CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE N° 4773 VALANT NOTICE D'INFORMATION

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

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par l'UGIP (ci-après dénommée la Contractante), auprès d'AXA France VIE (ci-après dénommée l'Assureur), au profit de ses adhérents, clients du courtier en crédit CAFPI, en vue de garantir des prêts immobiliers accordés par des organismes prêteurs (ci-après dénommés le ou les prêteurs). Ce contrat permet aux emprunteurs, co-emprunteurs et à leurs cautions de s'assurer, en fonction de leur choix et de la nature de leur activité professionnelle, contre les risques de DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE ou d'INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (garantie réservée aux professions médicales).
Le contrat est régi par le code des assurances dont l'article **L 113.8** prévoit notamment : « **(…) Indépendamment des clauses ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132.26, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en modifie l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.** »

ARTICLE 2 - CARACTÉRISTIQUES DES OPÉRATIONS GARANTIES

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

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADMISSION

3.1 - ADMISSIBILITÉ

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

qui postulent à un contrat de prêt tel que défini à l'article 2 "CARACTÉRISTIQUES DES OPÉRATIONS GARANTIES" en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution.
Chaque postulant a la possibilité de choisir l'une des deux options suivantes :
- **OPTION 1** (**TOUS PRÊTS**) **:**
  GARANTIES DÉCÈS et PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE
- **OPTION 2** (**PRÊTS AMORTISSABLES UNIQUEMENT**) **:**
  GARANTIES DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE / IINCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL(ITT) avec franchise de 30, 60, 90 ou 120 jours, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) OU PARTIELLE (IPP)
- **OPTION 3** (**RÉSERVÉE AUX PROFESSIONS MÉDICALES**) **:**
  GARANTIES DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE / INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE et le cas échéant INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL
- **OPTION 4** (**TOUS PRÊTS**) **:**
  GARANTIES DÉCÈS et PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ; Cette option est réservée aux emprunteurs qui ont souscrit auprès du prêteur lors de l'octroi du prêt, une "assurance collective emprunteurs" pour une quotité inférieure à 100 %, et qui s'assure au titre du présent contrat pour la quotité complémentaire correspondant à la différence entre 100 % et la quotité déjà assurée au titre du contrat collectif.
- **OPTION 4 bis** (**TOUS PRÊTS**) **:**
  les dispositions de cette option sont les mêmes que celles de l'OPTION 4 pour la seule couverture des risques de Décès et de PTIA consécutifs à un accident.

Le choix de l'option et du niveau de garanties doit être formulé à la date de signature de la demande d'admission.

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

CAUTION

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

3.2 - FORMALITÉS D'ADMISSION

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

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

QS : Questionnaire Simplifié **QMD** : Questionnaire Médical Détaillé **RM** : Rapport Médical
PS : Profil Sanguin comprenant : Numération globulaire, formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation - glycémie - créatinine - uricémie - cholestérol total - HDL - triglycérides - transaminases SGOT/SGPT - gamma GT - anticorps anti VIH 1 et 2 - sérologie hépatite B (antigène HBs - anticorps anti HBs - anticorps anti HBc) - sérologie hépatite C (anticorps anti VHc) - **et** pour les hommes de plus de 50 ans : **PSA** Prostatic Spécific Antigen
ECV : examen cardiovasculaire avec compte rendu ainsi que le tracé d'un ECG pratiqué au repos. L'ECV et l'Echographie cardiaque sont réalisés par le même cardiologue. Ces examens sont pratiqués au repos.

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

Le postulant doit compléter et signer la demande d'admission ainsi que le questionnaire de santé. Il peut, s'il le souhaite, adresser le questionnaire médical détaillé sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin conseil de l'assureur, qui peut lui demander un complément d'information dont les éventuels honoraires sont à la charge du postulant.
Si le postulant doit se soumettre, en fonction de son âge et du montant du capital total à assurer, à des formalités médicales prévues contractuellement, il fait l'avance des honoraires médicaux, frais qui lui seront remboursés si son adhésion au contrat est réalisée ou si elle ne l'est pas du fait de l'Assureur, (refus de garanties, restrictions ou limitation de garanties non acceptées par le candidat à l'assurance ou refus de la majoration de la prime d'assurance)
L'assureur peut :
- accepter sa demande au taux normal de cotisation ou à un taux majoré, ou sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties,
- refuser sa demande.

