

CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE N° 4950 VALANT NOTICE D'INFORMATION

Souscrit par **UGIP** - Union Générale Inter-Professionnelle dont le siège social est à Paris 9^{ème}, 2 rue Turgot
auprès d'AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073 euros 310 499 959 RCS Nanterre
Siège social : 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANT ERRE Cedex - Entreprise régie par le Code des assurances

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par l'UGIP (ci- après dénommée la Contractante), auprès d'AXA France VIE (ci-après dénommée l'Assureur), au profit de ses adhérents, clients du courtier en crédit CAFPI, en vue de garantir des prêts immobiliers accordés par des organismes prêteurs (ci-après dénommés le ou les prêteurs). Ce contrat permet aux emprunteurs, co-emprunteurs et à leurs cautions de s'assurer, en fonction de leur choix et de la nature de leur activité professionnelle, contre les risques de DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, OU D'INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (garantie réservée aux professions médicales).

Le contrat est régi par le code des assurances dont l'article L 113.8 prévoit notamment : «(...) Indépendamment des clauses ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132.26, le contrat 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 modifie l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.»

ARTICLE 2 - CARACTERISTIQUES DES OPERATIONS GARANTIES

Les caractéristiques des prêts Immobiliers entrant dans le champ d'application du présent contrat sont les suivantes :

- Prêts amortissables à taux fixe ou révisable (cape + ou - 2 points) d'une durée maximale de 30 ans, y compris les prêts correspondants à des rachats de crédits, pouvant comporter une période de différé d'amortissement total (de 3 ans maximum),
- Prêts par paliers, d'une durée maximale de 30 ans,
- Prêts modulables d'une durée maximale de 30 ans (y compris le rallongement de la durée initiale liée à une baisse du montant de la mensualité). Il est précisé que l'assurance peut être prolongée dans la limite de 3 ans sans nouvelle formalité médicale,
- Prêts « relais », d'une durée maximale de 3 ans ; Les intérêts peuvent être réglés soit périodiquement, soit capitalisés et réglés avec le remboursement global du prêt.
- Prêts « In Fine », d'une durée maximale de 20 ans avec paiement de la totalité des intérêts pendant la durée du prêt.

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADMISSION

3.1 - ADMISSIBILITÉ

Sont admissibles au présent contrat les personnes physiques, qui à la date de la signature de leur demande d'admission :

- Sont âgées de plus de 18 ans et :
- de moins de 85 ans, pour la garantie décès,
- de moins de 65 ans, pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Permanente Professionnelle,
- résidant en France métropolitaine ou dans un pays membre de l'Union Européenne ou à Monaco, et dont la résidence fiscale se situe dans l'Union Européenne ou à Monaco, pour les 4 options ci-dessous, ou résidant dans les DROM pour la seule option 1 ci-dessous,
- sous réserve que le prêt soit souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en France destiné à l'achat d'un bien immobilier en France, et que l'emprunteur dispose d'un compte bancaire domicilié en France,
- dans le cas où le prêteur consentirait un prêt à une société, association ou groupement quelconque, les personnes physiques, dans les mêmes conditions d'âge que ci-dessus, qui constituent à l'appréciation du prêteur, un élément primordial de la bonne marche et de la stabilité de la personne morale "emprunteuse" ou qui s'engagent avec cette dernière à rembourser le prêt,

qui postulent à un contrat de prêt tel que défini à l'article 2 "CARACTERISTIQUES DES OPERATIONS GARANTIES" en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution.

Chaque postulant a la possibilité de choisir l'une des options suivantes :

- **OPTION 1 (TOUS PRÊTS) :**
GARANTIES DECES et PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE
- **OPTION 2 (PRÊTS AMORTISSABLES UNIQUEMENT) :**
GARANTIES DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE / INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) AVEC FRANCHISE 30,60, 90 ou 120 jours / INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) OU PARTIELLE (IPP), si le postulant exerce une activité professionnelle.

Le choix de l'option et du niveau de garanties s'effectue à la date de signature de la demande d'admission.

Il est précisé que pour les prêts In Fine et les prêts relais, seules les garanties Décès et PTIA des options 1, 4 ou 4 bis peuvent être souscrites.

CAUTION

Lorsqu'elles répondent aux conditions d'admission définies aux paragraphes précédents, les personnes physiques intervenant au contrat de prêt en qualité de caution peuvent adhérer à l'option 1 ou à l'option 2. Elles acquittent alors les cotisations prévues. Toutefois, les garanties ITT, IPT et IPP ne leur sont acquises qu'en cas d'insolvabilité de l'emprunteur principal et elles apportent la preuve qu'elles sont les payeurs réguliers et reconnus du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

3.2 - FORMALITÉS D'ADMISSION

Par rapport au montant du CAPITAL TOTAL A ASSURER défini à l'article 4 "CAPITAL ASSURE" tout postulant doit satisfaire aux formalités d'admission décrites ci-après :

Age	Capital à assurer	Formalités médicales
si âge < 45 ans	0 K€ - 300 K€	QS
si âge ≥ 45 ans et < 55 ans	0 K€ - 200 K€	QS
si âge ≥ 45 ans et < 55 ans	> 200 K€ - 300 K€	QMD
si âge ≥ 55 ans	0 K€ - 300 K€	QMD
Quel que soit l'âge	> 300 K€ - 450 K€	QMD + PS + ECV et PSA pour les hommes de plus de 50 ans
	> 450 K€ - 1 500 K€	QMD + RM + PS + ECV + Echographie cardiaque dans ses différentes applications et PSA pour les hommes de plus de 50 ans

QS : Questionnaire Simplifié QMD : Questionnaire Médical Détaillé

RM : Rapport Médical

PS : Profil Sanguin comprenant : Numération globulaire – formule sanguine – plaquettes – vitesse de sédimentation – glycémie – créatinine – uricémie – cholestérol total – HDL – triglycérides – transaminases SGOT/SGPT – gamma GT – anticorps anti VIH 1 et 2 – sérologie hépatite B (antigène HBs – anticorps anti HBs – anticorps anti HBc) – sérologie hépatite C (anticorps anti VHC) et pour les hommes de plus de 50 ans : PSA Prostatic Specific Antigen

ECV : examen cardiovasculaire avec compte rendu ainsi que le tracé d'un ECG pratiqué au repos. L'ECV et l'Echographie cardiaque sont réalisés par le même cardiologue. Ces examens sont pratiqués au repos.

