

NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE A ADHÉSION FACULTATIVE UGIP CREDIT+

Préambule

Le présent document constitue la notice d'information du contrat **UGIP CREDIT+**, régi par le contrat d'assurance de groupe n° 1206.004 souscrit par, **L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE (UGIP)** Association Loi 1901 (déclaration Préfecture de Paris n° 74-1389) ci-après dénommée « UGIP », pour ses adhérents, auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine agissant en son nom propre et pour le compte de SwissLife Prévoyance et Santé, ci-après dénommés l'assureur.

Il décrit le fonctionnement des différentes garanties accordées. Le contrat n° **1206.004** est constitué par la présente notice, la demande d'adhésion, et le certificat d'adhésion. Il est exclusivement régi par le droit français et notamment par le code des assurances.

La résiliation du contrat d'Assurance collective n° 1206.004, souscrit par UGIP auprès de Swiss Life, n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours, qui continuent à produire leurs effets dans les conditions prévues par ledit contrat, par la présente notice d'information et par les dispositions mentionnées sur le certificat d'adhésion.

Définitions

Accident

Dommage corporel non intentionnel de la part de l'assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, et imprévisible d'une cause extérieure. **Ne sont pas considérés comme des accidents au titre de ce contrat, le suicide ou les tentatives de suicide, et les lésions organiques provoquées par un effort sans cause traumatique extérieure tel qu'un accident vasculaire ou un infarctus du myocarde par exemple.**

Actes ordinaires de la vie courante

Se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer sur une surface plane.

Activité professionnelle rémunérée : Profession de l'Assuré lui procurant gain ou profit, qu'il exerce de façon effective et habituelle, salariée ou non.

Au titre du présent contrat, une personne au chômage est considérée comme n'ayant pas ou plus d'activité professionnelle rémunérée.

Adhérent : Personne physique ou morale, membre de l'Association, qui adhère au contrat d'assurance collectif et en paie les cotisations d'assurance. Elle adhère aux statuts de l'Association et à la Notice d'information du contrat d'assurance collectif qui forment un tout indissociable.

Âge de l'Assuré : l'âge de chaque Assuré est déterminé par différence entre l'année de souscription et l'année de naissance (différence de millésimes).

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

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

Assureur : Swiss Life Assurance et Patrimoine, SA au capital de 169 036 086,38 € - RCS Paris 341.785.632 - ci-après dénommée « Swiss Life » ou « l'Assureur ».

Bénéficiaire : Personne physique ou morale désignée sur le certificat d'adhésion pour recevoir lors de la réalisation du risque couvert, les prestations prévues par la présente Notice d'information. Sauf dispositions contraires expresses portées sur le certificat d'adhésion, l'organisme prêteur est bénéficiaire de l'assurance à hauteur des sommes restant dues à la date de la réalisation du risque.

Certificat d'adhésion : Document, adressé à l'Assuré, définissant précisément les engagements pris entre les parties contractantes en fonction des choix exprimés par l'Adhérent et l'Assuré sur la demande d'adhésion. Ce document complète et personnalise le contenu de la

Notice d'information qui a été remise à l'Adhérent et à l'Assuré, et dont ils ont pris connaissance avant leur demande d'adhésion au contrat.

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

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

Contrat :

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

- Demande d'adhésion au contrat
- Formalités médicales et financières
- La présente Notice d'information
- Certificat d'adhésion dont échéancier annexé
- Conditions particulières

Date du Sinistre :

- Pour la garantie Décès, la date du Décès ;
- Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, le premier jour de l'arrêt de travail si l'Assuré exerce une Activité professionnelle rémunérée. Pour l'Assuré n'exerçant pas d'Activité professionnelle rémunérée, le jour de la prescription médicale du repos complet;
- Pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Permanente Professionnelle, la date de consolidation de l'état d'Invalidité ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, définie par le médecin expert désigné par l'Assureur.

DROM : Mayotte, Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion

Fibromyalgie : Maladie associant des douleurs diffuses chroniques musculaires et articulaires, une fatigue chronique, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs mineurs et des troubles de l'humeur d'intensité variable et d'évolution chronique, entraînant des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Le diagnostic doit être établi par un médecin spécialiste et doit être conforme aux critères établis par le Collège américain de rhumatologie en 1990, révisés en 2010. La maladie est répertoriée dans la Classification internationale des maladies CIM 10 sous le vocable M 79.7.

Franchise : Période fixée au certificat d'adhésion, au cours de laquelle aucune indemnisation n'est due, quelle que soit la durée totale de l'arrêt de travail. Elle peut être au choix de l'Adhérent de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours consécutifs.

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

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

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

Occupations habituelles : Gestion de la vie de la famille et de la maison, notamment les travaux domestiques (capacité à maintenir un état de propreté normal au domicile, à savoir laver la vaisselle, passer l'aspirateur ou le balai, nettoyer ses sanitaires), la préparation quotidienne des repas, les transports de courses ou d'enfants, la surveillance d'enfants.

Non-fumeur : Personne pouvant déclarer qu'elle n'a pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques, cigares ou pipes pendant les 24 derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion, même occasionnellement, ou qu'elle n'a pas cessé de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Hospitalisation : Est considérée en hospitalisation une personne qui bénéficie de soins lors d'un séjour de minimum une nuit dans un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes ou traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, car possédant les autorisations administratives locales ainsi que le personnel soignant qualifié nécessaires.

Ne sont pas considérés comme un établissement hospitalier les établissements de cures thermales, les maisons de repos ou de plein air, ou les mai- sons dites de santé médicale, procurant des séjours climatiques, diététiques, de désintoxication ou de sommeil.

Quotité assurée : Proportion garantie du capital emprunté exprimée en pourcentage. Il est précisé que la prise en charge en cas de sinistre est proportionnelle à la quotité assurée figurant au certificat d'adhésion du contrat.

Rechute : Aggravation de la maladie initiale ou de l'apparition d'une nouvelle altération de l'état de santé de l'assuré résultant du sinistre initial.