L'assureur et le(s) prêteur(s) s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis au postulant par le conseiller du distributeur et consultable à l'adresse suivante :
www.aeras-info.fr
Les dispositions de la Convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes dispositions. Aussi, toute demande d'adhésion d'un candidat présentant un risque aggravé de santé est automatiquement transférée vers un dispositif de 2ème niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2ème niveau, l'assureur ou son prestataire transmet le dossier au pool de réassurance de 3ème niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

ARTICLE 4 - CAPITAL ASSURÉ

4.1 – CAPITAL TOTAL A ASSURER

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

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

4.2 - ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

Le montant maximal de l'engagement de l'assureur, pour un même assuré, quel que soit le nombre de prêts garantis au titre du présent contrat, est limité à :
- **350 000 euros** (TROIS CENT CINQUANTE MILLE EUROS), si l'option 4 ou 4 bis a été retenue,
- et pour les autres options :
  - **1 500 000 euros (UN MILLION CINQ CENT MILLE EUROS) pour les prêts amortissables, modulables et les prêts relais, pour les assurés âgés de moins de 65 ans lors de leur adhésion au contrat,**
  - **500 000 euros (CINQ CENT MILLE EUROS) pour les Prêts In fine et/ou pour les assurés âgés de 65 ans et plus lors de leur adhésion au contrat.**

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

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

L'assuré est garanti pour toute la durée de l'opération de crédit sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 8 "CESSATION DES GARANTIES".
La prise d'effet des garanties requiert au préalable :
- la signature de la demande d'adhésion,
- l'acceptation du candidat dans l'assurance (délivrance de l'attestation d'assurance),
- et en cas de conditions particulières d'adhésion, le Bon pour Accord (BPA) signé par l'Assuré.

L'assurance prend effet, sous réserve du paiement des cotisations, à l'une des 2 dates suivantes :
- date de l'émission de l'acceptation de l'offre de prêt par le client,
- date de l'accord des garanties de l'assureur précisée aux conditions particulières du contrat (BPA),

et en tout état de cause, à la date d'effet indiquée sur l'attestation d'assurance.
Dans tous les cas visés ci-dessus, **l'assurance prend effet au plus tôt à la date d'acceptation des risques par l'assureur ;**
Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'assurance. L'assurance est ensuite renouvelée le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction pendant toute la durée du prêt assuré sauf exceptions relatives à la cessation des garanties stipulées à l'article 8.
Toutefois,
- **si 180 jours** se sont écoulés depuis la date de signature de la demande d'admission sans que les garanties aient pris effet, les formalités accomplies doivent être renouvelées,
- tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par l'assureur, la couverture du risque de DÉCÈS ACCIDENTEL est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt et la couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne devient effective qu'au jour de l'acceptation par l'assureur ;

Si au vu des conclusions du Médecin Conseil, l'assureur se prononce sur le refus de l'admission du postulant, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification du refus à l'assuré.
Par décès accidentel, il faut entendre le décès résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré. Il est précisé que le décès consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date dudit accident.
Le décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens de cette garantie.
Les 3 alinéas ci-dessus donnant toutes précisions sur la garantie accidentelle, sont également valables pour les personnes ayant souscrit l'OPTION 4 bis.
Il est précisé que dans le cas où l'assureur ne peut statuer sur l'admission avant l'expiration du troisième mois à compter de la date de signature de la demande d'admission, la couverture du risque de décès accidentel cesse trois mois jour pour jour à compter de ladite date.