Toutes les pièces médicales sous pli confidentiel et demandes de remboursement d'honoraires sont à retourner au prescripteur mandaté par AXA.

Le postulant doit compléter et signer la demande d'admission ainsi que le questionnaire de santé. Il peut, s'il le souhaite, adresser le questionnaire médical détaillé sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur, qui peut lui demander un complément d'information dont les éventuels honoraires sont à la charge du postulant.

Si le postulant doit se soumettre, en fonction de son âge et du montant du capital total à assurer, à des formalités médicales et financières (à partir d'un capital à assurer de 1 000 000 euros) prévues contractuellement, il fait l'avance des honoraires médicaux, frais qui lui seront remboursés si son adhésion au contrat est réalisée ou si elle ne l'est pas du fait de l'Assureur, (refus de garanties, restrictions ou limitation de garanties non acceptées par le candidat à l'assurance ou refus de la majoration de la prime d'assurance).

L'Assureur peut :

- accepter sa demande au taux normal de cotisation ou à un taux majoré, ou sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties.
- refuser sa demande.

L'attention des postulants à l'assurance est attirée sur les sanctions prévues par l'article L113.8 du code des assurances : « Indépendamment des clauses ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132.26, le contrat 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 modifie 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. »

L'Assureur et le(s) prêteur(s) s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis au postulant par le conseiller du distributeur et consultable à l'adresse

DM

suivante : www.aeras-info.fr

Les dispositions de la Convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes dispositions. Aussi, toute demande d'adhésion d'un candidat présentant un risque aggravé de santé est automatiquement transférée vers un dispositif de 2ème niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2^{ème} niveau, l'Assureur ou son prestataire transmet le dossier au pool de réassurance de 3^{ème} niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

ARTICLE 4 - CAPITAL ASSURÉ

4.1 – CAPITAL TOTAL A ASSURER

A partir des éléments figurant sur la demande d'admission, il est défini un CAPITAL TOTAL A ASSURER permettant de déterminer les formalités d'admission à accomplir par le postulant, dont le montant est égal :

- au montant du capital emprunté multiplié par la valeur de la quotité figurant sur la demande, sous réserve de l'application des dispositions du paragraphe "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR",
- majorés des capitaux restant dus déjà assurés à la date de la demande d'admission, au titre du présent contrat, figurant sur la demande d'admission.

4.2 - ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur, pour un même Assuré, quel que soit le nombre de prêts garantis au titre du présent contrat, est limité à :

- 350 000 euros (TROIS CENT CINQUANTE MILLE EUROS), si l'option 4 ou 4 bis a été retenue,
- et pour les autres options :
 - 1 500 000 euros (UN MILLION CINQ CENT MILLE EUROS) pour les prêts amortissables, modulables et les prêts relais, pour les assurés âgés de moins de 65 ans lors de leur adhésion au contrat,
 - 500 000 euros (CINQ CENT MILLE EUROS) pour les Prêts In fine et/ou pour les assurés âgés de 65 ans et plus lors de leur adhésion au contrat.

Toutefois, lorsque pour un prêt donné, l'engagement de l'Assureur a été limité les garanties de ce prêt sont réduites au cours de sa durée par application d'une quotité égale au rapport existant entre l'engagement maximum de l'assureur pour ce prêt et le montant réel du prêt à l'origine.

ARTICLE 5 - DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET DES GARANTIES

L'Assuré est garanti pour toute la durée de l'opération de crédit sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 9 "CESSATION DES GARANTIES".

La prise d'effet des garanties requiert au préalable :

- la signature de la demande d'admission,
- l'acceptation du candidat dans l'assurance (délivrance de l'attestation d'assurance),
- et en cas de conditions particulières d'adhésion, le Bon pour Accord (BPA) signé par l'Assuré.

L'assurance prend effet, sous réserve du paiement des cotisations, à l'une des 2 dates suivantes :

- date de l'émission de l'acceptation de l'offre de prêt par le client,
- date de l'accord des garanties de l'Assureur précisée aux conditions particulières du contrat (BPA),

et en tout état de cause, à la date d'effet indiquée sur l'attestation d'assurance.

Dans tous les cas visés ci-dessus, l'assurance prend effet au plus tôt à la date d'acceptation des risques par l'Assureur.

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'assurance. L'assurance est ensuite renouvelée 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 9.

Toutefois,

- si 180 jours se sont écoulés depuis la date de signature de la demande d'admission sans que les garanties aient pris effet, les formalités accomplies doivent être renouvelées,
- tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par l'Assureur, la couverture du risque de décès accidentel est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt et la couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne devient effective qu'au jour de l'acceptation par l'Assureur.

Si au vu des conclusions du Médecin Conseil, l'Assureur se prononce sur le refus de l'admission du postulant, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification du refus à l'Assuré. Par décès accidentel, il faut entendre le décès résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure et fortuite et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Il est précisé que le décès consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date dudit accident.

Le décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens de cette garantie.

