

# NOTICE D'INFORMATION – CONDITION GENERALES DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT UGIP PRESTIGE

**UGIP ASSURANCES** (courtier en assurance) Société par Actions Simplifiées au capital de 130 944 € RCS PARIS N°398 784 645 - Siret N°398 784 645 00044 Enregistrée auprès de l'ORIAS sous le N°07 005 590 (site internet de l'ORIAS [www.orias.fr](http://www.orias.fr) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale à : UGIP Assurances "Service Réclamations" - 73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS.

**Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP)**, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale au Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS ou par email à [contact@mncap.fr](mailto:contact@mncap.fr).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre contrat. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment au regard de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Les destinataires des données sont UGIP Assurances, OCIRP VIE, MNCAP et ses partenaires toujours dans le cadre de la gestion de votre contrat. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à UGIP Assurances - Gestionnaire des conventions UGIP siège administratifs : 73/75, Rue Brillat-Savarin.

Le contrat d'assurance de Prêts et crédits UGIP PRESTIGE est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 221-1 et suivants du Code de la mutualité. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat d'assurance de groupe et est réservé aux seuls membres de L'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP). Il est distribué par l'intermédiaire de l'UGIP ASSURANCES, via son réseau d'apporteurs.

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

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

L'Assureur ci-après des garanties d'assurance de Prêts et de crédits, désigne Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 et dont le siège social est situé au 5, rue Dosne 75116 Paris.

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

## **Quelques définitions :**

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

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

**Adhérent** : Personne physique qui adhère à l'Association et à la présente Convention, et remplissant les conditions définies à l'Article 12.1.

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

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

**Assuré** : Personne sur la tête de qui reposent les garanties de la présente Convention. L'Assuré, également désigné ci-après par « vous » est inscrit au Certificat d'adhésion et remplit les conditions définies à l'Article 12.1.

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

**Capital Restant Dû** : Pour un prêt, désigne le capital emprunté non amorti à la date de l'événement garanti et conforme au certificat d'adhésion, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Pour une opération de financement locatif, désigne la somme des loyers restant dus

à la date de l'événement garanti, y compris la valeur résiduelle du bien. Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des Echéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

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

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

**Contrat** : Le Contrat est formé par l'acceptation de l'Assuré des statuts de la Mutuelle, des conditions générales reprises dans la notice d'information et éventuellement des conditions particulières présentées dans le Bon pour accord.

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

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

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

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

**Franchise absolue** : Période continue d'Incapacité Totale de travail pendant laquelle aucune indemnité n'est due.

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

**Loyer théorique** : somme perçue périodiquement correspondant à la

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

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

**Prêt** ci-après désigne un prêt, libellé en Euros, tel que précisé à l'Article 12.4.

**Prêt locatif** ci-après désigne un prêt pour l'achat d'un bien destiné à être mis en location. Il doit être libellé en Euros tel que précisé à l'Article 12.4.

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

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

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

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

**Sinistre** : Évènement postérieur à la prise d'effet des garanties et susceptible de mettre en œuvre l'une ou l'autre des garanties prévues par le Contrat.

## QUELLE EST L'ÉTENDUE DE VOS GARANTIES ?

### ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de garantir, postérieurement à la prise d'effet des garanties, et avant le remboursement intégral du Prêt et/ou la cessation des garanties, l'Assuré, ayant été soumis à la sélection médicale, contre tout ou partie des risques couverts suivants, selon l'Age de l'Assuré au jour de l'adhésion (cf. article 12.1 ci-après) et le cas échéant le montant du capital assuré :

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

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

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

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

Options facultatives, proposées en complément des formules n°2 et n°3 :

- **Option MNO** (définie à l'article 7) ;
- **Option Rachat Exclusions sportives.**

Avant la prise d'effet des garanties visées ci-dessus, et à compter de la signature du questionnaire de santé, l'Assuré bénéficie d'une garantie temporaire décès accidentel en cas de Décès Accidentel dans le cadre d'un nouveau Prêt, à concurrence du montant assuré avec un maximum de trois cent mille euros (300 000 €). Cette garantie ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au contrat de prêt, à la suite d'une substitution d'assurance (cf. article 3 ci-après).

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

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

Territorialité	France Métropolitaine, D.R.O.M., Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Monaco	Australie, Bahreïn, Canada, Emirats Arabes-Unis, Japon, Liban, Maroc, île Maurice, Qatar, Singapour, USA
Décès	✓	✓
P.T.I.A.	✓	✓
I.P.T. rente	✓	✗
I.P.T. capital	✓	✗
I.T.T.	✓	✗
I.P.P.	✓	✗
Option MNO	✓	✗

✓ Garantie Éligible

✗ Garantie Non éligible

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

## ARTICLE 2 : DURÉE DES GARANTIES

### 2.1. Prise d'effet des garanties

#### 2.1.1. Adhésion pour les nouveaux Prêts

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

- que l'acceptation de l'offre ou du contrat de prêt par le dernier signataire intervienne dans les 6 (six) mois (ou 12 (douze) mois pour les Prêts différés), suivant l'envoi à l'Assuré de la notification de couverture par l'Assureur (cf. article 13 ci-après),
- que le premier décaissement intervienne dans les 6 (six) mois (ou 12 (douze) mois pour les Prêts différés), suivant l'acceptation de l'offre ou du contrat de Prêt,
- et du paiement de la première cotisation d'assurance dans le délai mentionné ci-avant.

#### 2.1.2. Adhésion avec substitution d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article L221-10 du Code de la Mutualité, les garanties prennent effet dix jours après la réception par l'Assureur de la décision du Prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure.