ARTICLE 6 - FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

6.1 - PRINCIPE GÉNÉRAL

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

6.2 - AMÉNAGEMENT DU PRÊT EN CAS DE REMBOURSEMENT ANTICIPÉ PARTIEL

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

6.3 - MODIFICATION DES GARANTIES ET DES QUOTITÉS

L'adhérent peut, à tout moment, demander la modification de ses garanties ou de sa quotité sur justification de l'organisme préteur, sauf pour les options 4 et 4 bis.
L'Assuré dispose de 120 jours à compter de la modification, pour adresser au gestionnaire mandaté par l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement. Passé ce délai, il ne pourra être fait de modification à effet rétroactif. Celle-ci n'interviendra alors qu'à réception du tableau actualisé.
S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet au jour où la diminution a été enregistrée par l'organisme prêteur. Si cette demande est effectuée alors que l'assuré bénéficie des prestations au titre de la garantie incapacité de travail ou Invalidité Permanente, l'assureur, dès qu'il en aura connaissance, se réserve le droit de réclamer les éventuelles portions de prestations indument versées.
S'il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement est subordonnée à l'étude de nouvelles formalités d'admission. Les nouvelles garanties et quotités prennent alors effet, à la date indiquée sur la nouvelle demande d'admission sous réserve du paiement de la cotisation et de l'acceptation du risque par l'assureur. Si cette demande est effectuée alors que l'assuré bénéficie des prestations au titre de la garantie incapacité de travail ou Invalidité Permanente, l'assureur ne pourra se prononcer sur l'acceptation de cette modification qu'après sélection médicale effectuée dès lors que l'assuré aura repris son activité professionnelle.

Pour les prêts à taux révisables ou modulables, l'assuré est tenu de fournir au gestionnaire mandaté par l'assureur, le nouveau tableau d'amortissement

6.4 - CUMUL DES GARANTIES

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du contrat n° 4773, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100 %.

ARTICLE 7 - MAINTIEN DES GARANTIES

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

ARTICLE 8 - CESSATION DES GARANTIES

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration faite de mauvaise foi, l'assuré, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance, contre son gré tant qu'il fait partie des assurables du groupe et à la condition que ses cotisations aient été payées.
Les garanties prennent fin pour chaque assuré :
- 180 jours après la date de signature de l'offre de prêt si aucun versement de fonds, total ou partiel, n'a été effectué,
- lors du remboursement total, anticipé ou non, du prêt garanti, sous réserve que la mainlevée de l'organisme prêteur soit adressée à l'Assureur, par l'intermédiaire de son gestionnaire mandaté, dans les 120 jours suivant le remboursement du prêt. A défaut, la résiliation interviendra à réception dudit document.
- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances,
- à la date de résiliation par l'assuré de son adhésion à l'Association UGIP, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance,
- à la date du départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise à la retraite ou de préretraite en application de la législation en vigueur, en ce qui concerne les garanties INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, INVALIDITÉ PERMAMENTE PROFESSIONNELLE et PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE,

et, au plus tard,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'assuré atteint :
  - son **90ème anniversaire**, pour **la garantie DÉCÈS**,
  - son **65ème anniversaire**, pour **les garanties PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE** et **INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE**.

ARTICLE 9 - BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

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

Pour la part éventuelle de capital excédent les sommes dues au(x) prêteur(s), ou en ce qui concerne les garanties de l'option 4 ou 4 bis, le bénéficiaire est :
- **en cas de décès :**
  - le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps, non divorcé,
  - à défaut, le partenaire avec lequel il était lié par un P.A.C.S,
  - à défaut et conjointement entre eux, les enfants vivants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs,
  - à défaut, le père et la mère de l'assuré, conjointement ou le survivant d'entre eux,
  - à défaut, les ayants droit de l'assuré,
  - ou toute autre personne expressément désignée par l'assuré par lettre recommandée, datée, signée et adressée au service Gestion de l'assureur ou du prestataire désigné. La modification interviendra à compter de la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).
- **en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'invalidité professionnelle :**
  - l'assuré lui-même.

ARTICLE 10 - GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

10.1 - DÉFINITION DE LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'attention des assurés est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de l'assureur relatives à la Perte totale et irréversible d'autonomie et celles de la Sécurité sociale dans le même domaine.
Est considéré en état de Perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit. Il doit, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, étant entendu que cette assistance doit être viagère.
De plus, l'assuré ayant une activité salariée doit être classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 3ème catégorie ou bénéficier au titre d'un accident de travail d'une majoration pour tierce personne.

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

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

10.2 - MONTANT DE LA PRESTATION

EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'assuré avant le dernier jour du mois où ce dernier atteint son **90ème anniversaire** de naissance, l'assureur garantit au(x) bénéficiaire(s), sous réserve du montant de l'engagement maximal prévu au paragraphe 4.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR", le paiement en une seule fois du montant défini ci-après, multiplié par la quotité assurée figurant sur la demande d'admission :

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

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

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

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le montant du capital versé est égal à celui prévu en cas de décès, calculé à la date de reconnaissance de l'état de Perte totale et irréversible d'autonomie par le Médecin Conseil de l'Assureur.

Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par l'Assureur au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité permanente pour un même prêt sont déduites du montant du capital à régler au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie dans la mesure où ces sommes en capital sont venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du contrat, de la Perte totale et irréversible d'autonomie.

10.3 - RISQUES EXCLUS

Au titre des garanties DÉCÈS et PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, les risques suivants sont exclus :

- **le suicide de l'assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'adhésion, dans la limite du montant mentionné au décret visé par l'article L 132-7 du Code des assurances (120.000€ au 01/01/2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré,**
- **la participation à des matchs, courses, paris, compétitions sportives, sauf en tant qu'amateur,**
- **les risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même,**
- **les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués,**
- **les rixes auxquelles l'assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,**
- **les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- **les conséquences, directes ou indirectes, d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active,**
- **les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale,**
- **les conséquences, directes ou indirectes, de guerres civiles ou étrangères, d'actes de terrorisme, d'insurrections, de mouvements populaires, d'homicides, d'épidémies, dans les pays ou régions formellement déconseillés ou proscrits par le ministère français des affaires étrangères (voir site internet : www.diplomatie.gouv.fr) que l'assuré y prenne une part active ou non,**

En outre, au titre de la garantie PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, sont également exclues les suites et conséquences :

- **des maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'admission et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'admission, sauf acceptation expresse par l'assureur limitée à un risque défini et mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,**
- **des maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article 324-1 du code de la sécurité sociale,**
- **des accidents résultant de la consommation par l'assuré, de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre dans le pays où se produit l'accident , ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,**
- **des accidents résultant de l'usage par l'assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,**
- **de la pratique des sports cités ci-dessous, SAUF dans le cadre d'une activité professionnelle (Classe CSP4) ou de loisir mentionnée sur la demande d'admission et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée ou SAUF si, amateur, l'assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement : la pratique des sports de combat, du cyclisme en compétition, de l'équitation en compétition et la chasse à courre, de compétitions comportant l'utilisation d'une arme, des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade, de la randonnée en montagne au-dessus de 3000 mètres ou hors pistes, de l'alpinisme, du canyoning, de la spéléologie, du motonautisme en compétition (y compris scooter de mer) ou à plus d'un mile des côtes, de la voile ou du yachting en compétition, de la voile ou du yachting (longues traversées, tour du monde), de la plongée sous-marine, des sports automobiles, de la moto ou motocross en compétition, des vols sur ailes volantes, du deltaplane, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel et du parapente, de l'ULM et tout autre sport aérien et/ou utilisation de tout autre engin aérien,**
- **des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome.**

10.4 - DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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

EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

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

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

- la demande d'admission,
- le tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le (ou les) prêteur(s) à la date de la demande de prise en charge,
- un certificat médical du médecin traitant, sur formulaire de l'assureur, apportant les précisions nécessaires sur la maladie ou l'accident qui est à l'origine de la demande de prise en charge,
- le justificatif de l'allocation pour assistance viagère d'une tierce personne,
- et pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, la notification de la pension d'invalidité 3ème catégorie établie par la Sécurité Sociale.

En ce qui concerne la garantie PTIA, l'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera nécessaire pour l'étude du dossier.

ARTICLE 11 - GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

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

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

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

- cécité totale,
- Surdité bilatérale absolue, non curable ni appareillable,
- Hémiplégie,
- Ankylose complète totale et irréversible d'une épaule
- Paralysie complète du Plexus Brachial
- Paralysie totale et définitive d'un membre supérieur,
- Perte d'un membre supérieur par amputation sous l'épaule ou par désarticulation de l'épaule,

- Perte totale et définitive de la main ou de son usage avec désarticulation radio-carpienne,
- Perte totale des deux bras ou des deux mains,
- Amputation totale du pouce avec désarticulation MCP, ou perte totale de l'usage,
- Amputation totale de l'index avec désarticulation MCP, ou perte totale de l'usage,
- Amputation totale du médius, avec désarticulation MCP, ou perte totale de l'usage,
- Amputation simultanée de l'annulaire et de l'auriculaire,
- Perte de l'usage du pouce ou de la phalange unguéale avec ankylose métacarpophalangienne,
- Perte des deux jambes ou des deux pieds,
- Amputation de la cuisse au 1/3 supérieur, non appareillable
- Pseudarthrose lâche d'une cuisse ou d'une jambe, non opérable ni appareillable,
- Pseudarthrose lâche de la hanche, non opérable ni appareillable,
- Désarticulation de la hanche,
- Paralysie totale et définitive d'un membre inférieur,
- Perte d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied.