Syndrome de fatigue chronique : (SFC) ou encéphalomyélite myalgique est une affection de longue durée qui provoque une fatigue persistante et handicapante associée à d'autres symptômes neurologiques, principalement neurocognitifs et neurovégétatifs. Le syndrome de fatigue chronique (SFC) est classé dans la CIM10 parmi les maladies neurologiques en G93.3. Le diagnostic doit avoir été établi par un praticien hospitalier et/ou médecin interniste.

1. Conditions pour adhérer au contrat

- Être une personne physique ou morale ayant sa résidence ou ayant son siège social en France (y compris les DROM, la Polynésie française, la Nouvelle-Calédonie), en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, au Portugal, au Luxembourg ou en principauté de Monaco. Pour toute personne résidant dans un autre pays, une dérogation peut être demandée à l'assureur,
- Être membre de l'UGIP,
- Contracter ou être caution d'une opération de prêt immobilier ou contenant au moins une part d'immobilier, de prêt professionnel ou de crédit-bail, rédigé en français et libellé en euros, francs suisses (et converti en euros) ou en francs pacifique (et converti en euros) *, d'une durée d'au moins 12 mois, souscrit auprès d'un organisme prêteur situé dans l'Union européenne (sauf dérogation).
* **Voir dispositions Article 20**

2. Conditions pour être assuré

- Être une personne physique résidant en France, en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, au Portugal, au Luxembourg ou en principauté de Monaco.
- Être âgée, à la date de prise d'effet des garanties, de plus de 18 ans et de :
 - moins de 86 ans pour la garantie décès ;
 - moins de 66 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPT et IPP;
- Être emprunteur principal, co-emprunteur, ou caution de l'opération de prêt souscrite par l'adhérent, et dont le montant minimum est de 17 000 euros et maximum de **5 millions d'euros** (sauf dérogation).
- Sous réserve de signer la demande d'adhésion et satisfaire aux formalités médicales et / ou financières.

L'assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque.

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

3. Fausse déclaration - Omission

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

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.

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.

4. Garanties proposées

Les garanties proposées à l'Adhésion sont les suivantes :

- Décès ;
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ;
- Incapacité Temporaire Totale (ITT) ;
- Invalidité Permanente Totale (IPT) ;
- Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Les formules de garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

- Décès - PTIA
- Décès - PTIA - IPT - ITT
- Décès - PTIA - IPT - ITT - IPP

En complément des formules de garanties proposées, l'adhérent pourra également souscrire à l'adhésion aux options ci-dessous :

- **OPTION UGIP RACHAT :**
L'option UGIP RACHAT permet de lever les exclusions des Affections psychiatriques relatives aux garanties ITT, IPT et IPP.
- **OPTION UGIP PLUS :**

L'option UGIP PLUS est uniquement accessible aux assurés exerçant une activité professionnelle rémunérée au jour de la souscription.

Cette option permet d'étendre la durée des garanties ITT, IPT et IPP, jusqu'au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré, en cas de continuité d'une activité professionnelle rémunérée.

Seules les garanties mentionnées sur son Certificat d'Adhésion sont accordées à l'Assuré.

5. les garanties du contrat

Les garanties obligatoires

Pour toutes les garanties énoncées ci-après, le versement des prestations est pondéré de la Quotité assurée.

L'indemnisation s'effectue sur la base du tableau d'amortissement fourni par l'organisme prêteur à la date du sinistre, dans la limite du dernier Certificat d'adhésion et du plafond fixé à l'article 5.7.1 « Engagement maximal de l'assureur ».

5.1 La garantie Décès

En cas de décès de l'assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident survenu pendant la période de validité du contrat, l'assureur prend en charge le capital restant dû au jour du décès au prorata de la Quotité assurée, conformément au tableau d'amortissement fourni par l'organisme prêteur et dans la limite du montant assuré figurant au Certificat d'adhésion en vigueur.

Dans le cas des contrats de crédit-bail, l'assureur prend en charge la valeur de rachat intermédiaire au jour du décès. La valeur de rachat intermédiaire est le montant des loyers restant dus hors impayés, augmenté de la valeur résiduelle du bien.

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

Le paiement du capital décès entraîne la fin de l'assurance.

La garantie Décès cesse au plus tard au jour du 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

5.2 La garantie Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

L'assuré est considéré en état de PTIA par l'assureur s'il est, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), définitivement incapable de se livrer à un travail ou activité, même de surveillance ou de direction, pouvant procurer salaire, gain ou profit, et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie courante.

Pour bénéficier de cette garantie, la PTIA doit être consolidée avant le jour de son 70^{ème} anniversaire ou avant le jour de son 75^{ème} anniversaire en cas de PTIA Accidentelle (si elle résulte d'un Accident tel que défini à la rubrique Définitions).

L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré

En cas de PTIA de l'assuré reconnu par l'assureur pendant la période de validité de la garantie, l'assureur prend en charge le capital restant dû **au jour de la reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA**, au prorata de la Quotité assurée, conformément au tableau d'amortissement fourni par l'organisme prêteur et dans la limite du montant assuré figurant au Certificat d'adhésion en vigueur.

Dans le cas des contrats de crédit-bail, l'assureur prend en charge la valeur de rachat intermédiaire au jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. La valeur de rachat intermédiaire est le montant des loyers restant dus hors impayés, augmenté de la valeur résiduelle du bien.

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

Le paiement du capital PTIA entraîne la fin de l'assurance.

Les garanties facultatives

Les garanties facultatives ne peuvent être souscrites qu'à l'adhésion, et non en cours d'adhésion, sauf si l'assuré change de situation personnelle ou professionnelle et après accord de l'assureur.

5.3. La garantie Invalidité permanente et totale (IPT)

L'assuré est considéré en IPT à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, lorsqu'après consolidation de son état, il présente un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 % selon le **Barème de taux d'invalidité** ci-dessous, et qu'il se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer sa profession pratiquée au jour de l'arrêt de travail.

Dans le cas où l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour de prescription médicale du repos complet, il ne sera tenu compte, sur expertise médicale, que du taux d'invalidité fonctionnelle.