### 2.2. Durée des garanties

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

### 2.3. Cessation des garanties

Vos garanties et les prestations cessent :

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

Décès (DC)	Au 85 <sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré
P.T.I.A.	Au 70 <sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré ou 75 <sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré si la P.T.I.A. résulte d'un Accident.
I.P.T. rente	
I.P.T. capital	Au plus tôt, dès la prise d'effet de la retraite de l'Assuré à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'inaptitude au travail ou selon l'option choisie et inscrite au certificat d'adhésion,
I.T.T.	
I.P.P.	ou au plus tard au 70 <sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré, en cas de poursuite d'une activité professionnelle rémunérée.
MNO	

- au terme normal ou anticipé du Prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date à laquelle l'Assuré résilie son engagement de Caution,
- en cas de paiement de la prestation par l'Assureur à la suite de la mise en jeu de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ou de la garantie Décès (DC),
- en cas de paiement de la prestation par l'Assureur à la suite de la mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) si vous avez

choisi l'I.P.T. Capital,

- à la date de résiliation effective de l'adhésion par l'Assuré (cf. 2.4 Résiliation de l'adhésion ci-après).

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

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code des assurances, l'Assuré peut demander la résiliation de son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L. 313-25 du Code de la consommation.

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

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

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

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

La résiliation annuelle à l'initiative de l'Assuré ou de l'Assureur sur le fondement de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité ; ou à tout moment pour aggravation de risque, à l'initiative de l'Assureur ou pour diminution du risque à l'initiative de l'Assuré sur le fondement de l'article L. 221-15 du Code de la mutualité est possible pour les assurances de Prêts immobiliers ne relevant pas de l'article L. 313-1 du Code de la consommation.

## ARTICLE 3 : LA GARANTIE DÉCÈS

### 3.1. La garantie temporaire décès accident

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

Tant que l'acceptation des risques n'a pas pu être formulée par l'Assureur, seule la garantie temporaire décès accident est acquise temporairement à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, aux conditions ci-après et sous réserve des exclusions définies à l'Article 9.

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

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

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

Dans le cas où vos garanties n'auraient pu prendre effet, la garantie temporaire décès accident cesse de plein droit dès que l'Assureur a notifié sa décision ou si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours, aux demandes de renseignements complémentaires de l'Assureur.

La durée de la garantie ne peut excéder 3 mois à compter de la signature du bulletin d'adhésion.

### 3.2. La garantie décès toutes causes

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

Cette garantie vous est acquise, dans les limites de la Quotité assurée, sous réserve du respect de la limite d'âge pour adhérer (cf. Article 12.1 ci-après), de l'acceptation de votre admission à l'assurance par l'Assureur et des exclusions définies à l'article 9.

L'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) le Capital Restant Dû

au jour du décès tel qu'indiqué au tableau d'amortissement remis par le Prêteur multiplié par la Quotité assurée, dans la limite du montant indiqué au certificat d'adhésion.

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

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

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

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

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

Pour bénéficier de la garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A.), vous devez obligatoirement remplir ces 2 (deux) conditions cumulatives.

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

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

Elle vous est acquise dans les limites de la Quotité assurée, sous réserve que la limite d'âge pour adhérer soit respectée (cf. Article 12.1 ci-après), que la consolidation de l'état de P.T.I.A. intervienne avant la limite d'âge mentionnée à l'Article 2.3 et dans la limite des exclusions définies à l'Article 9 ou incluses dans vos conditions particulières.

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

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

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

## ARTICLE 5 : LES GARANTIES INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.), INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

Vous bénéficiez de tout ou partie de ces garanties si vous avez adhéré avant votre 65<sup>ème</sup> anniversaire et avant votre départ en retraite ou en pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail, sous réserve des exclusions définies à l'article 9, sauf :

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

### 5.1. Définitions des garanties

#### INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.)

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

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

et évalue que votre taux d'invalidité (cf. 5.2 ci-après) est supérieur ou égal à 66%.

### INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

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

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

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

### 5.2. Détermination du taux d'invalidité

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

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

Le taux d'invalidité est :

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

### BARÈME CONTRACTUEL D'INVALIDITÉ

TAUX D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE								
	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%	63%	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 d'invalidité professionnelle est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité par rapport à votre profession. Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions d'exercice normales et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

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

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

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

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

En tout état de cause, votre état de santé doit être consolidé avant la date à laquelle vous faites valoir vos droits à une pension et au plus tard à la date de votre 70<sup>ème</sup> anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur. La prise en charge des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de votre invalidité proportionnellement à cette durée.

### 5.3. Prestations

L'Assureur prend en charge les prestations, selon la Franchise souscrite à l'adhésion à compter du 31<sup>ème</sup>, 61<sup>ème</sup>, 91<sup>ème</sup>, 121<sup>ème</sup> ou du 181<sup>ème</sup> jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour d'arrêt de travail. Les franchises 30 jours et 60 jours ne sont pas accessibles aux assurés ayant souscrit un prêt à taux zéro ou un prêt dans les DROM-COM.

#### 5.3.1. Base de calcul

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

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

Dans ce cas, les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

L'Assureur verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés.

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

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

L'Echéance ne couvre pas, le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais. En aucun cas, le remboursement anticipé partiel du capital intervenant pendant une période d'I.P.T. ou d'I.P.P. n'est pris en charge par l'Assureur.