Les 3 alinéas ci-dessus donnant toutes précisions sur la garantie accidentelle, sont également valables pour les personnes ayant souscrit l'OPTION 4 bis.

Il est précisé que dans le cas où l'Assureur ne peut statuer sur l'admission avant l'expiration du troisième mois à compter de la date de signature de la demande d'admission, la couverture du risque de DECES ACCIDENTEL cesse trois mois jour pour jour à compter de ladite

date.

ARTICLE 6 - FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

6.1 - PRINCIPE GÉNÉRAL

Les garanties s'appliquent conformément à l'échéancier porté à la connaissance de l'Assureur et servant de base au calcul des cotisations.

6.2 - AMÉNAGEMENT DU PRÊT EN CAS DE REMBOURSEMENT ANTICIPÉ PARTIEL

En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties s'appliquent conformément au nouvel échéancier, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification. L'Assuré dispose de 120 jours à compter du remboursement partiel pour adresser au gestionnaire mandaté par l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement. Passé ce délai, il ne pourra être fait de modification à effet rétroactif. Le réaménagement n'interviendra alors qu'à réception du tableau actualisé.

6.3 - MODIFICATION DES GARANTIES ET DES QUOTITÉS

L'adhérent peut, à tout moment, demander la modification de ses garanties ou de sa quotité sur justification de l'organisme prêteur, sauf pour les options 4 et 4 bis.

L'Assuré dispose de 120 jours à compter de la modification, pour adresser au gestionnaire mandaté par l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement. Passé ce délai, il ne pourra être fait de modification à effet rétroactif. Celle-ci n'interviendra alors qu'à réception du tableau actualisé.

S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet au jour où la diminution a été enregistrée par l'organisme prêteur. Si cette demande est effectuée alors que l'Assuré bénéficie des prestations au titre de la garantie Incapacité de Travail ou Invalidité Permanente, l'Assureur, dès qu'il en aura connaissance, se réserve le droit de réclamer les éventuelles portions de prestations indument versées.

S'il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement est subordonnée à l'étude de nouvelles formalités d'admission. Les nouvelles garanties et quotités prennent alors effet, à la date indiquée sur la nouvelle demande d'admission sous réserve du paiement de la cotisation et de l'acceptation du risque par l'Assureur. Si cette demande est effectuée alors que l'Assuré bénéficie des prestations au titre de la garantie incapacité de travail ou Invalidité Permanente, l'Assureur ne pourra se prononcer sur l'acceptation de cette modification qu'après sélection médicale effectuée dès lors que l'Assuré aura repris son activité professionnelle.

Pour les prêts à taux révisibles ou modulables, l'Assuré est tenu de fournir au gestionnaire mandaté par l'Assureur, le nouveau tableau d'amortissement.

6.4 - CUMUL DES GARANTIES

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du contrat n° 4950, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100 %, dans la limite de l'engagement de l'Assureur défini à l'article 4.2.

ARTICLE 7 - ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties d'assurance proposées dans le cadre de l'adhésion au contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées à l'article 15 "RISQUES EXCLUS"

ARTICLE 8 - MAINTIEN DES GARANTIES

En cas de résiliation du contrat d'assurance par la Contractante ou l'Assureur, les garanties accordées sont maintenues aux Assurés dont l'adhésion est en cours, et jusqu'au terme des prêts garantis, dans les mêmes conditions que celles du présent contrat. Aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée à compter de la date de résiliation.

ARTICLE 9 - CESSATION DES GARANTIES

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration faite de mauvaise foi, l'Assuré, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance, contre son gré tant qu'il fait partie des assurables du groupe et à la condition que ses cotisations aient été payées.

Les garanties prennent fin pour chaque Assuré :

- 180 jours après la date de signature de l'offre de prêt si aucun versement de fonds, total ou partiel, n'a été effectué,
- lors du remboursement total, anticipé ou non, du prêt garanti, sous réserve que la mainlevée de l'organisme prêteur soit adressée à l'Assureur, par l'intermédiaire de son gestionnaire mandaté, dans les 120 jours suivant le remboursement du prêt. A défaut, la résiliation interviendra à réception dudit document.
- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L 113-12-2 du Code des assurances,
- à la date de résiliation par l'Assuré de son adhésion à l'Association UGIP, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance,
- à la date du départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise à la retraite ou de préretraite en application de la législation en vigueur, en ce qui concerne les garanties INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, et, au plus tard,

- le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré at teint :
 - son 90^{ème} anniversaire pour la garantie DECES,
 - son 67^{ème} anniversaire pour les garanties PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE et INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE.

ARTICLE 10 - BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le contrat au titre des options 1, 2 et 3, le bénéficiaire est le(s) prêteur(s), dans la limite des sommes dues par l'Assuré.

Pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) prêteur(s), ou en ce qui concerne les garanties de l'option 4 ou 4 bis, le bénéficiaire est :

- en cas de décès :
 - le conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps, non divorcé,
 - à défaut, le partenaire avec lequel il était lié par un P.A.C.S.,
 - à défaut et conjointement entre eux, les enfants vivants de l'Assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, le père et la mère de l'Assuré, conjointement ou le survivant d'entre eux,
 - à défaut, les ayants droit de l'Assuré.

Conformément aux articles L132-8 et L132-9 du Code des assurances, l'Assuré peut modifier le Bénéficiaire de son contrat soit par simple lettre, soit par acte sous seing privé, soit par acte authentique. Cette désignation de bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation de ce dernier, effectuée dans les conditions prévues par l'article précité. Cette demande doit être adressée à l'Assureur ou au gestionnaire mandaté.

- en cas de perte totale et irréversible d'autonomie :
 - l'Assuré lui-même.