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse, et au plus tard au jour de son :

- 67^{ème} anniversaire, si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre ;

- 65^{ème} anniversaire, si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre ;
- 70^{ème} anniversaire, si l'Assuré a souscrit l'option UGIP PLUS et qu'il exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.

L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré.

L'assuré peut choisir à l'adhésion le mode de versement de la prestation IPT entre :

- un versement sous forme de capital ;
- un versement sous forme de rente ;

Il est précisé que seul le versement sous forme de rente est proposé à l'assuré qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à l'adhésion.

À la date de reconnaissance de l'IPT par l'Assureur pendant la période de validité des garanties, et selon le choix de l'assuré au moment de la souscription, l'assureur prend en charge **au prorata de la Quotité assurée** :

- Soit le capital restant dû (ou bien la valeur de rachat intermédiaire dans le cas des contrats de crédit-bail), conformément au tableau d'amortissement fourni par l'organisme prêteur et au certificat d'adhésion, en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPT, dans la limite du plafond fixé à l'article 5.7.1 « Engagement maximal de l'assureur ».

Pour l'assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle rémunérée à la date de prescription médicale du repos complet, la prise en charge interviendra uniquement sous forme de rentes et ce, quelle que soit le mode de versement de la prestation choisie à l'adhésion.

- Soit les échéances de prêt (ou les loyers hors valeur résiduelle dans le cas des contrats de crédit-bail), pendant la durée de l'invalidité, conformément au tableau d'amortissement fourni par l'organisme prêteur et au certificat d'adhésion, en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPT, dans la limite du plafond fixé à l'article 5.7.1 « Engagement maximal de l'assureur ».

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e, 1/360e) du nombre de jours d'IPT selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

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

Dans le cas des prêts in fine, des prêts différés ou des prêts relais, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'IPT ne peut être prise en compte

Le versement des rentes s'arrête à la première des dates suivantes :

- au jour de son :
 - 67^{ème} anniversaire, si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre ;
 - 65^{ème} anniversaire, si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre ;
 - 70^{ème} anniversaire, si l'Assuré a souscrit l'option UGIP PLUS et qu'il exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.
- au terme du prêt ;
- à la date de départ à la retraite de l'assuré ;
- à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse ;
- à la date du décès de l'assuré ou de reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA donnant lieu à indemnisation

Le paiement du capital IPT entraîne la fin de l'assurance.

5.4. La garantie Invalidité permanente et partielle (IPP)

Cette garantie est indissociable des garanties IPT et ITT.

L'assuré est reconnu en IPP à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, lorsqu'après consolidation de son état, il présente un taux d'invalidité supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66% selon le **Barème de taux d'invalidité** ci-dessous, et qu'il se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein sa profession pratiquée au jour de l'arrêt de travail.

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle rémunérée au jour de la prescription médicale du repos complet, il ne sera tenu compte, sur expertise médicale, que du taux d'invalidité fonctionnelle.

Pour bénéficier de cette garantie, l'invalidité doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse, et au plus tard au jour de son :

- **67^{ème} anniversaire, si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre ;**
- **65^{ème} anniversaire, si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre;**
- **70^{ème} anniversaire, si l'Assuré a souscrit l'option UGIP PLUS et qu'il exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.**

L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré

En cas d'IPP de l'Assuré reconnu par l'Assureur pendant la période de validité de la garantie, l'assureur prend en charge, pendant la durée de l'invalidité, les échéances de prêt (ou les loyers hors valeur résiduelle dans le cas des contrats de crédit-bail) **au prorata de la Quotité assurée**, à hauteur de $(T - 33\%) / 33\%$, T étant le taux d'invalidité de l'assuré compris entre 33 % et 66% déterminé selon le **Barème de taux d'invalidité** ci-dessous.

Les échéances de prêts (ou les loyers hors valeur résiduelle dans le cas des contrats de crédit-bail), sont définis conformément au tableau d'amortissement fourni par l'organisme prêteur et au certificat d'adhésion, en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPP, dans la limite du plafond fixé à l'article 5.7.1 « Engagement maximal de l'assureur ».

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e, 1/360e) du nombre de jours d'IPP selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

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

Dans le cas des prêts in fine, des prêts différés ou des prêts relais, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'IPP ne peut être prise en compte

Le versement des prestations s'arrête à la première des dates suivantes :

- au jour de son :
 - **67^{ème} anniversaire, si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre ;**
 - **65^{ème} anniversaire, si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre;**
 - **70^{ème} anniversaire, si l'Assuré a souscrit l'option UGIP PLUS et qu'il exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.**
- au terme du prêt ;
- à la date de départ à la retraite de l'assuré ;
- à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse;

- à la date du décès de l'assuré ou de reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA donnant lieu à indemnisation

Barème de taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est déterminé par l'assureur en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle de l'assuré.

Ces derniers sont appréciés grâce à une expertise médicale effectuée par un médecin expert missionné par l'assureur, dès lors que ce dernier statue que l'état de l'assuré peut être considéré comme consolidé (stabilisé).

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun du concours médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'assuré.

L'invalidité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle de l'assuré exercée au jour du sinistre, 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 et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction de l'invalidité fonctionnelle et professionnelle selon le barème suivant :

Degré d'invalidité professionnelle	Degré d'invalidité fonctionnelle									
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100	
10-19					33	36,6	40	43,3	46,4	
20-29				36,9	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5	
30-39			36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9	
40-49		33	40	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7	
50-59		35,6	43,1	50	56,5	62,6	68,4	74	79,4	
60-69		37,8	45,8	53,1	60	66,5	72,7	78,6	84,3	
70-79		39,8	48,2	55,9	63,2	70	76,5	82,8	88,8	
80-89		41,6	50,4	58,5	66	73,2	80	86,5	92,8	
90-99	33	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90	96,6	
100	34,2	44,8	54,3	63	71,1	78,8	86,2	92,2	100	

5.5. La garantie Incapacité temporaire de travail (ITT)

Cette garantie est indissociable de la garantie IPT.