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

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

Dans ce cas, l'Assureur prend en charge :

**Pour les Prêts amortissables,** les Prêts à paliers et les Prêts in fine : 100% du Capital Restant Dû (multiplié par la Quotité assurée) au jour de la reconnaissance de l'état d'I.P.T. par l'Assureur, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite

du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur. Concernant les Prêts à paliers intégrant les Prêts achat-revente, si l'Assuré est reconnu en état d'I.P.T. avant le remboursement anticipé partiel et programmé du capital provenant de la vente de l'ancien bien de l'Emprunteur, le versement est effectué sur la base du Capital Restant Dû déduction faite de ce remboursement programmé.

- **Le versement sous forme de capital en cas d'I.P.T. met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que le capital versé au titre de l'I.P.T. soit égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/P.T.I.A.**
- **Si le capital versé au titre de l'I.P.T. est inférieur au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/P.T.I.A., l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès et P.T.I.A., pour un montant égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée Décès/P.T.I.A., déduction faite du capital déjà versé au titre de l'I.P.T.**

### 5.3.2. Montant des prestations

L'indemnité versée par l'Assureur est définie ainsi :

- **I.P.T.** : 100%, dans la limite des montants indiqués au certificat d'adhésion
- **I.P.P.** : (N-33)/33, où N est le taux d'invalidité de l'assuré tel que défini à l'article 5.2.

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

## 5.4. Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

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

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

- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'Assureur lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par l'Assureur, indispensables à la poursuite de l'indemnisation.
- dès que vous reprenez votre activité professionnelle, à temps complet.
- **pour l'I.P.T. rente** : si votre taux d'invalidité devient strictement inférieur à 66% que ce soit à la suite d'un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par l'Assureur.
- **pour l'I.P.P.** : si votre taux d'invalidité devient strictement inférieur à 33% que ce soit à la suite d'un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par l'Assureur.

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

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

## ARTICLE 6 : LA GARANTIE INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.)

### 6.1. Définitions des garanties

#### 6.1.1. INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.)

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

Si vous êtes sans activité professionnelle au jour du sinistre, vous devez être temporairement dans l'impossibilité totale et continue médicalement constatée d'effectuer, toute occupation quotidienne, usuelle et de réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la

gestion des affaires familiales et personnelles.

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

#### 6.1.2. INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.)

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

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

### 6.2. Prestations

L'Assureur prend en charge les prestations, selon la Franchise souscrite à l'adhésion à compter du 31<sup>ème</sup>, 61<sup>ème</sup>, 91<sup>ème</sup>, 121<sup>ème</sup> ou du 181<sup>ème</sup> jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour de chaque arrêt de travail. Les franchises 30 jours et 60 jours ne sont pas accessibles aux assurés ayant souscrit un prêt à taux zéro ou un prêt dans les DROM-COM.

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

En cas d'I.T.T. ou d'I.T.P. donnant droit aux versements des échéances telles que définies ci-dessus, les garanties souscrites sont maintenues. La franchise est celle de l'option choisie par l'Assuré, à l'adhésion, pour la garantie I.T.T.

### 6.3. Base de calcul

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

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

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

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

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenant moins de 6 mois avant la survenance du sinistre ou pendant la prise en charge d'un sinistre par l'Assureur au titre de l'une des garanties I.T.T. ou I.T.P.,
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,
- les échéances des remboursements de Prêts ayant un différé total d'une durée supérieure à 36 mois, sauf pour les Prêts à taux zéro,
- les retards de paiement d'Échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur,
- le remboursement du capital pour les Prêts relais et les Prêts in fine,

### 6.4. Montant des prestations

L'indemnité versée par l'Assureur est définie ainsi :

- **I.T.T.** : 100%
- **I.T.P.** : 50%

Le montant total des indemnités assurés par l'Assureur, tous contrats d'assurances de financement auprès de l'Assureur et tous réseaux distributeurs confondus, est limité (sauf dérogation) par Assuré, à 20 000 (vingt mille) euros par mois, au titre de la garantie I.T.T. et cela dans la limite des montants indiqués au certificat d'adhésion.

## 6.5. Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

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

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

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

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

**MATERNITE** : la période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du Travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées.

Toutefois :

- si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé,
- si avant le début de ce congé, l'Assurée était indemnisée par l'Assureur dans le cadre du présent contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'Assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites fixées pour les garanties I.T.T., I.T.P.

## ARTICLE 7 : OPTIONS FACULTATIVES : MNO

### 7.1. L'OPTION MNO : Rachat Dos

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

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègement des exclusions en cas d'incapacité ou d'invalidité, mentionnées à l'Article 9 : les sinistres résultant d'une atteinte disco-vertébrales (cervicale, dorsale, lombaire ou sacrée), ou paravertébrales ou des racines nerveuse, ou toutes ostéoporoses du rachis ou des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires, sont couverts sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

**En cas de résiliation de l'Option MNO, l'Assuré ne pourra plus la souscrire à nouveau.**

### 7.2. L'OPTION MNO : Rachat Dos/Psy

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

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègement des exclusions en cas d'incapacité ou d'invalidité, mentionnées à l'Article 9 : les sinistres résultant de toutes les maladies neuropsychiatriques énumérées à cet article, ou résultant d'une atteinte disco-vertébrales (cervicale, dorsale, lombaire ou sacrée), ou paravertébrales ou des racines nerveuse, ou toutes ostéoporoses du rachis ou des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires, sont couverts sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

**En cas de résiliation de l'Option MNO, l'Assuré ne pourra plus la souscrire à nouveau.**

## ARTICLE 8 : LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (GIS)

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

- votre état de santé est consolidé,
- votre taux d'incapacité/d'invalidité fonctionnelle tel que défini à l'article 5.2 ci-avant, apprécié par le médecin désigné par l'Assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70%.