ARTICLE 11 - GARANTIES DÉCES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

11.1 - DÉFINITION DE LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'attention des Assurés est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de l'Assureur relatives à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et celles de la Sécurité sociale dans le même domaine.

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'Assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit. Il doit, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, étant entendu que cette assistance doit être viagère.

De plus, l'Assuré ayant une activité salariée doit être classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 3^{ème} catégorie ou bénéficier au titre d'un accident de travail d'une majoration pour tierce personne.

La réalisation du risque perte totale et irréversible d'autonomie ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant l'expiration de la garantie définie à l'article 9 "CESSATION DES GARANTIES".

La réalisation du risque perte totale et irréversible d'autonomie est assimilée au décès et par conséquent met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

11.2 - MONTANT DE LA PRESTATION

EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré avant le dernier jour du mois où ce dernier atteint son 90^{ème} anniversaire de naissance, l'Assureur garantit au(x) bénéficiaire(s), sous réserve du montant de l'engagement maximal prévu au paragraphe 4.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR", et ce dans le respect des dispositions de l'article 15 "RISQUES EXCLUS" le paiement en une seule fois du montant défini ci-après, multiplié par la quotité assurée figurant sur la demande d'admission :

- du montant du capital restant dû au jour du décès, majoré ;
- du montant des fonds non encore versés à l'Assuré au jour du décès, si pour le prêt consenti la totalité du capital n'a pas encore été débouquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,
- des intérêts courus entre la date de la dernière échéance et la date du décès,
- des intérêts courus depuis la réalisation du crédit jusqu'au jour du sinistre, lorsque ledit crédit prévoit une période de différé d'amortissement total avec capitalisation des intérêts.

Les éventuelles échéances de prêt impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en compte.

Si une échéance survient le jour du décès, elle est considérée comme postérieure à cette date et, par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le montant du capital versé est égal à celui prévu en cas de décès, calculé à la date de reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur, de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie survenu avant le jour du 67^{ème} anniversaire de naissance de l'Assuré.

Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par l'Assureur au titre de l'Incapacité Temporaire de Travail ou de l'Invalidité Permanente pour un même prêt sont déduites du montant du capital à régler au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans la mesure où ces sommes

en capital sont venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du contrat, de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

11.3 - DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du règlement, les ayants-droit de l'Assuré adresseront au gestionnaire mandaté de l'Assureur les pièces suivantes :

EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

- la demande d'admission, l'acte de décès,
- le tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le (ou les) prêteur(s) à la date du décès,
- un certificat obtenu par les ayants-droit de l'Assuré auprès du médecin traitant de l'Assuré, sans mention diagnostique, indiquant la cause du décès (naturelle, accidentelle, suicide ou homicide) et précisant, si le défunt, à la date de souscription, suivait ou non un traitement médical, et/ou était soumis ou pas à une surveillance médicale, en relation directe ou non avec le décès. Ce certificat devra être transmis par les ayants-droit au Médecin Conseil sous pli confidentiel,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe,
- une photocopie d'une pièce d'identité et du livret de famille ou du pacte civil de solidarité conclu entre l'Assuré et le bénéficiaire, s'agissant de l'option 4 ou 4 bis,
- une attestation du prêteur, si l'Assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

et, pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) prêteur(s) :

- le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s),
- la photocopie de la carte nationale d'identité du (des) bénéficiaire(s),
- un acte de notoriété héréditaire,

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE DE L'ASSURÉ

- la demande d'admission,
- le tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le (ou les) prêteur(s) à la date de la demande de prise en charge,
- un certificat médical du médecin traitant, sur formulaire de l'Assureur, apportant les précisions nécessaires sur la maladie ou l'accident qui est à l'origine de la demande de prise en charge,
- le justificatif de l'allocation pour assistance viagère d'une tierce personne,
- pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, la notification de la pension d'invalidité 3^{ème} catégorie établie par la Sécurité Sociale,
- une attestation du prêteur, si l'Assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur.

En ce qui concerne la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera nécessaire pour l'étude du dossier.

ARTICLE 12 - GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

12.1 - DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IP)

Cette garantie est strictement réservée aux professions médicales ci-après : médecin, chirurgien-dentiste, stomatologiste, orthodontiste, vétérinaire.

Est considéré en état d'Invalidité permanente professionnelle, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, se trouve dans l'impossibilité totale et définitive, constatée médicalement, d'exercer sa profession ou une profession pécuniairement équivalente, avant l'âge de 65 ans, et dont l'invalidité entre dans la liste des invalidités permanentes professionnelles à 100 % ci-après :

- cécité totale,
- Surdité bilatérale absolue, non curable ni appareillable,
- Hémiplégie,
- Ankylose complète totale et irréversible d'une épau le
- Paralysie complète du Plexus Brachial
- Paralysie totale et définitive d'un membre supérieur,
- Perte d'un membre supérieur par amputation sous l'épaule ou par désarticulation de l'épaule,
- Perte totale et définitive de la main ou de son usage avec désarticulation radiocarpienne,
- Perte totale des deux bras ou des deux mains,
- Amputation totale du pouce avec désarticulation MCP, ou perte totale de l'usage,
- Amputation totale de l'index avec désarticulation MCP, ou perte totale de l'usage,
- Amputation totale du médus, avec désarticulation MCP, ou perte totale de l'usage,
- Amputation simultanée de l'annulaire et de l'auriculaire,
- Perte de l'usage du pouce ou de la phalange unguéale avec ankylose métacarpo-phalangienne,
- Perte des deux jambes ou des deux pieds,
- Amputation de la cuisse au 1/3 supérieur, non appareillable
- Pseudarthrose lâche d'une cuisse ou d'une jambe, non opérable ni

PM

- appareillable,
- Pseudarthrose lâche de la hanche, non opérable ni appareillable,
- Désarticulation de la hanche,
- Paralysie totale et définitive d'un membre inférieur,
- Perte d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied.

