresse suivante :

UGIP Assurances
143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3



Par mail à l'adresse suivante :

dpo@ugip.org

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'Assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission

Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'Assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

9.5. Réclamation - Médiation

L'Assuré peut formuler toute réclamation au Service Réclamation du Gestionnaire :



Par mail à l'adresse suivante :
reclamation@ugip.com



Par courrier à l'adresse suivante :

SERVICE GESTION DES RECLAMATIONS - OFFRE UGIP AVENIR
143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les dix (10) jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'Assureur ou le Gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance :



Par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance TSA 50010
75441 PARIS CEDEX 09 France



Par voie électronique :

http://www.mediation-assurance.org

Le recours au Médiateur s'effectue dans un délai maximal d'un (1) an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat pourra être portée devant le tribunal compétent.

9.6. Législation

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le présent contrat est de plein droit applicable au jour de son entrée en vigueur.