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

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

Le paiement des prestations cesse :

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

## ARTICLE 9 : LES EXCLUSIONS ET LIMITES DE PRISE EN CHARGE

Ne sont pas prises en charges au titre de toutes les garanties les suites et conséquences :

- du suicide de l'Assuré survenant pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion, sauf si le prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré. Dans ce cas toutefois, seul le montant du prêt dans la limite du plafond défini à l'article D223-1 du code de la mutualité est garanti. En cas de modification apportées aux garanties (augmentation des capitaux assurés ou remise en vigueur de l'adhésion), le suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de la modification apportée aux garanties, mais ne concerne le cas échéant que l'augmentation de garantie ;
- du fait volontaire de l'Assuré ou du Bénéficiaire ;
- de guerres civiles ou étrangères, émeutes, mouvements populaires, ou rixes. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements, ou si cette participation résulte de l'exercice de sa profession, préalablement garantie par l'assureur lors de l'adhésion au contrat ;
- des suites et conséquences directes ou indirectes d'accidents liés à la modification de la structure du noyau atomique ainsi que les conséquences directes ou indirectes d'accidents liés aux rayonnements nucléaires et ionisants ou de la transmutation de l'atome qui ne sont pas en rapport avec un traitement médical ;
- de risques aériens se rapportant à des compétitions aériennes, raids aériens, vols acrobatiques, voltige, tentatives de records ou vols d'essais, ainsi que les vols effectués sur des appareils non munis d'un certificat valable de navigabilité, ou pilotes par un pilote non muni d'un brevet valable ;
- accidents de la circulation résultant d'un état d'ivresse de l'Assuré caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation du Code de la Route en vigueur à la date de survenance de l'accident ;
- affections dont la première constatation est antérieure à la date de prise d'effet des garanties. Cependant, les suites et conséquences des

affections déclarées lors de l'adhésion sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'assuré ou mention particulière faite au certificat d'adhésion.

- Accidents ou maladies résultant du fait volontaire de l'Assuré y compris les tentatives de suicide ou de mutilation ;
- Les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou de médicaments non prescrits par une autorité médicale, ou à des doses non prescrites.
- L'imprégnation alcoolique reconnue médicalement.
- En outre, sont également exclues les suites et conséquences d'accidents résultant de la pratique par l'assuré des sports ou activités indiqués ci-après :
  - les sports pratiqués à titre professionnel ou rémunéré ;
  - les paris, défis, raids et tentatives de record ;
  - boxe et autres sports de combat (sauf pratique amateur et hors compétition) ;
  - les compétitions et entraînements préparatoires de sports équestres ou de sport avec usage d'engins à moteur ;
  - la spéléologie, l'escalade et la varappe (sauf si pratiquée en salle) ;
  - motonautisme, planche à voile à plus de 1 mile des côtes, yachting, plongée sous-marine (sauf plongée jusqu'à 30 mètres et pratiquée moins de 20 fois par an et toujours accompagnée, hors exploration de grotte ou épave) ;
  - l'alpinisme et tous les sports pratiqués en montagne au-delà de 3 000 mètres d'altitude. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas à la pratique de ski alpin, de fond ou de snowboard sur pistes réglementées, ouvertes et accessibles en remontées mécaniques ;
  - le kitesurf, windboard, funboard, saut à l'élastique, parachutisme, parapente, wingsuit, bobsleigh, toboggan, skeleton, saut à ski ou au tremplin, vol d'essai et vol sur engin non muni de certificat de navigabilité, acrobatie aérienne, ULM, deltaplane.

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

Tout ou partie de ces exclusions sportives peut faire l'objet d'un rachat d'exclusion lors de l'adhésion au contrat.

#### UNIQUEMENT POUR LES GARANTIES I.P.T., I.P.P., I.T.T., I.T.P. ET G.I.S. :

- Les exclusions communes à toutes les garanties
- Troubles anxieux, troubles névrotiques, schizophrénie, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome de burn-out ou d'épuisement, du syndrome de fatigue chronique, de la fibromyalgie, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation en établissement psychiatrique, ou service de psychiatrie d'un établissement hospitalier, supérieure ou égale à 10 jours continus. La matérialisation de cette hospitalisation n'entraînera pas une indemnisation rétroactive portant sur la période d'incapacité antérieure au 1er jour d'hospitalisation.
- Pathologies relatives à l'axe rachidien, paravertébrales, discovertébrales ou dorsolombaires et leurs suites et conséquences, de lumbago, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours continus ; La matérialisation de cette hospitalisation n'entraînera pas une indemnisation rétroactive portant sur la période d'incapacité antérieure au 1er jour d'hospitalisation.
- La période de grossesse couverte par le congé légal de maternité, ou assimilé pour les non-salariés tel que prévu par le Code du Travail, n'est pas considéré comme une période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ; cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées ;
- Les cures de toute nature, notamment thermales, marines de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en établissement de repos.
- Interventions chirurgicales esthétiques et / ou traitements esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat.

## ARTICLE 10 : TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

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

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

## ARTICLE 11 : LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

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

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

Au conjoint de l'Assuré, non décédé, non divorcé, non séparé de corps ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés en cas de décès, par parts égales entre eux, à défaut aux parents par parts égales entre eux, à défaut aux héritiers ou ayants droit par parts égales entre eux

ou selon une clause particulière permettant le versement au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s).