L'assuré peut choisir la durée de la franchise lors de l'adhésion :

- s'il exerce une activité professionnelle rémunérée à l'adhésion : 30, 60, 90, 120 ou 180 jours.
- s'il n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à l'adhésion : 90, 120 ou 180 jours.

Dans le cas où l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre, il est considéré en ITT s'il est, suite à un Accident ou une Maladie garanti(e), dans l'impossibilité temporaire, totale et continue, médicalement constatée, d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel ou même limitée à la surveillance ou à la direction et donc d'en tirer gain ou profit.

Dans le cas où l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre, il est considéré en ITT s'il est temporairement contraint, suite à un Accident ou une Maladie garanti(e), d'observer, sur prescription médicale, un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles. L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré ne doit pas avoir la possibilité de faire valoir ses droits à une pension vieillesse.

En cas d'ITT survenue pendant la période de validité de la garantie, l'assureur prend en charge **100% des échéances de prêt au prorata**

de la Quotité assurée (ou des loyers hors valeur résiduelle dans le cas des contrats de crédit-bail), conformément au tableau d'amortissement fourni par l'organisme prêteur et au certificat d'adhésion, en vigueur à la date de l'arrêt de travail (ou de prescription médicale du repos complet), dans la limite du plafond fixé à l'article 5.7.1 « Engagement maximal de l'assureur ».

L'indemnisation commence à compter de la fin de la Franchise figurant au certificat d'adhésion, et au minimum à l'issue d'une période de 90 jours si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date de survenance de l'ITT.

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e, 1/360e) du nombre de jours d'ITT selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle).

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

Dans le cas des prêts in fine, des prêts différés ou des prêts relais, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt.

En cas de reprise effective du travail en mi-temps thérapeutique après une prise en charge au titre de la garantie ITT du présent contrat, l'assureur prend en charge 50 % des échéances assurées prises en charge au titre de la garantie ITT telles que définies précédemment, pendant une durée de 180 jours maximum.

En cas de rechute dans les 2 mois de la reprise effective du travail ou des occupations habituelles, il ne sera pas fait application de la franchise.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'ITT ne peut être prise en compte

Le versement des prestations s'arrête à la première des dates suivantes :

- **au jour de son :**
 - 67^{ème} anniversaire, si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre ;
 - 65^{ème} anniversaire, si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre;
 - 70^{ème} anniversaire, si l'Assuré a souscrit l'option UGIP PLUS et qu'il exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.
- **au terme du prêt ;**
- **en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique prescrit médicalement indemnisée au titre du présent Contrat) ;**
- **à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse, qu'il exerce ou pas une activité professionnelle à la date de l'arrêt de travail ;**
- **à la date de départ à la retraite de l'assuré ;**
- **à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré en IPT, IPP;**
- **à la date du décès de l'assuré ;**
- **au 1 095^{ème} jour à compter soit de la date d'arrêt de travail si l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à cette date, soit de la date de prescription médicale du repos complet si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à cette date.**

Options

5.6.1 Option UGIP RACHAT liée aux affections psychiatriques et / ou psychiques

Dans le cas de l'option UGIP RACHAT, la condition d'Hospitalisation de 90 jours n'intervient plus. **Toutefois, la franchise est de 90 jours minimum pour les ITT, IPT, IPP consécutives à une affection psychiatrique qui ne nécessite pas une Hospitalisation d'au moins 90 jours.**

5.6.2 Option UGIP PLUS

La souscription de l'option UGIP PLUS, permet l'extension des garanties tant dans le terme de la couverture que des montants couverts, telles que définies dans la présente notice.

5.7 Dispositions particulières aux garanties

5.7.1 Engagement maximal de l'assureur

Le montant maximal de l'engagement de l'assureur au titre des garanties ITT, IPT et IPP, pour un même assuré et pour l'ensemble des prêts, est limité à :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du Sinistre :
 - **7 500 € par mois et 1 500 000€ de couverture en capital;**
 - ou**
 - **15 000 € par mois et 3 000 000€ de couverture en capital dans le cadre de l'option UGIP PLUS ; En tout état de cause, en cas de mise en jeu de l'option UGIP RACHAT, le montant de la prestation ne pourra excéder, par Assuré et pour l'ensemble des prêts, 7 500 € par mois et 1 500 000 € de couverture en capital.**
- Si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date du Sinistre :
 - **1 500 € par mois ;**
 - ou**
 - **3 000 € par mois dans le cadre de l'option UGIP PLUS ; toutefois, en cas de mise en jeu de l'option UGIP RACHAT, le montant de la prestation ne pourra excéder, par Assuré et pour l'ensemble des prêts, 1 500 € par mois.**

Il est précisé que le plafond de la garantie IPP s'entend pour un taux d'invalidité à 100 %, avant application de la formule N-33/33.

Le contrat ne peut donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % du capital restant dû ou des échéances de remboursement même en cas de sinistre touchant simultanément plusieurs assurés au titre d'une même opération de prêt.

5.7.2 Caution

Pour les Assurés ayant la qualité de Caution, la prise en charge au titre de l'une des garanties facultatives par le présent contrat pourra intervenir UNIQUEMENT si la caution a été actionnée en paiement par l'organisme prêteur préalablement à la date de survenance de l'incapacité ou de l'invalidité, et se substitue aux emprunteurs pour le règlement des échéances du prêt concerné.

5.7.3 Investissement locatif

Lorsque l'adhésion a pour objet l'assurance d'un prêt contracté pour l'achat d'un bien locatif, la participation de l'assureur, en cas d'Incapacité Temporaire ou d'Invalidité Permanente, ne pourra excéder le montant de la mensualité restant à la charge de l'adhérent propriétaire après déduction du Loyer Théorique, au prorata de la Quotité assurée.

En cas de carence locative, le montant garanti est porté, avec une durée d'indemnité limitée à 180 jours maximum (franchise comprise), au montant de la mensualité restant à la charge de l'adhérent propriétaire. Dans tous les cas, il est précisé que l'indemnité ne pourra excéder les limites du présent contrat, et au maximum 7500 € par mois.