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

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

11.2 - RISQUES EXCLUS

Les risques exclus sont ceux cités à l'article 10.3 de la présente notice.

11.3 - INDEMNISATION

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

11.4 - DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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

L'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera nécessaire pour l'étude du dossier.

ARTICLE 12 - GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

La présente assurance :

- concerne les assurés, **ayant opté pour l'option 2 (pour l'Incapacité Temporaire Totale de travail et l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle) ou l'option 3 (avec l'Incapacité Temporaire Totale de travail seulement) et qui, âgés de moins de 65 ans au moment du sinistre :**
  - exercent une activité professionnelle rémunérée en France ou dans un pays frontalier de la France et résidant fiscalement en France, ou tout assuré disposant d'un contrat de travail français,
  - ou bénéficient du revenu de remplacement versé par Pôle Emploi et sont susceptibles de bénéficier des indemnités journalières de la Sécurité Sociale en cas de maladie ou d'accident.
- est acquise pour la caution, en cas d'insolvabilité de l'emprunteur principal, qui apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

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

L'attention des assurés est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de l'assureur relatives à l'incapacité temporaire totale de travail ou à l'invalidité permanente totale ou partielle et celles de la Sécurité sociale ou de tout organisme tel que la CDPAH, dans le même domaine.

12.1 - PÉRIODE DE FRANCHISE

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

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

Est en **incapacité de travail** au sens du présent contrat, l'assuré se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité temporaire et totale, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DOM-TOM, d'exercer sa profession. Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet des garanties.

L'état d'incapacité de travail ouvrant droit à prestation cesse le jour de la reconnaissance par le médecin conseil de l'assureur de la reprise de travail même à temps partiel ou d'une invalidité permanente de l'assuré, et au plus tard trois ans après la date de début de l'arrêt de travail.

12.3 - DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE (option 2 uniquement)

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

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

L'assureur considère alors en **incapacité de travail**, tout assuré dont le taux contractuel d'incapacité est **supérieur ou égal au taux fixés ci-après**.

12.4 - TAUX CONTRACTUEL

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

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

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

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

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

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

L'assureur considère alors :

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

12.5 - RISQUES EXCLUS

Au titre des garanties INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL et INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, les risques suivants sont exclus :

- **la participation à des matchs, courses, paris, compétitions sportives, sauf en tant qu'amateur,**
- **les risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même,**
- **les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués,**
- **les rixes auxquelles l'assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,**
- **les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- **les conséquences, directes ou indirectes, d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active,**
- **les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale,**
- **les conséquences, directes ou indirectes, de guerres civiles ou étrangères, d'actes de terrorisme, d'insurrections, de mouvements populaires, d'homicides, d'épidémies, dans les pays ou régions formellement déconseillés ou proscrits par le ministère français des affaires étrangères (voir site internet : www.diplomatie.gouv.fr) que l'assuré y prenne une part active ou non,**
- **les suites et conséquences des maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'admission et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'admission, sauf acceptation expresse par l'assureur limitée à un risque défini et mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,**