La possibilité de désigner une personne physique est réservée à l'Assuré qui désigne le Prêteur comme Bénéficiaire pour une quotité inférieure à 100% des montants garantis au titre de la présente adhésion.

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

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

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

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

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

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

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

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

## COMMENT ADHÉRER AUX GARANTIES ?

### ARTICLE 12 : LES CONDITIONS POUR ADHÉRER

#### 12.1. Adhérent et personnes assurables

Pour pouvoir être Adhérent au contrat, vous devez :

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

- Résider en France Métropolitaine, dans les DROM-COM, la Corse, sauf dérogation de l'Assureur ou pour les expatriés et les étrangers investir en France via un établissement de crédit français ou une succursale française d'un établissement de crédit étranger avec une offre de prêt libellée en euros et rédigé en français
- Avoir contracté un Prêt ou être Caution d'un Prêt libellé en Euros et rédigé en français auprès du Prêteur, d'un montant minimum de 10 000 euros.

Pour être assuré, vous devez :

- Résider en France Continentale, dans les DROM-COM, la Corse, sauf dérogation de l'Assureur ou pour les expatriés et les étrangers investir en France via un établissement de crédit français ou une succursale française d'un établissement de crédit étranger avec une offre de prêt libellée en euros et rédigé en français
- Être Emprunteur, co-Emprunteur ou Caution d'une personne physique ou d'une personne morale,
- Avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant conformément à l'Article 13,
- Ne pas bénéficier des dispositions de l'article L.113-2-1 du code des assurances, au titre de ce contrat d'assurance, dans la mesure où la sélection médicale prévue à l'article 12 est une condition essentielle à l'engagement de l'assureur
- Être âgé au jour de l'adhésion de plus de 18 ans, et demander votre admission au plus tard selon les limites d'âge suivantes :

Risques couverts	Limite d'adhésion
Décès	à la date exacte de votre 75ème anniversaire ; à la date exacte de votre 70ème anniversaire pour la garantie décès accidentel.
P.T.I.A	à la date exacte de votre 65ème anniversaire.
I.P.T Rente	
I.P.T Capital	
I.T.T.	à la date exacte de votre 65ème anniversaire et avant votre départ en retraite ou préretraite, y compris pour inaptitude au travail.
I.P.P.	
MNO	

## 12.2. Montant minimum et maximum assurable

Le montant minimum assuré pour les prêts immobiliers non professionnels est 200 000 (deux cents mille) euros après application de la quotité assurée (y compris à l'encours d'autres prêts immobiliers assurés déclarés par le candidat à l'assurance), si le remboursement total du prêt est antérieur au 60ème anniversaire du Candidat à l'assurance.

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

- 10 000 000 (dix millions) euros au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.),
- 20 000 (vingt mille) euros par mois au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale avec versement en rente (I.P.T. Rente), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).
- 10 000 000 (dix millions) euros au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale avec versement en capital (I.P.T. Capital).
- Le montant total des capitaux assurés par l'Assureur tient compte :
- de tous les capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion,
- et des nouveaux capitaux à assurer.

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

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

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

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

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

En cas d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), ou d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) simultanées des Assurés, les prestations sont réglées conformément aux dispositions de l'Article 5 ci-avant, affectées de la Quotité assurée sur chaque tête, et ne sauraient excéder le cumul entre

les Assurés et, pendant toute la période garantie, 100% des échéances du Prêt.

Dans tous les cas, le montant des prestations réglées au Prêteur ne peut être supérieur au montant du Capital Restant Dû.

Le solde éventuel est versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) à l'article 11 ci-avant.

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

## 12.4. Prêts assurables

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

- Les Prêts amortissables à taux fixe ou variable (capé à 200 points de base), d'une durée restante maximum de 30 ans, différé d'amortissement éventuel non compris ;
- Les Prêts in fine d'une durée maximum de 30 ans ;
- Les Prêts relais d'une durée maximale de 36 mois ;
- Les Prêts à taux zéro (total ou partiel) ;
- Les Prêts professionnels d'Investissements Immobilier d'une durée maximale de 240 mois uniquement pour les garanties Décès et PTIA.
- Ne sont pas éligibles aux garanties du présent contrat les types de Prêts suivants :
- Les découverts bancaires et facilités de caisse ;
- Les Prêts viagers hypothécaires ;
- Les Prêts garantis par l'Etat (P.G.E.).
- Les prêts qui ne sont pas consentis par des établissements de crédit français ou étrangers ayant une succursale en France

Les prêts doivent être libellés en Euros et rédigés en français.

## ARTICLE 13 : LES FORMALITÉS POUR ÊTRE ASSURÉ

Si la part assurée sur votre encours cumulé de contrats de Prêt n'excède pas 200 000 euros et si l'échéance de remboursement du Prêt contracté intervient avant votre soixantième (60ème) anniversaire, vous ne pouvez pas être assuré au titre de ce contrat qui fait de la sélection médicale une condition essentielle à l'engagement de l'Assureur.

