

Notice d'information du contrat d'assurance de groupe n° 4019 souscrit par UGIPS, UNION GENERALE INTERPROFESSIONNELLE DE PREVOYANCE Association loi 1901 dont le siège est à Paris (75010) 5, place du Colonel Fabien auprès d'AXA France VIE - S.A. au capital de 487 725 073, 50 euros 310 499 959 RCS Nanterre siège social : 313, Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE CEDEX † Entreprise régie par le Code des assurances

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, est souscrit par UGIPS (ci-après dénommée LA CONTRACTANTE) auprès d'AXA France VIE (ci-après dénommée l'ASSUREUR), au profit de ses adhérents, clients d'Assuré (ci-après dénommé LE DISTRIBUTEUR), en vue de garantir des prêts immobiliers, professionnels et personnels accordés par des organismes prêteurs (ci-après dénommés le ou les PRETEURS).

Ce contrat a pour objet d'assurer les emprunteurs, co-emprunteurs ou cautions contre les risques de DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT), INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT), et INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP) en fonction de leur choix et de la nature de leur activité professionnelle.

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, « (...) Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en modifie l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts ».

ARTICLE 2 – CARACTERISTIQUES DES OPERATIONS DE PRET OUVRANT DROIT A GARANTIE

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

- **Prêts amortissables** y compris **prêts à paliers lissés**, à échéances constantes ou modulables, d'une durée maximale de **30 ans**, y compris la période de **différé d'amortissement** éventuelle (de 3 ans maximum) et/ou le rallongement de la durée initiale liée à une baisse du montant de la mensualité ; dans ce dernier cas, il est précisé que l'assurance peut être prolongée dans la limite de 5 ans sans nouvelle formalité médicale,
- **Prêts à taux zéro (PTZ) ou ECO-PTZ** conformément aux conditions d'octroi et de remboursement définies par le Code de la construction et de l'habitation et le Code général des impôts en vigueur à la date de signature du prêt,
- **Prêts « relais »** d'une durée maximale de 20 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, y compris le rallongement de la durée initiale liée à une baisse du montant de la mensualité ; dans ce dernier cas, il est précisé que l'assurance peut être prolongée dans la limite de 2 ans sans nouvelle formalité médicale,

Les prêts peuvent être à taux fixe ou révisable, à échéances constantes ou progressives, indexées et/ou modulables. Ils doivent être rédigés en français et libellés en euros.

Les prêts en devises ne sont pas assurables dans le cadre du présent contrat.

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADMISSION

3.1 – ADMISSIBILITE

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 80 ans** pour la garantie **décès**,
 - de **moins de 65 ans** pour **les autres garanties**,
 - résident en France métropolitaine, dans les DROM (Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, Réunion), en Suisse, à Monaco ou dans un pays membre de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe dans l'Union Européenne, en Suisse ou à Monaco, sous réserve que le prêt soit souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en France,
 - constituent à l'appréciation du prêteur, et dans les mêmes conditions d'âge que ci-dessus, 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, dans le cas où le prêteur constaterait un prêt à une société, association ou groupement quelconque,
- qui postulent à un contrat de prêt tel que défini à l'article 2 "CARACTERISTIQUES DES OPERATIONS DE PRET OUVRANT DROIT A GARANTIE" en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution.

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

- **FORMULE 1** : GARANTIES DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)
- **FORMULE 2** : GARANTIES DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE / INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) / INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT), si le postulant exerce une activité professionnelle.
- **FORMULE 3** : GARANTIES DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE / INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) / INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) / PARTIELLE (IPP), si le postulant exerce une activité professionnelle.

Le choix de la FORMULE s'effectue à la date de signature de la demande d'admission.

Il est précisé que pour les prêts In Fine et les prêts relais, seule la FORMULE 1 est accordée.

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 aussi adhérer à la FORMULE 2 ou 3. Elles acquittent alors les cotisations prévues.

Les garanties ne leur sont acquises qu'en cas d'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur et si la preuve est apportée qu'elles sont les payeurs réguliers et reconnus du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

3.2 – FORMALITES D'ADMISSION

Chaque postulant doit remplir et signer une demande d'admission.

Il doit également satisfaire aux formalités médicales d'admission demandées par l'Assureur qui lui seront précisées par la Contractante.

Selon le montant du capital à assurer et de son âge à la date de la demande d'admission, le postulant devra :

- répondre au questionnaire simplifié ou détaillé de l'Assureur, que lui aura remis la Contractante.
Il peut, s'il le souhaite, adresser directement le questionnaire médical, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur.
- se soumettre aux examens médicaux demandés par le Médecin conseil de l'Assureur. Les honoraires médicaux relatifs à ces formalités médicales sont à la charge de l'Assureur, dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale.