La garantie Incapacité Temporaire Totale couvrant les biens locatifs fera l'objet d'une tarification minorée.

6. Exclusions de garantie : les limites de couverture du contrat

Pour toutes les garanties, ne sont pas couverts les faits suivants, leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

- le suicide de l'assuré au cours de la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'assuré, le suicide est couvert la 1^{ère} année dans la limite d'un plafond de 120 000 euros;
- les tentatives de suicide de l'assuré ou mutilation volontaire, ou faits intentionnels de l'assuré ;
- l'usage de stupéfiants ou de drogues à doses non prescrites médicalement;
- l'alcoolisme aigu ou chronique, les accidents de la circulation résultant de l'état d'ivresse attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux maximal autorisé par la législation en vigueur à la date de l'accident, lorsque l'assuré est conducteur ;
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiation ionisante ou autres. Toutefois, ces effets sont pris en charge en cas d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'assuré est le patient ;
- la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques, sauf s'ils sont utilisés dans le cadre de la profession déclarée à l'assureur et acceptée par lui ;
- les guerres civiles ou étrangères, émeutes, insurrections, mouvements populaires, actes de terrorisme, délits ou rixes, (lorsque l'assuré y prend une part active), sauf en cas de légitime défense, ou en cas d'assistance à personne en danger, ou dans le cadre de la profession si celle-ci a été déclarée à l'assureur et acceptée par lui ;
- les maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties et non déclarées à l'assureur, sous réserve que cet antécédent médical soit à déclarer dans les questionnaires médicaux prévus au contrat. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si l'affection a été déclarée et acceptée par l'assureur ou bien entre dans le cadre défini par le droit à l'oubli (Convention AERAS) ;
- les sports aériens et / ou utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel navigant des lignes commerciales régulières et de vols charters; les sports mécaniques (auto et moto), toutefois, à la demande de l'Assuré lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, tout ou partie de ces activités peuvent être garantis si elles sont préalablement déclarées et qu'elles ont fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire acceptée par l'Assuré ;
- la participation à des raids sportifs, exercices acrobatiques, tentatives de records, saut à l'élastique, essais préparatoires, paris, défis, sports extrêmes : notamment mais non exhaustivement sky surfing, zorbing, sky flying, streetluge, base jumping, toutefois, à la demande de l'Assuré lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, tout ou partie de ces activités peuvent être garantis si elles sont préalablement déclarées et qu'elles ont fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire acceptée par l'Assuré.

Pour les garanties ITT, IPT et IPP ne sont pas couverts les faits suivants, leurs suites et conséquences :

- les affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et / ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants, états de stress aigus et chroniques (syndrome de stress post-traumatique), surmenage, épuisement professionnel, burn-out, troubles bipolaires, les Fibromyalgies, le Syndrome de fatigue chronique.

Toutefois, ces affections sont couvertes si elles ont nécessité une Hospitalisation d'au moins 9 jours continus, sauf si l'assuré a souscrit

l'option UGIP RACHAT : dans ce cas, ces affections sont couvertes sans durée d'Hospitalisation requise ;

- les traitements esthétiques et / ou interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- les accidents ou maladies pour lesquels l'assuré a refusé de se soumettre à un traitement prescrit médicalement rationnel et adéquat.

Toutefois sont pris en charge les sinistres correspondant à la mise en place de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie ;

- la pratique de sport à titre professionnel, que ce soit lors de compétitions ou d'entraînements, sauf si une tarification particulière a été demandée ;
- la pratique des sports à titre amateur suivants:
 - sports mécaniques (auto et moto) ;
 - sports aériens, y compris parachutisme, ULM, vol à voile, voltige aérienne, deltaplane, parapente ;
 - navigation maritime, motonautisme (y compris scooter des mers), voile à plus de 25 milles des côtes, plongée sous-marine (autre que la pratique à moins de 20 mètres de profondeur) ;
 - canyoning, rafting, spéléologie ;
 - sports de combat et arts martiaux ;
 - activités équestres en compétition et chasse à courre.
 - sports de neige (dont motoneige), de glace (dont bobsleigh et skeleton), de montagne, alpinisme (dont varappe). Toutefois les garanties sont acquises pour 1) le patinage sur patinoire ouverte au public, 2) le ski ou le surf sur piste alpine ouverte, 3) le ski de fond sur piste ouverte, 4) la randonnée en raquettes sur chemin balisé, 5) la randonnée à pieds au-dessous de 3 000 mètres sur chemin balisé ou ne nécessitant pas de corde piolet ou crampons ;

Toutefois, à la demande de l'Assuré lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, tout ou partie de ces activités peuvent être garantis si elles sont préalablement déclarées et qu'elles ont fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire acceptée par l'Assuré

Il est précisé que la pratique d'un des sports listés ci-dessus est couverte s'il est pratiqué dans le cadre d'une initiation ou d'un baptême encadré par un professionnel habilité.

Pour la garantie ITT spécifiquement, ne sont pas couverts les faits suivants, leurs suites et conséquences :

- l'état de grossesse et ses suites, pendant le congé légal de maternité. La garantie est acquise en dehors de cette période mais seulement en cas de complications pathologiques ;
- le traitement de la stérilité et les grossesses précieuses.

7. Validité territoriale

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

8. Bénéficiaires

Compte tenu de l'objet de l'assurance chaque organisme prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une des garanties. Toutefois, en accord avec chaque organisme prêteur, l'adhérent peut modifier cette désignation lors de l'adhésion.

9. Comment se déroule la vie du contrat ?

9.1 Date de conclusion de l'adhésion

La date de conclusion de l'adhésion est indiquée sur le certificat d'adhésion et correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion.