Vous devez uniquement compléter et signer la demande d'adhésion, ainsi que le mandat SEPA et un RIB ou RICE, ou RIP. Dans les autres cas, vous devez compléter et signer la demande d'adhésion, le mandat SEPA et un RIB ou RICE ou RIP ainsi que le questionnaire de santé joint à la demande. Par ailleurs, quand cela est demandé, vous devrez vous soumettre aux formalités médicales précisées par l'Assureur lors de la demande. Les formalités médicales d'adhésion dépendent, pour chaque Assuré, de son âge, du montant du financement à assurer et du solde éventuel des capitaux restants assurés, tel que défini à l'article 12.2 ci-avant, au titre de financements antérieurs garantis par l'Assureur. Vos déclarations sont valables 6 (six) mois à compter de leur émission pour les nouveaux prêts. A réception du dossier de demande d'adhésion, le médecin conseil de l'Assureur peut vous demander un complément d'information ou des examens médicaux complémentaires.

L'Assureur peut :

- **ACCEPTER votre demande :**
  - ✓ au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
  - ✓ sans restriction ou en excluant tout ou parti d'un risque (médical, sportif, professionnel...) ou en refusant certaines garanties.

Si l'Assureur vous propose un taux majoré, l'exclusion de tout ou partie du risque ou le refus de certaines garanties, vous devrez, si vous les acceptez, marquer votre accord (bon pour accord daté signé par l'Assuré) sur la lettre de notification puis l'envoyer à l'Assureur pour validation.

La proposition de l'Assureur est valable 12 (douze) mois que l'acceptation soit au tarif standard ou en cas de conditions particulières. Le Certificat d'Adhésion est émis après signature de la Demande d'Adhésion dans ce délai. Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le Proposant.

- **REFUSER votre demande.**

Attention : En cas de souscription d'un prêt relais «sec» ou si l'Adhérent

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

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS consultable notamment sur le site [aeras-info.fr](http://aeras-info.fr).

Les dispositions mentionnées ci-dessous ne concernent que les prêts immobiliers et les prêts professionnels.

Le dossier du Candidat à l'Assurance présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du règlement mutualiste, (niveau 1 de ladite Convention) sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance de « 2<sup>ème</sup> niveau » qui permet un réexamen individualisé de la demande.

Une proposition tarifaire personnalisée est adressée sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (Questionnaire de santé complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier).

En cas de maintien du refus de garanties dans le cadre du dispositif d'assurance de 2<sup>ème</sup> niveau, le dossier est présenté au pool de réassurance dit de 3<sup>ème</sup> niveau, conformément à la Convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues, sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- Pour les prêts immobiliers et professionnels (autres que la résidence principale) : encours cumulé des prêts d'au plus de 420 000 € et durée telle que l'âge de l'Emprunteur ou du Crédit-Preneur n'excède pas 70 ans au terme des prêts ;
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêts d'au plus de 420 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'Emprunteur ou du Crédit-Preneur n'excède pas 70 ans au terme des prêts.

Toutes les informations sur la Convention AERAS sont consultables sur le site [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

Si les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) vous sont refusées ou vous sont accordées en excluant certaines pathologies, l'Assureur vous proposera chaque fois que cela sera possible, pour les Prêts visés par la convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.) (cf. article 8 ci-avant).

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

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

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations déclarées et/ou fournies à l'Assureur entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 221-14 et L 221-15 du Code de la mutualité et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

## ARTICLE 14 : LES COTISATIONS D'ASSURANCE

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

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

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

- des cotisations variables : le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du Capital Restant Dû,
- des cotisations constantes : le montant reste fixe pendant toute la durée de l'adhésion
- L'option de tarification choisie à l'adhésion est irrévocable.

La cotisation d'assurance dépend :

- du montant du prêt à la date d'effet des garanties et du montant du Capital Restant Dû à chaque renouvellement de l'adhésion pour les

années suivantes ;

- de la Quotité assurée ;
- de l'âge de l'Assuré à la date d'effet des garanties pour la première année, puis de l'âge atteint de l'Assuré à chaque renouvellement de l'adhésion ;
- de la formule choisie lors de l'adhésion ;
- des tarifs et majorations en vigueur lors de l'adhésion ;
- de la profession et du statut fumeur / non-fumeur de l'Assuré ; L'échéancier des cotisations est fixé et communiqué lors de l'adhésion.

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

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

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

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

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

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L 221-10 du Code de la mutualité, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation. Les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux années de cotisation.

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

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

### PAIEMENT DES COTISATIONS

L'Adhérent doit s'acquitter des cotisations aux dates convenues et selon les modalités fixées ci-dessus. La cotisation est prélevée automatiquement sur le compte bancaire support du Prêt. A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Ce courrier rappelle que, conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties et options sont suspendues.

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

## COMMENT METTRE EN JEU LES GARANTIES ?

## ARTICLE 15 : LES DÉCLARATIONS DE SINISTRE

### 15.1. Délai de déclaration

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

La déclaration de sinistre au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) doit intervenir dans les 180 (cent quatre-vingts) jours qui suivent le premier

jour d'arrêt.

**Passés ces délais et dans les conditions prévues à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.**

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

- par mail : [sinistres@ugip.org](mailto:sinistres@ugip.org)  
ou
- par courrier : **SERVICE MEDICAL**, à l'attention du Médecin Conseil, UGIP Assurance, 73-75 Rue Brillat-Savarin, 75013 PARIS

## 15.2. Documents à fournir

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

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

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

### POUR LA GARANTIE DECES :

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

### POUR LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) :

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

### POUR LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (G.I.S.) :

- le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par le médecin traitant,
- si vous êtes salarié, la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 2<sup>ème</sup> (deuxième) catégorie de la Sécurité Sociale,

- si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, la copie de la notification d'attribution d'une mise à la retraite pour invalidité, d'une mise en congé longue durée (C.L.D.) ou de la perception, d'une pension d'invalidité (civile ou retraite anticipée),
- si vous êtes travailleur non salarié, la copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité totale et définitive,
- le tableau d'amortissement au jour de l'invalidité spécifique AERAS.
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

### POUR LES GARANTIES INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.), Y COMPRIS INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.), INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) OU INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) :

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

## ARTICLE 16 : PRESTATIONS, CONTRÔLE ET EXPERTISE

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

### 16.1. Prestations

Les prestations dues aux titres des garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) sont servies selon les modalités évoquées aux

articles 3, 4, 5 et 7 ci-avant.