- **les suites et conséquences des maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article 324-1 du code de la sécurité sociale,**
- **les suites et conséquences des accidents résultant de la consommation par l'assuré, de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre dans le pays où se produit l'accident , ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,**
- **les suites et conséquences des accidents résultant de l'usage par l'assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,**
- **la pratique des sports cités ci-dessous, SAUF dans le cadre d'une activité professionnelle (Classe CSP4) ou de loisir mentionnée sur la demande d'admission et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée ou SAUF si, amateur, l'assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement : la pratique des sports de combat, du cyclisme en compétition, de l'équitation en compétition et la chasse à courre, de compétitions comportant l'utilisation d'une arme, des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade, de la randonnée en montagne au-dessus de 3000 mètres ou hors pistes, de l'alpinisme, du canyoning, de la spéléologie, du motonautisme en compétition (y compris scooter de mer) ou à plus d'un mile des côtes, de la voile ou du yachting en compétition, de la voile ou du yachting (longues traversées, tour du monde), de la plongée sous-marine, des sports automobiles, de la moto ou motocross en compétition, des vols sur ailes volantes, du deltaplane, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel et du parapente, de l'ULM et tout autre sport aérien et/ou utilisation de tout autre engin aérien,**
- **les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome,**
- **le congé légal de maternité, étant précisé que pour les assurées exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,**
- **les arrêts de travail résultant de traitements esthétiques, d'opérations de chirurgie esthétique, autres que la chirurgie réparatrice,**
- **les incapacités ou invalidités survenues hors du territoire de l'union européenne, sauf si l'assuré rejoint ce territoire dans les douze mois suivant son arrêt de travail ou son invalidité ; l'incapacité sera alors considérée comme ayant débuté à la date où elle aura été constatée médicalement après ce retour,**
- **l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou cette invalidité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,**
- **l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité ou cette invalidité.**

Option maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis :
Sous réserve de l'accord de l'assureur et moyennant le paiement d'une prime complémentaire, si le postulant à l'assurance a répondu oui à la question « Souhaitez-vous êtes garanti(e) au titre des maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis » sur la demande d'admission. Dans ce cas, les exclusions visées aux deux derniers alinéas de l'article 12.5 – « RISQUES EXCLUS » ne seront pas appliquées.

12.6 - INDEMNISATION

MONTANT DES PRESTATIONS

Garantie Incapacité temporaire totale de travail (ITT)

Pour l'assuré reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'assureur règle au(x) prêteur(s) à l'expiration de la période de franchise et dans les limites prévues aux paragraphes "LIMITATION DES PRESTATIONS" et "CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS" du présent chapitre, 100 % du montant de l'échéance mensuelle due en application du contrat de prêt, conformément au tableau d'amortissement fourni lors de la déclaration du sinistre, multiplié par la quotité assurée.
La prestation versée au titre de la période allant du 31e, 61e, 91e ou 121e jour (selon la franchise choisie à la date de la demande d'adhésion) à la prochaine échéance est calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail.
Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, sont décomposées en échéances mensuelles égales.
Le cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le(s) prêteur(s) et valides depuis plus de six mois au moment du sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision. L'assuré devra avoir régulièrement fourni les nouveaux tableaux d'amortissement.

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

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

Garantie Invalidité permanente totale ou partielle (IPT ou IPP)

A la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré et au plus tard trois ans après le début de l'arrêt de travail, le maintien des prestations, leur réduction ou leur suppression est fonction du taux contractuel d'incapacité tel que défini au paragraphe 12.4 :
- si le taux contractuel d'incapacité **est supérieur ou égal à 66 %, les prestations prévues à la garantie ITT ci-avant sont maintenues intégralement,**
- si le taux contractuel d'incapacité est compris entre 33 et 66 %, les prestations sont égales à :

$\frac{N-33}{33}$ **des sommes dues en cas d'ITT multiplié par la quotité assurée, (N étant le taux contractuel d'incapacité)**
- si le taux contractuel est **inférieur à 33 %, les prestations sont supprimées.**

LIMITATION DES PRESTATIONS (ITT, IPT et IPP)

Le montant de la prestation pour un même assuré tous prêts confondus, est limité à **300 € (TROIS CENTS EUROS) par jour** au titre des garanties ITT, IPT et IPP.
S'il apparaît, au moment du sinistre, que les sommes assurées, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du contrat n° 4773 sont supérieures au montant maximal fixé au paragraphe 4.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR", l'indemnisation sera réduite à concurrence dudit montant.
L'ouverture du droit aux prestations Incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale ou invalidité permanente partielle n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur au remboursement du prêt garanti.

DURÉE D'INDEMNISATION

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

REPRISE DU TRAVAIL

Si, après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à DEUX MOIS, l'assuré est victime d'une rechute provenant de la même maladie ou du même accident, la durée de reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations.
En revanche, une rechute survenant **plus de DEUX MOIS** après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera une nouvelle application du délai de franchise.