La réalisation du risque d'invalidité permanente professionnelle ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant l'expiration de la garantie définie à l'article 9 "CESSATION DES GARANTIES".

La réalisation du risque d'invalidité permanente professionnelle est assimilée au décès et par conséquent met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

12.2 - INDEMNISATION

Le montant du capital versé est égal à celui prévu en cas de décès, calculé à la date de reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Professionnelle par le Médecin Conseil de l'assureur.

12.3 - DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du règlement, l'assuré ou ses ayants droit adresseront au gestionnaire mandaté par l'Assureur, les pièces suivantes : la demande d'admission, le tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le (ou les) prêteur(s) à la date du décès, un certificat médical du médecin traitant, donnant toutes précisions sur la maladie ou l'accident qui est à l'origine de la demande de prise en charge, et en cas d'accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe. L'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera nécessaire pour l'étude du dossier.

ARTICLE 13 - GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

La présente assurance :

- concerne les Assurés, ayant opté pour l'option 2 (pour l'Incapacité Temporaire Totale de travail et l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle) ou l'option 3 (avec l'Incapacité Temporaire Totale de travail seulement) et qui, âgés de moins de 67 ans au moment du sinistre :

- exercent une activité professionnelle rémunérée en France ou dans un pays frontalier de la France et résidant fiscalement en France, ou tout Assuré disposant d'un contrat de travail français,
- ou exercent leur activité en France ou dans un pays frontalier de la France et résidant fiscalement en France,
- ou bénéficient du revenu de remplacement versé par Pôle Emploi et sont susceptibles de bénéficier des indemnités journalières de la Sécurité Sociale en cas de maladie ou d'accident.

- sont acquises pour la caution, en cas d'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur (à la place de l'emprunteur principal), qui apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

Toutefois, les adhérents, ayant opté pour l'option 2 ou l'option 3, qui au moment du sinistre sont âgés de moins de 67 ans, n'exercent plus d'activité professionnelle et résident fiscalement en France, sont assurés uniquement en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

Sont exclus de l'assurance les titulaires de prêts relais et de prêts in fine.

L'attention des Assurés est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de l'Assureur relatives à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou à l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle et celles de la Sécurité sociale ou de tout organisme tel que la CDDPAH, dans le même domaine.

13.1 - PÉRIODE DE FRANCHISE

Le délai de franchise est fixé, selon le choix de l'Assuré effectué sur la demande d'admission et figurant sur le certificat d'assurance, à 30, 60, 90 ou 120 jours continus d'incapacité totale de travail, décomptés à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

13.2 - DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (option 2 et le cas échéant option 3 si ITT retenue)

Est en Incapacité Temporaire Totale de Travail au sens du présent contrat :

- l'Assuré exerçant une activité professionnelle ou demandeur d'emploi, se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession.
- l'Assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle, se trouvant à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

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

Pour l'Assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du sinistre, l'état d'incapacité de travail ouvrant droit à prestation cesse le jour de la reconnaissance par le médecin conseil de l'Assureur de l'invalidité permanente de l'Assuré, et au plus tard trois ans après la date de début de l'arrêt de travail.

13.3 – DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE (option 2 uniquement)

L'Assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du 1^{er} jour d'incapacité de travail, sera en invalidité permanente au sens du présent contrat, s'il se trouve, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité totale ou partielle et de façon permanente, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession, et dont l'état de santé est stabilisé.

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard trois ans après la date d'arrêt de travail, le médecin conseil de l'Assureur fixe le taux contractuel d'incapacité.

Ce taux est déterminé selon le barème ci-après à partir des taux d'incapacité fonctionnelle et d'incapacité professionnelle de l'Assuré.

L'Assureur considère alors en incapacité de travail, tout Assuré dont le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal aux taux fixés ci-après.

13.4 - TAUX CONTRACTUEL

Le taux contractuel d'incapacité qui détermine le droit aux prestations est calculé en fonction du taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE et du taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE.

Le taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de capacité physique ou mentale, suite à la maladie ou à l'accident, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

Le taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Les taux contractuels d'incapacité sont répertoriés dans le tableau ci-après :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10						33 %	37 %	40 %	43 %	46 %
20					37 %	42 %	46 %	50 %	55 %	58 %
30				36 %	42 %	48 %	53 %	58 %	62 %	67 %
40			33 %	40 %	46 %	52 %	58 %	64 %	69 %	74 %
50			36 %	43 %	50 %	56 %	63 %	68 %	74 %	79 %
60			38 %	46 %	53 %	60 %	66 %	73 %	79 %	84 %
70			40 %	48 %	56 %	63 %	70 %	77 %	83 %	89 %
80			42 %	50 %	58 %	66 %	73 %	80 %	87 %	93 %
90	33 %	43 %	52 %	61 %	69 %	76 %	83 %	90 %	97 %	
100	34 %	45 %	54 %	63 %	71 %	79 %	86 %	93 %	100 %	

Le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 33 % : L'assuré n'est pas en incapacité de travail.	Le taux contractuel d'incapacité est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % : L'assuré est en invalidité permanente partielle.	Le taux contractuel d'incapacité est égal ou supérieur à 66 % : L'assuré est en invalidité permanente et totale
---	---	--

L'Assureur considère alors :

- en invalidité permanente totale, tout Assuré dont le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %,
- en invalidité permanente partielle, tout Assuré dont le taux contractuel d'incapacité est supérieur à 33% et inférieur à 66%.