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

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

## 16.2. Contrôle médical, Expertise médicale et Tierce Expertise

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

De même, le médecin conseil de l'Assureur, en cas de sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS (G.I.S.), Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), peut, à tout moment, contrôler votre état de santé en diligentant auprès du médecin expert de son choix, agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France une expertise médicale, à ses frais.

Vous pouvez vous présenter seul à cette expertise ou si vous le souhaitez, être accompagné du médecin de votre choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France, à vos frais. Quel que soit votre choix, vous devez apporter votre entier dossier médical.

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

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

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

Les honoraires de ce tiers expert sont répartis pour moitié par parts égales entre vous et l'Assureur. Vous pouvez vous faire assister lors de l'expertise par toute personne de votre choix, y compris un médecin.

L'Assureur peut aussi se faire assister par un médecin lors de cette expertise. Chacun conserve à sa charge les honoraires inhérents à cette représentation et ses frais. Le paiement des prestations est suspendu tant que cette procédure est en cours. Les conclusions de l'expertise contradictoire s'imposeront à l'Assureur et à l'Assuré.

## QUE FAIRE EN CAS DE MODIFICATION DU CONTRAT ?

### MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE DE L'ASSURÉ :

Sous réserves des dispositions de l'Article 9 et de l'Article 15, les modifications de situation personnelle de l'Assuré en cours d'adhésion n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

### MODIFICATION DU CONTRAT DE FINANCEMENT :

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des Prêts couverts par le présent contrat en cours d'adhésion, l'Assuré doit en informer l'Assureur dès qu'il en a connaissance et lui transmettre le justificatif de l'Organisme Prêteur (Tableau d'amortissement et attestation) par lettre recommandée avec accusé de réception et au maximum dans un délai de quatre (4) mois.

En cas de déclaration hors délai, l'Assureur procédera à l'émission d'un avenant au Certificat d'Adhésion à la date de réception.

En cas de remboursement anticipé total : l'Assureur procédera à la résiliation de l'adhésion et remboursera la fraction des cotisations payées couvrant la période postérieure à la date de remboursement anticipé.

En cas de remboursement anticipé partiel : l'Assureur procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du Prêt et pourra être amenée à rembourser une fraction des cotisations payées.

Dans tous les cas, la rétroactivité sera limitée à quatre (4) mois.

En cas d'augmentation des mensualités, l'Assuré devra attendre six (6) mois à compter de la notification du nouveau tableau d'amortissement pour la prise en compte de cette augmentation au titre d'un Sinistre déjà indemnisé par l'Assureur au titre de l'une des garanties I.T.T. ou I.T.P. ou d'un Sinistre au titre de ces garanties intervenant pendant ce délai d'attente

En cas de modification du capital assuré intervenant avant la prise d'effet des garanties, l'Assureur se réserve le droit d'exiger de nouvelles formalités médicales ou complément d'information. Si l'Assuré ne se soumet pas au(x) demande(s) de l'Assureur, ce dernier se réserve le droit de refuser la modification du capital.

Dès lors que l'adhésion a pris effet, vous n'avez aucune nouvelle formalité d'admission à accomplir en cas d'augmentation de la durée initiale du prêt résultant d'une variation du taux d'intérêt et/ou d'une variation du montant de l'échéance sous réserve de satisfaire les conditions cumulatives suivantes :

- la durée du financement n'est pas prorogée de plus de 4 ans,
- la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas les durées prévues à l'article 12,
- le prêt est amortissable.

En cas de demande d'augmentation des Quotités, l'Assuré devra satisfaire à de nouvelles formalités d'adhésion et à un délai d'attente de trois (3) mois et sont soumises à l'accord de l'Assureur.

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

### MODIFICATION DES GARANTIES :

Les demandes de modifications des garanties ou diminution de la Quotité assurée par l'Assuré ne pourront être effectuées sans le consentement exprès de l'Organisme Prêteur.

Elles peuvent donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion, à un délai d'attente de trois (3) mois sur l'augmentation des garanties et sont soumises à l'accord de l'Assureur.

## BON A SAVOIR

### ARTICLE 17 : PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.221-11 à L.221-12-1 du Code de la mutualité, reproduits ci-après :

**Article L 221-11** : « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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 du membre participant.

**Article L221-12** : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

**Article L.221-12-1** : « Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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 : CONTINUITÉ DU CONTRAT

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

Conformément à l'article L. 223-26 du Code des assurances, en cas de dissolution ou de liquidation de L'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP), le contrat se poursuit de plein droit entre l'Assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat d'assurance de groupe.

## ARTICLE 19 : CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

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

## ARTICLE 20 : GESTION DU CONTRAT

L'Assureur a délégué la gestion de son contrat à UGIP ASSURANCES pour recevoir, en ses lieux et places, avis et communications pour accepter les risques, opérer tout règlement, et plus généralement, assurer toute opération nécessaire à leur gestion. Pour toutes questions relatives à ce contrat, votre interlocuteur privilégié est UGIP ASSURANCES.