12.7 - RÈGLEMENT DES SINISTRES

DÉLAIS DE DÉCLARATION

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

12.8 - CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations cesse :
- lorsque le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 33 %,
- à la date de reconnaissance par l'assureur de l'état de Perte totale et irréversible d'autonomie,
- à la date de reprise même partielle d'une activité,
- à la date de départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise à la retraite ou de préretraite en application de la législation en vigueur, au plus tard,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'assuré atteint son **65ème anniversaire**, et, en tout état de cause,
- au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

12.9 - DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du versement des prestations prévues au paragraphe 12.6 « INDEMNISATION », le gestionnaire mandaté par l'Assureur constitue le dossier sinistre.
La première demande de prestations doit être accompagnée :
- de la demande d'admission,
- le tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le ou les prêteurs à la date du sinistre,
- d'un **certificat médical du médecin traitant**, sur le formulaire fourni par l'assureur.

Outre ces documents, les justificatifs suivants doivent être transmis :
- **Pour les assujettis au Régime Général de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**
  - les décomptes de règlement dudit organisme,

  Au cours de la période indemnisée :
  - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social et celui de la prévoyance complémentaire,
  - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
  - les justificatifs de paiement de pension ou rente.
- **Pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale ou à un régime de Sécurité Sociale étranger :**
  - une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,
  - le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme,

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

• Pour les assujettis au Régime des Travailleurs Non Salariés :
- les certificats de prolongation établis par le médecin traitant.

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

L'assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier.

ARTICLE 13 - CONTRÔLE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL, D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, D'INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie, à l'incapacité de travail et à l'invalidité permanente et celles de la Sécurité Sociale ou d'organismes de même nature.

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

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

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

ARTICLE 14 - COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction :

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

La cotisation est fixée en pourcentage du MONTANT INITIAL DU PRÊT, multiplié par la quotité assurée.

La cotisation est due à compter du jour de la prise d'effet des assurances et est payable annuellement et d'avance.

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

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels.

Cependant, l'assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion.

Le montant de la cotisation reste fixe pendant toute la durée du prêt, sauf en cas de changement du tableau d'amortissement ou de modification de garantie faisant l'objet d'un avenant **sur justificatif express de l'organisme prêteur.** L'assureur se réserve aussi le droit de réviser le taux de cotisation, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations.

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

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

• capital initial – montant du remboursement anticipé partiel x quotité assurée.

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

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L.114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L.114-2 du Code des assurances

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

Article L.114-3 du Code des assurances

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

ARTICLE 16 - INFORMATION DES ASSURÉS

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

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

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

L'assureur, responsable du traitement de son adhésion, peut communiquer ses réponses, ainsi que les données le concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de son dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de son dossier.

Si l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat notamment à l'admission ou en cas de sinistre son interlocuteur habituel chez AXA est en mesure d'étudier toutes ses demandes.

Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, il peut adresser une réclamation à :

AXA SOLUTIONS COLLECTIVES
Service Réclamations Clientèle
11 Boulevard des Bouvets - 92000 NANTERRE

Si un désaccord subsiste, l'assuré aura toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la société AXA dont les coordonnées lui seront communiquées par le Service Réclamations Clientèle, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est : L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉSOLUTION - SECTEUR ASSURANCE - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 17 - FACULTÉ DE RENONCIATION

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

« Je soussigné (M. Mme nom, prénom, date de naissance et adresse) déclare renoncer à mon contrat garantie Emprunteur n° 4773 pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours.

Le xx/xx/xxxx Signature »

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

L'assureur, par l'intermédiaire de son gestionnaire mandaté, remboursera à l'assuré l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Le service gestion d'AXA ou de son gestionnaire mandaté adressera alors un courrier au prêteur concerné par cette adhésion, afin de l'informer que le proposant a exercé son droit de renonciation à son adhésion.

La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

ARTICLE 18 - GENERALITÉS

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

DISPOSITIONS EN CAS DE SINISTRE

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

UGIP ASSURANCES
73/75 rue Brillât Savarin
75013 PARIS

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

Réf. 966718 10 2013 SGI

Réf. 966718 10 2013 SGI

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S. Nanterre. Siège social : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprise régie par le Code des assurances.**

réinventons / notre métier