9.2 Prise d'effet des garanties

Sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur, de l'acceptation par l'assuré des éventuelles conditions particulières et du paiement la première cotisation d'assurance, le contrat prend effet :

- **En cas de nouveau prêt** : à la date de la signature de l'offre de prêt ;
- **En cas de substitution d'assurance en cours de prêt** : au lendemain de la date de résiliation de l'ancien contrat d'assurance ;

et, dans tous les cas, au plus tôt à la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat d'Adhésion.

En cas d'adhésion électronique, les parties conviennent que les données sous forme électronique conservées par l'assureur valent signature par l'adhérent et l'assuré, leur sont opposables et peuvent être admises comme preuves de leur identité et de leur consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés.

En cas de décès après la signature de l'offre de prêt, mais avant le déblocage de tout ou partie des fonds, la garantie décès produit tous ses effets si l'opération pour laquelle le contrat de prêt est consenti demeure.

9.3 Durée de l'adhésion

Elle est d'un an renouvelable annuellement par tacite reconduction à la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion en vigueur, et jusqu'au terme du prêt et/ou jusqu'à l'âge limite des garanties sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés ci-dessous.

9.4 Période de validité de l'adhésion et des garanties

Les garanties s'appliquent dès la date d'effet des garanties.

L'adhésion et les garanties prennent fin dans tous les cas

- **à la date de fin de prêt**
- **à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur entraînant l'exigibilité du prêt avant terme ;**
- **en cas de non-paiement des cotisations ;**
- **à la date de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent, dans les conditions définies au paragraphe 14. « Résiliation ».**

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

- **pour la garantie décès au plus tard au jour de son 90^{ème} anniversaire;**
- **pour la garantie PTIA au plus tard au jour de son 70^{ème} anniversaire (75^{ème} anniversaire si la PTIA résulte d'un Accident tel que défini à la rubrique Définitions);**
- **pour les garanties, ITT, IPT et IPP, à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse, et au plus tard au jour de son :**
 - **67^{ème} anniversaire, si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre ;**
 - **65^{ème} anniversaire, si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre;**
 - **70^{ème} anniversaire, si l'Assuré a souscrit l'option UGIP PLUS et qu'il exerce une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre.**

La cessation de l'adhésion met fin à l'ensemble des garanties et au paiement des prestations.

9.5 Changement en cours d'adhésion

Les garanties sont irrévocables pendant la durée de l'adhésion.

Par ailleurs, si l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle rémunérée lors de son 65^{ème} anniversaire, il doit en informer au préalable l'Assureur afin que les garanties et les cotisations dues soient ajustées en conséquence.

Toute modification relative au prêt, objet du contrat et à l'amortissement ou aux conditions de remboursement de son opération financière (renégociation, remboursement anticipé,

allongement de la durée, etc.) ou à son engagement de remboursement doit être déclaré par l'Adhérent à UGIP dans un délai de 120 jours à compter de la modification (accompagné des pièces justificatives).

Passé ce délai, il ne pourra être fait de modification à effet rétroactif, celle-ci n'interviendra alors qu'à réception du tableau actualisé.

En cas de réalisation d'un risque garanti, les modifications qui n'ont pas été déclarées à l'Assureur lui sont inopposables dès lors qu'elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire.

La couverture d'une modification est subordonnée à l'acceptation préalable de l'assureur lorsque :

- l'augmentation du capital assuré excède 10% du capital garanti ou 50 000 euros,
- l'allongement de la durée du prêt excède 60 mois par rapport aux conditions initiales

L'adhérent doit aussi communiquer tout changement de coordonnées téléphoniques, électroniques et postales utilisées pour la communication avec l'assureur, dans les plus brefs délais.

À défaut, les courriers, courriels ou SMS seront transmis aux dernières coordonnées connues et produiront tous leurs effets.

10. Comment mettre en œuvre les garanties, qui contacter ?

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur doit être prévenu le plus rapidement possible par l'Assuré ou à défaut ses ayants droit à l'adresse suivante :

**UGIP Assurances-
73-75 rue Brillat-Savarin
75013 PARIS**

Délai de déclaration

En cas d'ITT, la déclaration doit être faite à l'issue de la période de Franchise et au plus tard dans un délai maximum de 90 jours suivant cette date.

En cas de prolongation de la période d'incapacité, la déclaration devra être faite dans un délai maximum de 30 jours.

Passé ces délais, la prise en charge débutera, au plus tôt, à la date de réception du dossier complet par l'assureur, dès lors que cette déclaration tardive lui cause un préjudice, notamment lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité de contrôler l'état d'incapacité de l'assuré.

Pour les garanties PTIA, IPT et IPP, la déclaration doit être faite dans un délai maximum de 90 jours suivant la date de consolidation.

Passé ce délai, la prise en charge débutera, au plus tôt, à la date de réception du dossier complet par l'assureur, dès lors que cette déclaration tardive lui cause un préjudice, notamment lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité de contrôler l'état d'invalidité de l'assuré.

Dans tous les cas, il faut fournir :

- le tableau d'amortissement, ou l'échéancier du prêt en vigueur au jour du sinistre ;
- une copie du contrat de prêt;
- pour tout bénéficiaire autre que l'organisme prêteur auprès duquel le contrat de prêt ou de crédit-bail a été contracté, la pièce d'identité de ce bénéficiaire (carte d'identité, passeport, extrait Kbis...).

En cas d'accident, l'adhérent, l'assuré ou les ayants droit de l'assuré doivent fournir les documents suivants :

- un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident;
- les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie

En l'absence de transmission des documents sollicités par l'assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.

En cas d'accident ou de maladie survenus hors de France, le bénéficiaire du paiement de la prestation ne débute qu'au jour de la constatation médicale qui devra être faite soit en France, soit dans le pays du lieu de l'accident ou de la maladie par un médecin mandaté par l'assureur en cas d'impossibilité de se déplacer pour raison médicale, le décompte de la franchise débute ce même jour.