13.5 - INDEMNISATION

MONTANT DES PRESTATIONS

Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)

Pour l'Assuré reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'Assureur règle au(x) prêteur(s) à l'expiration de la période de franchise et dans les limites prévues aux paragraphes "LIMITATION DES PRESTATIONS (ITT, IPT et IPP)" du présent chapitre et à l'article 13.7 "CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS", et ce dans le respect des dispositions de l'article 15 "RISQUES EXCLUS", 100 % du montant de l'échéance mensuelle due en application du contrat de prêt, conformément au tableau d'amortissement fourni lors de la déclaration du sinistre, multiplié par la quotité assurée.

L'indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail est étendue à l'Assuré qui, au moment du sinistre n'exerce plus d'activité professionnelle. L'indemnité est versée pendant une durée maximale de 3 ans.

La prestation versée au titre de la période allant du 31e, 61e, 91e ou 121e jour (selon la franchise choisie à la date de la demande d'adhésion) à la prochaine échéance est calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail.

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique sur prescription médicale, l'Assureur règle 50% du montant de l'échéance mensuelle due, conformément au tableau d'amortissement, multiplié par la quotité assurée. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Le cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le(s) prêteur(s) et valides depuis plus de six mois au moment du sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision. L'Assuré devra avoir régulièrement fourni les nouveaux tableaux d'amortissement.

Il est précisé que pour les prêts amortissables comportant une période de différé d'amortissement de 2 ans maximum, aucune prestation n'est due pendant la période de différé total d'amortissement.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt et intervenues moins de six mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'incapacité de travail,
- les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le(s) prêteur(s).

Garantie Invalidité permanente totale ou partielle (IPT ou IPP)

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard trois ans après le début de l'arrêt de travail, le maintien des prestations, leur réduction ou leur suppression est fonction du taux contractuel d'incapacité tel que défini au paragraphe 13.4 :

- si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations prévues à la garantie ITT ci-avant sont maintenues intégralement,
- si le taux contractuel d'incapacité est compris entre 33 et 66 %, les prestations sont égales à :

N-33 des sommes dues en cas d'ITT multiplié par la quotité assurée, 33 (N étant le taux contractuel d'incapacité)

- si le taux contractuel est inférieur à 33 %, les prestations sont supprimées.

LIMITATION DES PRESTATIONS (ITT, IPT ET IPP)

Le montant de la prestation pour un même Assuré tous prêts confondus, est limité à 300 € (TROIS CENTS EUROS) par jour au titre des garanties ITT, IPT et IPP.

Si il apparaît, au moment du sinistre, que les sommes assurées, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du contrat n° 4950 sont supérieures au montant maximal fixé au paragraphe 4.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR", l'indemnisation sera réduite à concurrence dudit montant.

L'ouverture du droit aux prestations incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale ou invalidité permanente partielle n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur au remboursement du prêt garanti.

DURÉE D'INDEMNISATION

L'Assureur rembourse au terme de la période de franchise, les échéances d'amortissement des prêts, au prorata du nombre de jours correspondant à l'incapacité de travail ou à l'invalidité permanente et ce dans les limites indiquées ci-dessus.

REPRISE DU TRAVAIL

Si, après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à DEUX MOIS, l'Assuré est victime d'une rechute provenant de la même maladie ou du même accident, la durée de reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations.

En revanche, une rechute survenant plus de DEUX MOIS après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera une nouvelle application du délai de franchise.

13.6 - RÈGLEMENT DES SINISTRES

DÉLAIS DE DÉCLARATION

Sauf effet de la prescription légale rappelée ci-après, les sinistres déclarés plus de 180 jours après leur survenance, seront considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration. Toutefois, il n'en sera pas fait application du délai de franchise.

13.7 - CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations cesse :

- lorsque le taux contractuel d'incapacité est inférieur ou égal à 33%,
- à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- à la date de reprise même partielle d'une activité professionnelle, sauf s'il s'agit d'un mi-temps thérapeutique,
- à la date de départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise à la retraite ou de préretraite en application de la législation en vigueur,

au plus tard,

- le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint son 67^{ème} anniversaire,

et, en tout état de cause,

- au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

13.8 - DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du versement des prestations prévues au paragraphe 13.5 "INDEMNISATION", le gestionnaire mandaté par l'Assureur constitue le dossier sinistre.

La première demande de prestations doit être accompagnée :

- de la copie de la demande d'admission,
- du tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le ou les prêteurs à la date du sinistre,
- d'un certificat médical du médecin traitant, sur le formulaire fourni par

l'Assureur,

- d'une attestation du prêteur, si l'Assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

Outre ces documents, les justificatifs suivants doivent être transmis :

- Pour les assujettis au Régime Général de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :

- les décomptes de règlement dudit organisme,

Au cours de la période indemnisée :

- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social et celui de la prévoyance complémentaire,
- la notification d'attribution de la pension ou de rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension ou rente.

- Pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale ou à un régime de Sécurité Sociale étranger :

- une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,
- le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme,

Au cours de la période indemnisée :

- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social et celui de la prévoyance complémentaire,
- la notification d'attribution de la pension ou de rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension ou rente.

- Pour les assujettis au Régime des Travailleurs Non-Salariés :

- les certificats de prolongation établis par le médecin traitant.

Toute modification de l'état de santé de l'Assuré, toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent être signalées à l'Assureur dans le plus bref délai par la production de pièces justificatives, sinon l'Assuré est considéré comme guéri à l'expiration des arrêts de travail accordés par les certificats précédemment remis.

Quelle que soit la garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier.

ARTICLE 14 - CONTROLE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, D'INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'Assureur relatives à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et à l'Invalidité Permanente et celles de la Sécurité Sociale ou d'organismes de même nature.