## ARTICLE 21 : RÉCLAMATIONS - MÉDIATIONS (RÉSERVÉE AUX ADHÉRENTS PERSONNES PHYSIQUES)

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

L'Adhérent peut, à tout moment, s'adresser à son interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son contrat.

Si le litige éventuel demeure, l'Adhérent peut adresser une réclamation écrite.

Selon l'objet de cette réclamation, le service en charge de son traitement différera.

Pour toute réclamation relative aux circonstances de la commercialisation du contrat (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil, ...) ou à la gestion de son contrat, l'Adhérent peut contacter UGIP Assurances :

- par courrier à l'adresse : **SERVICE GESTION DES RÉCLAMATIONS - OFFRE UGIP PRESTIGE** - 73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS;
- par mail : [reclamation@ugip.org](mailto:reclamation@ugip.org).

Si la réclamation est d'ordre médical : La Cellule Médicale/Médecin Conseil de UGIP Assurances (écrire à Service Médical/Médecin Conseil, 73 - 75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS) ;

UGIP Assurances s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 (dix) jours ouvrables à compter de son envoi (en l'absence de réponse à la réclamation dans ce délai) et à apporter une réponse le plus rapidement possible et au maximum dans les 60 (soixante) jours calendaires suivant sa date d'envoi (sauf circonstances particulières dont l'Adhérent serait alors informé).

Si la réponse à sa réclamation ne satisfait pas l'Adhérent (ou en cas d'absence de réponse dans les deux mois suivant la date d'envoi de sa réclamation), ce dernier dispose de la faculté de faire appel au Médiateur compétent :

- Si la réclamation porte sur la gestion du contrat : le Médiateur de l'Assurance (écrire à la Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 Paris cedex 09 ou adresser une demande en ligne sur le site : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)) ;
- Si la réclamation porte sur les modalités de commercialisation du contrat : (écrire à la Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 Paris cedex 09 ou adresser une demande en ligne sur le site : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org))

Le recours au Médiateur est gratuit et s'effectue sans préjudice des autres voies d'actions légales, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de la réclamation écrite.

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

Le Médiateur doit formuler une proposition de solution dans un délai de 90 (quatre-vingt-dix jours) à réception du dossier complet. UGIP Assurances et l'Adhérent restent libres de la suivre ou non.

## ARTICLE 22 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Toutes les informations collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur. UGIP Assurances est responsable du traitement de l'entrée en relation. L'Assureur est responsable du traitement de l'adhésion, de la vie du contrat et du dénouement du contrat. UGIP Assurances et l'Assureur sont co-responsables du traitement du KYC, des réclamations, et de la fraude. Pour UGIP Assurances, elles font l'objet de traitements visant à la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de contrats d'assurance, à l'application de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, et le financement du terrorisme, à la lutte contre les fraudes, à la mise en place de virements ou prélèvements bancaires, et à la réalisation d'études statistiques. Elles sont conservées 3 ans à compter de la fin du contrat en cas de souscription d'un contrat. Les destinataires des données sont les assureurs, les intermédiaires d'assurance et éventuellement nos ou leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, et le cas échéant, les autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Les données peuvent également être transmises s'il y a lieu, à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins conseils, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et des prestations. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat). L'Adhérent peut exercer ses droits en s'adressant à MNCAP 5, rue Dosne 75116 Paris ou [dpo@mncap.fr](mailto:dpo@mncap.fr). Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ». En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mail ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Vous pouvez également vous inscrire au service d'opposition au démarchage téléphonique ([www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)).

## ARTICLE 23 : LOI APPLICABLE

La loi applicable au contrat est la loi française.

Le contrat est régi par le Code de la mutualité qui prévoit notamment :

**Article L.221-14** : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

**Article L113-9** : « Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

**Article L223-25 :** Par dérogation aux dispositions de l'article L. 221-14, l'erreur sur l'âge du membre participant n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve, lors de l'adhésion ou de la signature du contrat collectif, en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les règlements de la mutuelle ou de l'union.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du membre participant. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge du membre participant, une cotisation trop forte a été payée, la mutuelle ou l'union est tenue de restituer la portion de cotisation qu'elle a reçue en trop sans intérêt.

## ARTICLE 24 : MODIFICATIONS RÉGLEMENTAIRES

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

## ARTICLE 25 : RENONCIATION

En cas de démarchage, conformément à l'article L 221-18-1 du code de la mutualité « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

L'Adhérent dispose également d'un droit de renonciation en cas de commercialisation à distance du contrat d'assurance conformément à l'article L 221-18 du code de la mutualité dans un délai de 14 jours à compter de la date de conclusion de l'assurance.

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

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

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

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

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

Fait à....., le [signature] »

## ARTICLE 26 : CONVENTION DE PREUVE

L'Adhérent accepte la dématérialisation des relations, dès la signature du Contrat d'assurance au moyen d'une signature électronique dématérialisée et sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance. Cette acceptation est valable pour toutes les opérations d'assurances ultérieures et en relation aux Contrats d'assurance. L'Assureur, l'Adhérent et l'Assuré s'il est différent, conviennent expressément que tout document signé de manière dématérialisée selon la procédure de signature dématérialisée mise en place constitue (i) l'original dudit document, (ii) une preuve littérale au sens de l'article 1316-1 du Code civil ayant la même valeur

probante qu'un écrit manuscrit sur support papier et pourra valablement être opposé aux Parties et susceptible d'être produit en justice, à titre de preuve littérale, en cas de litiges.

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

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

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

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