En cas de décès, il faut fournir :

- l'acte de décès de l'assuré comportant l'indication de sa date de naissance ;
- si nécessaire, une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du bénéficiaire, ainsi qu'un acte de notoriété ;
- l'attestation de dissolution du pacs pour cause de décès, si le bénéficiaire est le partenaire d'un pacs ;
- le questionnaire médical qui est fourni par l'assureur, à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès ;
- les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu

En cas de PTIA, il faut fournir :

- la notification de mise en invalidité de 3e catégorie pour les assujettis à la sécurité sociale ou un certificat médical attestant de l'invalidité pour les non-assujettis ;
- les comptes rendus des examens médicaux effectués dans le cadre de la PTIA ;
- les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu ;

En cas d'ITT, IPT ou IPP, il faut fournir :

- un certificat médical précisant la période prévue d'arrêt de travail ou de repos complet dans la circonscription, avec la nature et les circonstances de l'accident ou de la maladie justifiant le sinistre ;
- l'éventuel certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail ;
- l'éventuel avis de prolongation d'arrêt de travail ou de repos complet émanant du médecin ;
- les décomptes de règlement des indemnités journalières du régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré ;
- la notification de mise en invalidité pour les assujettis à la Sécurité sociale ;
- en cas d'ITT, le questionnaire médical qui est fourni par l'assureur, à faire remplir et signer par le médecin traitant ;
- les comptes rendus des examens médicaux et consultations effectués dans le cadre de l'ITT/IPT ou IPP.
- les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu.
- le récapitulatif des prestations perçues de l'organisme social et de la mutuelle (remboursement de soins et indemnités journalières) des 3 dernières années.

L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce non citée ci-dessus selon la situation du dossier. En l'absence de transmission des documents sollicités par l'assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.

Expertise médicale

Selon les dispositions de la notice du contrat, il est rappelé que :
- l'assureur se réserve le droit de diligenter à tout moment une expertise ou un contrôle médical pour lui permettre l'appréciation au mieux du risque assuré ;
- seul l'assureur est habilité à fixer le taux d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire de protection sociale de l'assuré ou organisme équivalent.

**Les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de constater son état.
En cas de refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, le versement des prestations sera suspendu.**

Tierce expertise :

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin expert missionné par SwissLife sur l'état de PTIA, IPT, ITT, IPP et GIS, 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 SwissLife supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à prononciation de la décision arbitrale.

11. Les cotisations

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

- des cotisations variables : le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'assuré et du capital restant dû,
- des cotisations constantes : le montant reste fixe pendant toute la durée de l'adhésion

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

La cotisation d'assurance dépend :

- du montant du prêt à la date d'effet des garanties et du montant du capital restant dû à chaque renouvellement de l'adhésion pour les années suivantes;
 - de la Quotité assurée ;
 - pour la première cotisation, de l'âge de l'Assuré à la date de prise d'effet des garanties (l'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),
 - pour les cotisations suivantes, de l'âge atteint par l'Assuré au 31 décembre (l'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance).
 - de la formule choisie lors de l'adhésion ;
 - des tarifs et majorations en vigueur lors de l'adhésion ;
 - de la profession et du statut fumeur / non-fumeur de l'assuré ;
- L'échéancier des cotisations est fixé et communiqué lors de l'adhésion.

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

Ils peuvent uniquement évoluer en cas de changement des taxes ou impôts applicables à l'adhésion.

Dans la limite de la législation en vigueur, chaque cotisation est payable d'avance par l'adhérent à la date indiquée dans l'échéancier des cotisations qui lui est remis, et prélevée par UGIP ASSURANCES sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou bien, sur demande adressée à l'assureur, dans un autre pays de la zone SEPA.

L'adhérent peut opter, au moment de l'adhésion, pour un paiement par prélèvement annuel, semestriel, trimestriel, ou mensuel

Défaut de paiement

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

À défaut de ce paiement, l'Assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L.113-3 du Code des Assurances.

À défaut du paiement d'une cotisation, l'adhésion au contrat sera résiliée suivant les modalités indiquées par le Code des Assurances, dans les formes et délais prévus par celui-ci. Il sera adressé, tant au bénéficiaire qu'à l'adhérent, une lettre recommandée valant mise en demeure. Les cotisations échues restent acquises à l'Assureur.

En cas d'incident de paiement de l'adhérent, l'assuré, le bénéficiaire ou l'organisme prêteur peut se substituer à lui pour le règlement des cotisations impayées.

Exonération des cotisations

Dès lors qu'un Assuré bénéficie d'une prise en charge par l'Assureur des mensualités du prêt, il bénéficie de l'exonération du paiement des cotisations relatives aux garanties Incapacité et/ou Invalidité

ouvrant droit à l'indemnisation à compter de sa prise en charge effective. Il n'y aura pas d'effet rétroactif en cas de déclaration tardive.

12. Convention AERAS – Garantie Invalidité spécifique (pour les prêts immobiliers ou professionnels)

Conformément aux dispositions de la convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie IPT a été refusée pour des raisons médicales ou assorties d'une exclusion de la (des) pathologie(s) déclarée(s).

Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et / ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie Invalidité spécifique à la convention AERAS se déclenche si vous vous retrouvez définitivement en invalidité professionnelle totale et si votre taux d'incapacité fonctionnelle, au sens du barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires, est au moins égal à 70 %. Lorsqu'elle est accordée, cette garantie spécifique ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'assuré ; en revanche les exclusions contractuelles prévues en ITT au chapitre 7.« Exclusions de garantie : les limites de couverture du contrat » s'appliquent. En cas de survenance d'une invalidité spécifique, les prestations sont celles qui auraient été versées en cas d'IPT, dans la limite de la Quotité assurée et du même âge de fin de garantie qu'en IPT, et sous réserve :

- d'un classement en 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés;
- d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ;
- d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Vous pouvez retrouver toutes les informations sur la convention AERAS sur le site www.aeras-infos.fr.

13. Renonciation

L'assuré peut renoncer à l'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la date de conclusion de l'adhésion. Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle suivant, à votre service clients :

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (prénom et nom), né(e) le (date de naissance) demeurant à (adresse) désire renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance UGIP CREDIT+ n° (numéro de contrat) pour laquelle j'ai effectué un versement de (montant).