Toutes les pièces médicales sous pli confidentiel et demandes de remboursement d'honoraires destinées au Médecin conseil de l'Assureur sont à envoyer à l'adresse suivante :

**M. Le Médecin Conseil
Cbp France CS 20008
44967 NANTES Cedex 9.**

L'Assureur peut :

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

Si, lors de l'octroi d'un prêt, le postulant est déjà garanti par le présent contrat et/ou par un ou des contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE, pour des prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme, les formalités à accomplir sont celles correspondantes au cumul de sommes à assurer, en tenant compte des capitaux restant dus sur les précédents prêts.

3.3 – CONVENTION AERAS

Lorsque le financement est destiné à l'acquisition d'un bien immobilier dans le cadre d'un emprunt personnel ou dans le cadre d'un prêt professionnel, et selon certaines conditions de montant et de durée du prêt, le postulant peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS.

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-infos.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 et ne pouvant être accepté au titre du présent contrat est automatiquement transférée vers un dispositif de 2^{ème} niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2^{ème} niveau, l'Assureur transmet le dossier au pool de réassurance de 3^{ème} niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

Droit à l'oubli et grille de référence :

Si l'Assuré a été atteint d'un cancer, il bénéficie, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de souscrire des garanties d'assurances emprunteur sans réserve concernant cet antécédent, conformément à la note sur le droit à l'oubli jointe au bulletin d'adhésion et au questionnaire de santé, qu'il peut également consulter sur le site internet de la Convention « AREAS » (www.aeras-infos.fr). Il appartient à l'Assuré de se référer à cette note pour plus de précisions concernant les conditions d'application de ce « droit à l'oubli ».

Pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier du « droit à l'oubli », la Convention AERAS met en place une grille de référence qui a pour but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées, conformément à la note sur la grille de référence que l'Assuré peut consulter sur le site internet de la Convention « AERAS » (www.aeras-infos.fr).

À NOTER :

Pour que votre contrat soit toujours adapté, pensez à nous informer de toute modification concernant vos prêts.

Si l'Assuré a été atteint d'une de ces pathologies, il doit la déclarer à l'Assureur lors du remplissage du questionnaire de santé. Ce dispositif lui permettra, selon les critères énoncés dans cette note, l'accès à l'assurance

- à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion,
- ou bien à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs).

Il appartient à l'Assuré de se référer à cette note pour plus de précision concernant les conditions d'application de cette grille de référence.

Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

ARTICLE 4 – DATE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

L'Assuré est garanti pour toute la durée de l'opération de crédit sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 5 "CESSATION DES GARANTIES".

L'assurance et les garanties prennent effet, sous réserve du paiement des cotisations et de l'acceptation des risques par l'Assureur, **au plus tôt à :**

1/ à la date d'effet des garanties figurant sur le bulletin d'adhésion

2/ A défaut de choix du postulant, elle correspond à la date du premier versement des fonds.

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 **DECES 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 prononce le refus d'admission du postulant, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification dudit 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.

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

Le contrat est conclu pour une **durée d'un an** et se renouvelle ensuite annuellement au 1^{er} janvier par tacite reconduction.

ARTICLE 5 – 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,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions des articles L.113-12-2 du Code des assurances, L.313-30 du Code de la consommation et au deuxième alinéa de L.113-12 du Code des assurances,
- lors du remboursement total, anticipé ou non, du prêt garanti,
- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,
- à la date de résiliation par l'Assuré de son adhésion à l'association UGIPS, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances,

Et en outre,

- **pour la garantie DECES :**
 - au jour du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- **pour la garantie PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE :**
 - au jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- **pour les garanties INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :**
 - à la date de l'un des événements suivants :
 - le départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail ;
 - la mise à la retraite ou préretraite en application de la législation en vigueur ;
 - le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

ARTICLE 6 – RESILIATION DE L'ADHESION PAR L'ASSURE

Conformément aux dispositions de l'article L.113-12-2 du Code des assurances, l'Assuré pourra demander la résiliation de son adhésion au présent contrat dans un délai de **12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt**. Il devra pour ce faire, adresser à l'assureur par l'intermédiaire de **Cbp France** :

Cbp France
CS 20008 - 44967 NANTES Cedex 9
N° ORIAS 07 009 030 - www.orias.fr

sa demande de résiliation, par lettre recommandée, **au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période de douze (12) mois susmentionnée**, accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet dix (10) jours après la réception par l'Assureur de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