L'Assureur se réserve le droit dans tous les cas de désigner un médecin afin d'examiner l'Assuré pour contrôler son état de santé. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de tout règlement. Les honoraires médicaux de cet examen sont à la charge de l'Assureur.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin de l'Assureur sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

L'Assuré et l'Assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

ARTICLE 15 - RISQUES EXCLUS

Au titre des garanties DÉCÈS et PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE, INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE et INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont exclus :

- la participation à des matches, courses, paris, compétitions sportives, sauf en tant qu'amateur,
- les risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même,
- les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués,
- la pratique des sports cités ci-dessous, SAUF dans le cadre d'une activité professionnelle (classe de tarification « CSP4 ») ou de loisir mentionnée sur la demande d'admission et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée, OU SAUF si en tant qu'amateur la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement :

la pratique des sports de combat, du cyclisme sur piste ou sur route en compétition, de l'équitation en compétition, de la chasse à courre ou de raid équestre, de compétitions

PM

comportant l'utilisation d'une arme, des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade ou de l'alpinisme en dessous de 3000 mètres, du hors-pistes, du canyoning, de la spéléologie sans secourisme (usage d'explosif exclu dans tous les cas), du motonautisme en compétition ou à plus d'un mille des côtes, de la voile ou du yachting en compétition ou pour une longue traversée ou pour un tour du monde, du kitesurf, de la plongée sous-marine à une profondeur inférieure à 20 mètres ou dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, des sports automobiles, de la moto ou motocross en compétition, des vols sur ailes volantes, du deltaplane, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel et du parapente, de l'ULM et tout autre sport aérien et/ou utilisation de tout autre engin aérien,

- la pratique de la plongée sous-marine à une profondeur supérieure à 20 mètres ou sans brevet,
- la spéléologie dans le cadre d'une intervention de secours,
- la pratique sportive du bicross, du free ride ou de VTT sans port d'un casque, de gants et d'équipement de protection oculaire,
- les concours complets d'équitation, courses d'obstacle, dressage de chevaux, polo, rodéo,
- l'escalade, la randonnée en montagne, le trekking et l'alpinisme pratiqués au-dessus de 3000 mètres ou sur des cascades gelées ou glaciers ou dans le cadre de participation à des expéditions,
- les rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les conséquences, directes ou indirectes, d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale,
- les conséquences directes ou indirectes d'activités illégales.

En outre, au titre de la garantie DÉCÈS, est également exclu :

- le suicide de l'Assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'adhésion, dans la limite du montant mentionné au décret visé par l'article L 132-7 du Code des assurances (120.000€ au 01/01/2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré,

En outre, au titre de la garantie PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE, INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE et INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont également exclus :

- les maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'admission et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'admission, sauf acceptation expresse par l'Assureur limitée à un risque défini et mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,
- les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article 324-1 du code de la sécurité sociale,
- les accidents résultant de la consommation par l'Assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre dans le pays où se produit l'accident, ou de l'alcoolisme chronique de l'Assuré,
- les accidents résultant de l'usage par l'Assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome.

Enfin, au titre des garanties INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE et INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont exclus :

- le congé légal de maternité, étant précisé que pour les Assurées exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,
- les arrêts de travail résultant de traitements esthétiques, d'opérations de chirurgie esthétique,

- l'incapacité ou l'invalidité consécutive à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire durant cette incapacité ou cette invalidité, ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- l'incapacité ou l'invalidité consécutive à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire (lumbago, lombalgie, sciatique, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie), sauf si une intervention chirurgicale a été nécessaire durant cette incapacité ou cette invalidité.

Option Maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis:

Sous réserve de l'accord de l'Assuré et moyennant le paiement d'une prime complémentaire, si le postulant à l'assurance a répondu OUI à la question « Souhaitez-vous être garantie(e) au titre des maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis ? » sur la demande d'admission, les exclusions visées aux deux derniers alinéas de l'article 15 – « RISQUES EXCLUS » ne seront pas appliquées aux affections survenues postérieurement à la date d'effet de l'assurance, ou aux affections antérieures déclarées et non exclues par l'Assureur.

ARTICLE 16 - COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction :

- de l'âge de l'Assuré à la date d'admission,
- du type de prêt,
- des garanties retenues par l'Assuré sur la demande d'admission et acceptées par l'Assureur,
- des caractéristiques de la garantie ITT/IPT/IPP souscrite (franchise choisie, rachat des exclusions),
- de l'activité professionnelle de l'Assuré exercée à la date d'entrée en vigueur de l'assurance,
- du statut de fumeur ou de non-fumeur de l'Assuré à la date de signature de la demande d'admission.

La cotisation est fixée en pourcentage du MONTANT INITIAL DU PRÊT, multiplié par la quotité assurée, dans la limite de l'engagement de l'Assureur.

Les cotisations, y compris les taxes en vigueur, sont dues à compter du jour de la prise d'effet de l'assurance et sont payables annuellement et d'avance au 1er janvier de chaque année, au lieu désigné par l'UGIP dans les conditions prévues par le Code des assurances. Un prorata de cotisation sera donc réclamé en début et en fin d'assurance. Selon la périodicité demandée par l'Assuré et acceptée par l'Assureur, les cotisations peuvent être payées semestriellement à ux 1er janvier et 1er juillet, trimestriellement aux 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre ou mensuellement, moyennant paiement des frais de fractionnement et d'encaissement correspondants. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels.

Le montant de la cotisation reste fixe pendant toute la durée du prêt, sauf en cas de changement du tableau d'amortissement ou de modification de garantie faisant l'objet d'un avenant sur justificatif express de l'organisme prêteur.