Je demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L.132-5-1 du Code des assurances.

Date et signature

Article L. 132-5-1

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel. Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de 2mois.

Les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion cessent immédiatement leurs effets à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).

L'assureur avertira par écrit le prêteur.

La renonciation n'est pas applicable aux adhésions visant à garantir le remboursement d'un prêt professionnel.

14. Résiliation

L'adhérent dispose d'une faculté de résiliation du présent contrat d'assurance soit :

- **dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt**, pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel.

L'Adhérent doit notifier à UGIP ASSURANCES sa demande de résiliation par courrier recommandé, au plus tard quinze jours avant le terme de cette période de douze mois, accompagnée de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance acceptée en substitution.

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

- Soit 10 jours après réception de la décision d'acceptation de l'Organisme Prêteur par UGIP ASSURANCES,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution, si cette date est postérieure.

- **à chaque échéance annuelle** correspondant à la date anniversaire de signature de l'offre de prêt.

L'Adhérent doit adresser sa demande de résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant cette date, accompagnée de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur.

En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

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

15. Litiges et réclamations – Médiation

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

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

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès du Pôle Réclamations de l'Assureur.

Le Pôle Réclamations peut être contacté :

SwissLife Assurance et Patrimoine
Service Réclamations Vie
7, rue Belgrand
92682 Levallois-Perret Cedex

En dernier recours : la médiation de l'assurance

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

16. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Délai de prescription

Article L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article

L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil.

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

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.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

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.

Étendue de la prescription quant aux personnes

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 leurs héritiers.

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

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

Article 2246 du Code civil

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

Politique de protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité filiale de la holding Swiss Life France (dénommée groupe Swiss Life France) mentionnée sur ce document et son mandataire UGIP.

Les données collectées sont utilisées par les sociétés d'assurance du groupe Swiss Life France, à savoir SwissLife Assurance et Patrimoine et son mandataire :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de l'adhésion de l'assuré ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la lutte contre la fraude à l'assurance (les dispositifs de lutte contre la fraude mis en œuvre peuvent notamment conduire à l'inscription des assurés sur une liste de personnes présentant un risque de fraude) ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer la situation de l'assuré ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront lui être proposées

- pour la gestion des relations avec l'assuré et notamment à des fins de prospection vers nos assurés ou nos prospects ou à des fins d'amélioration de notre qualité de service et d'enquête de satisfaction.

Dès lors qu'elles sont strictement nécessaires, des données relatives à la santé de l'assuré sont susceptibles d'être traitées dans le cadre des finalités précitées. Ces données sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec son accord.

Du fait de l'adhésion de l'assuré au contrat d'assurance de groupe souscrit par l'Association UGIP (Union Générale Inter-Professionnelle) pour ses adhérents, des données concernant l'assuré pourront également être utilisées pour lui adresser des communications institutionnelles, des convocations aux instances statutairement ou légalement prévues (ex. : assemblées générales, ...) ainsi que tous documents nécessaires à la gestion de ces instances.

Les données collectées pour les finalités précitées seront conservées le temps de l'adhésion de l'assuré au contrat d'assurance de groupe et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence d'adhésion au contrat d'assurance de groupe (ex : en cas de renonciation de la part de l'assuré ou de refus de l'adhésion quelle qu'en soit l'origine) les données seront conservées cinq ans maximum à des fins probatoires.

Les données sont également transmises entre les trois sociétés d'assurance du groupe, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs sous-traitants, mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités au sein du groupe Swiss Life France pour les besoins de ces opérations. Ces informations peuvent également être transmises dès lors que cela est nécessaire à tous organismes habilités (autorité de tutelle et administrations) ou organismes

professionnels (notamment Alfa dans le cadre de la lutte contre la fraude).

L'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données le concernant. Il a aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de ses données après son décès ou choisir d'en limiter l'usage. S'il a consenti de manière expresse à certaines utilisations de ses données, il peut retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de son adhésion.

Il peut s'opposer au traitement de ses données pour un motif légitime.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ses droits, il peut s'adresser au Délégué à la protection des données d'UGIP Assurances soit par courrier à l'adresse suivante :

**UGIP Assurances-
73-75 rue Brillat-Savarin
75013 PARIS.**

, soit par mail à :

dpo@ugip.org

Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

Par ailleurs, l'assuré peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy TSA 80715 75334 PARIS cedex 07 ou à partir du site cnil.fr

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'assuré peut s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité.

Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires. L'assuré peut en prendre connaissance sur notre site Internet :

<https://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees> ou demander que le document lui soit envoyé à l'adresse e-mail qu'il nous indiquera.

17. Autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest, 75436 Paris.

18. Participation aux bénéfices techniques et financiers

Il n'est pas distribué de participation au titre des bénéfices techniques et financiers du présent contrat

19. Particularité des prêts en devise

Les dispositions de la présente Notice s'appliquent aux prêts libellés en francs suisses et francs pacifiques dans les conditions similaires à celles en vigueur pour les prêts libellés en euros et sont complétées par les dispositions suivantes.

Lors de l'adhésion, le montant du prêt à assurer et le tableau d'amortissement correspondant sont convertis en euros selon le taux de change en vigueur à cette date.

Le montant initial du prêt libellé en devises converti en euros peut être majoré par l'Adhèrent au moment de l'adhésion, par l'application d'un coefficient multiplicateur pouvant atteindre 120%. Ce barème reste valable pendant toute la durée du prêt et ne sera en aucun cas actualisé sauf en cas de renégociation du prêt ou de remboursement anticipé partiel du prêt.

Les cotisations et les prestations sont exprimées en euros.

En cas de Sinistre, le montant des prestations est déterminé à partir du tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur, converti en euros selon le taux de change en vigueur au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti figurant au certificat d'adhésion.

L'attention de l'Adhèrent est attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'Assureur étant exprimé en euros, l'Adhèrent pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'Organisme Prêteur et en assumera alors la charge exclusive.