Il est précisé qu'au-delà du 67^{ème} anniversaire, bien que l'Assuré ne bénéficie plus que de la seule garantie DECES (PTIA, IT et IP étant exclues), la totalité de la cotisation reste due et elle est entièrement affectée à la garantie DECES.

L'Assureur se réserve aussi le droit de réviser le taux de cotisation, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations.

Le gestionnaire mandaté par l'Assureur informera les Assurés de toute modification du montant des cotisations. Le nouvel échéancier des cotisations prendra effet à la date d'envoi de cette lettre.

Après un remboursement anticipé partiel, la cotisation est calculée sur le montant suivant :

- (montant initial du prêt – montant du remboursement anticipé partiel) x quotité assurée.

Conformément à l'Article L. 141.3 du Code des Assurances, le gestionnaire mandaté par l'Assureur, peut exclure de l'assurance un Assuré qui cesse de payer ses cotisations. Cette exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le gestionnaire mandaté d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations. Le gestionnaire mandaté en informera obligatoirement l'organisme prêteur qui pourra alors se subroger à l'assuré pour le paiement de la prime.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L 113-12-2 du Code des assurances, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation.

ARTICLE 17 - PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 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'assuré 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 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 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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription figurent dans les articles 2240 à 2246 du Code civil :

Article 2240 du Code civil

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil

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

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. »

ARTICLE 18 - INFORMATION DES ASSURÉS

18.1 INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'Assuré a reconnu être informé, conformément à l'article 32 de la Loi du 6 Janvier 1978 modifiée :

- que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de sa demande d'admission au contrat d'assurance souscrit auprès d'AXA France Vie, responsable du traitement. A défaut de réponse, la demande d'admission ne pourra pas être étudiée,
- qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification à l'adresse suivante pour toute information le concernant :

AXA - SERVICE INFORMATIONS CLIENTS - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX

L'Assureur, responsable du traitement de son adhésion, peut communiquer ses réponses, ainsi que les données le concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de son dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-

traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de son dossier.

18.2 RECLAMATION ET MEDIATION

Lorsque l'Assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application de son contrat, le gestionnaire mandaté de l'Assureur, UGIP ASSURANCES, est en mesure d'étudier ses demandes et réclamations.

Par la suite, et si une incompréhension subsiste, l'Assuré pourra faire appel au Service Relations Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

SERVICE RELATION CLIENTELE AXA ASSURANCES COLLECTIVES - 313 TERRASSES DE L' ARCHE - 92727 NANTERRE CEDEX

en précisant le nom et le numéro de son contrat.

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé réception lui sera adressé dans un délai 8 jours et une réponse lui sera alors adressée dans un délai 40 jours (sauf circonstances particulières dont il sera tenu informé).

Enfin, et dans la mesure où aucune solution n'a été trouvée, l'Assuré pourra ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance, en écrivant à La Médiation de l'Assurance - TSA 50 110 - 75 441 Paris cedex 09, ou en le saisissant en ligne à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org>. Le Médiateur de l'Assurance est une personnalité indépendante conformément à la charte de « la Médiation de l'Assurance » dont le recours est gratuit

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 (QUATRE-VINGT-DIX) jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est : L'AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION - Secteur assurance - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 19 - FACULTÉ DE RENONCIATION

L'Assuré peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement de la prime versée, si, dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle il a connaissance des conditions particulières d'adhésion (refus ou limitation de garantie) il adresse à UGIP ASSURANCES, gestionnaire mandaté par AXA, une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné (M. Mme nom, prénom, date de naissance et adresse) déclare renoncer à mon contrat garantie Emprunteur n° 4950 pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours.

Le xx/xx/xxxx Signature »

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

L'Assureur, par l'intermédiaire de son gestionnaire mandaté, remboursera à l'Assuré l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. Le service gestion d'AXA ou de son gestionnaire mandaté adressera alors un courrier au prêteur concerné par cette adhésion, afin de l'informer que le proposant a exercé son droit de renonciation à son adhésion. La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

ARTICLE 20 - RESILIATION DE L'ADHESION PAR L'ASSURÉ

Conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des assurances, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion au présent contrat dans un délai de 12 mois maximum décompté à partir de la date de signature de votre offre de prêt. Vous devrez, adresser à l'Assureur ou son représentant, votre demande de résiliation, par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion. La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet 10 jours après la réception par l'Assureur de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure. Cette disposition s'applique aux offres de prêts émises à compter du 26/07/2014 ainsi qu'aux adhésions souscrites à compter de cette même date.

ARTICLE 21 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assuré a déclaré être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières prononcées au titre des articles L562-1 et suivants du code monétaire et financier.

L'Assuré a certifié sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

ARTICLE 22 - DROIT À L'OUBLI

Si l'Assuré a été atteint d'un cancer, il bénéficie, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de souscrire des garanties d'assurances emprunteur sans réserve concernant cet

PM

antécédent, conformément à la note jointe à la demande d'admission. Il appartient à l'Assuré de se référer à cette note pour plus de précisions concernant les conditions d'application de ce « droit à l'oubli ».

ARTICLE 23 - GÉNÉRALITÉS

Le présent contrat est régi par la loi française, à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises. La loi française s'appliquera.

DISPOSITIONS EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, il appartiendra à l'Assuré ou ses ayants-droit de déclarer le sinistre à UGIP ASSURANCES, gestionnaire mandaté par l'Assureur, à l'adresse suivante :

UGIP ASSURANCES
73/75 rue Brillât Savarin
75013 PARIS

Ainsi, les éléments nécessaires à la constitution du dossier sinistre lui seront adressés. Une fois complétées, les pièces médicales seront introduites dans l'enveloppe « confidentielle » pré-imprimée et retournées à l'adresse ci-dessus.

PM