Conformément aux dispositions de l'article L.313-30 du Code de la consommation, l'Assuré pourra faire usage du droit de résiliation annuel mentionné au deuxième alinéa de L.113-12 du Code des assurances. Il devra pour ce faire, adresser à l'assureur par l'intermédiaire Cbp France:

Cbp France
CS 20008 - 44967 NANTES Cedex 9
N° ORIAS 07 009 030 - www.orias.fr

sa demande de résiliation, par lettre recommandée, **au moins deux (2) mois avant la date d'anniversaire de son adhésion**, accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet dix (10) jours après la réception par l'Assureur de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

ARTICLE 7 – CAPITAL ASSURE**7.1 – 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 7.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR",
- majorés des capitaux restant dus déjà assurés à la date de la demande d'admission au titre du présent contrat et/ou au sein d'autres contrats souscrits auprès d'AXA France VIE, déclarés par le postulant sur la demande d'admission.

7.2 – 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 et au sein d'autres contrats souscrits auprès d'AXA France VIE, est limité à :

- **1 500 000 euros (UN MILLION CINQ CENT MILLE EUROS)** pour les Assurés **âgés de moins de 65 ans** à la date de signature de la demande d'admission,
- **500 000 euros (CINQ CENT MILLE EUROS)** pour les Assurés **âgés de 65 ans et plus** à la date de signature de la demande d'admission.

Si, lors de l'octroi d'un prêt, l'Assuré est déjà garanti par le présent contrat au titre de prêts non encore arrivés à terme, le montant de l'engagement de l'Assureur au titre du nouveau prêt est limité au maximum ci-dessus, diminué du montant total des sommes restant dues au titre de prêts antérieurs à la date de signature de la demande d'admission.

ARTICLE 8 – FONCTIONNEMENT DES GARANTIES**8.1 – PRINCIPE GENERAL**

Les garanties s'appliquent conformément à l'échéancier porté à la connaissance de l'Assureur et servant de base au calcul des cotisations, et prévu à l'origine du prêt, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

8.2 – AMENAGEMENT DU PRET EN CAS DE REMBOURSEMENT ANTICIPE 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.

8.3 – MODIFICATION DES GARANTIES ET DES QUOTITES

L'Assuré peut, à tout moment, demander la modification de ses garanties et/ou sa quotité, sous réserve de l'accord du bénéficiaire.

Si il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception de la demande par l'Assureur.

Si il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement peut être subordonnée à l'étude de nouvelles formalités d'admission.

Si la demande est effectuée alors que l'Assuré bénéficie des prestations au titre de la garantie ITT ou IPP, les modifications prendront effet à la date de fin d'indemnisation du sinistre Incapacité de Travail ou Invalidité Permanente en cours.

Les nouvelles garanties et/ou quotité prennent effet à la date indiquée sur la nouvelle demande d'admission, sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur et du paiement de la cotisation par l'Assuré.

8.4 – CUMUL DES GARANTIES

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du contrat n° 4019, les garanties sont limitées au montant de s capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100%. Le total des garanties cumulées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'Assureur n'en reste pas moins limitée à ce montant pour l'ensemble des Assurés d'un même prêt, et ce, tous contrats confondus.

ARTICLE 9 – ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties d'assurance du présent contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées à l'article 15 "RISQUES EXCLUS".

Toutefois, les garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente totale ou partielle doivent être constatées médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM.

ARTICLE 10 – MAINTIEN DES GARANTIES

En cas de résiliation du contrat d'assurance n° 4019, l'Assureur maintient jusqu'au terme des prêts concernés, les garanties délivrées à l'Assuré dans les conditions de cette notice d'information et des conditions particulières d'adhésion. Les cotisations d'assurance continuent d'être dues.

ARTICLE 11 – IRREVOCABILITE DES GARANTIES

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues à l'article 3 « Conditions d'admission », selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de s avenants éventuellement émis ultérieurement.

ARTICLE 12 – BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le contrat n° 4019, le bénéficiaire acceptant est **le(s) prêteur(s)** signataire(s) du certificat d'assurance, dans la limite des sommes dues par l'Assuré.

Pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) prêteur(s) le bénéficiaire est :

- **en cas de décès :**

En l'absence de désignation particulière,

- le conjoint de l'Assuré (marié non séparé de corps) ; à défaut, son partenaire avec lequel il était lié par un PACS ;
 - à défaut, par parts égales, ses enfants vivants ou représentés et ceux de son conjoint si l'Assuré en avait la charge fiscale ;
 - à défaut, par parts égales, son père et sa mère ou au survivant d'entre eux ;
 - à défaut, ses héritiers selon la dévolution successorale,
- ou toute personne expressément désignée par l'Assuré par lettre recommandée, datée, signée et adressée au service Gestion de l'Assureur ou du gestionnaire mandaté. La modification interviendra à compter de la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).

Conformément aux articles L132-8 et L.132-9 du Code des assurances, l'Assuré peut modifier le bénéficiaire de son contrat. Cette désignation de bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation de ce dernier, effectuée dans les conditions prévues par l'article précité. L'article L132-9-1 précise que « le contrat comporte une information sur les conséquences de la désignation du ou des bénéficiaires et sur les modalités de cette désignation. Il précise que la clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. »

Cette demande doit être adressée à l'Assureur.

- **en cas de perte totale et irréversible d'autonomie :**

- l'Assuré lui-même.

ARTICLE 13 – GARANTIES DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

13.1 – DEFINITION DE LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

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

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

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

La réalisation du risque perte totale et irréversible d'autonomie ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant l'expiration de la garantie définie à l'article 5 "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.

13.2 – MONTANT DE LA PRESTATION

EN CAS DE DECES

En cas de décès de l'Assuré avant son 85^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit au(x) prêteur(s), sous réserve du montant de l'engagement maximal prévu au paragraphe 7.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR", et ce dans le respect des dispositions de l'article 15 "RISQUES EXCLUS", le paiement en une seule fois du montant défini ci-après, multiplié par la quotité assurée figurant sur la demande d'admission :

- **Pour les prêts "in fine"** : le montant du capital emprunté à l'origine, majoré des intérêts courus entre la date de dernière échéance de paiement des intérêts précédant le décès et la date du décès,
- **Pour les prêts relais** : le montant du capital emprunté à l'origine, majoré des intérêts courus :
 - entre la date de dernière échéance de paiement des intérêts précédant le décès et la date du décès, pour les prêts avec différé partiel d'amortissement,
 - entre la date d'octroi du prêt et la date du décès, pour les prêts avec différé total d'amortissement.
- **Pour les prêts amortissables ou Prêt à Taux Zéro ou ECO-PTZ** : le 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 par le Médecin Conseil de l'Assureur, de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenu avant le jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

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

13.3 – DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, il appartiendra à l'Assuré ou ses ayants-droit de contacter Cbp France.

Ainsi, les éléments nécessaires à la constitution du dossier sinistre lui seront adressés. L'ensemble des documents devra être retourné à l'adresse suivante, sous pli confidentiel exclusivement à l'attention du Médecin Conseil pour les pièces médicales :

Cbp France
CS 20008 - 44967 NANTES Cedex 9
N° ORIAS 07 009 030 - www.orias.fr

En vue du règlement, les pièces à fournir sont les suivantes :

EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

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

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

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

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

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

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

ARTICLE 14 : GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL – INVALIDITE PERMANENTE TOTALE – INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

Ces garanties :

- concernent les Assurés, **ayant opté pour la FORMULE 2 ou 3 et qui, âgés de moins de 67 ans** au moment du sinistre, exercent une activité professionnelle ou sont demandeurs d'emploi en France, ou exercent leur activité dans un pays frontalier de la France et résident fiscalement en France,
- sont acquises pour la caution, en cas d'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur, qui apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

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

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 dans le même domaine.

14.1 – PERIODE DE FRANCHISE

Le délai de franchise est fixé, selon le choix de l'Assuré effectué sur la demande d'admission et figurant sur le certificat d'assurance, à 30, 60, 90 ou 180 jours continus d'incapacité totale de travail, décomptés à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

14.2 – DEFINITION DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

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

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

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

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

14.3 – DEFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

L'Assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du 1^{er} jour d'incapacité de travail, sera en **invalidité permanente** au sens du présent contrat, s'il se trouve, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité totale ou partielle et de façon permanente, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession, et dont l'état de santé est stabilisé, et qui justifie d'un **taux contractuel d'incapacité supérieur à 33 %**.

Les garanties Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle sont déterminées en fonction du **taux contractuel d'incapacité** fixé par le médecin conseil de l'Assureur.

Le **taux contractuel d'incapacité** qui détermine le droit aux prestations est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle de l'Assuré, selon le barème ci-contre.

Le taux d'INCAPACITE 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'INCAPACITE 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.

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%**.

Les taux contractuels d'incapacité sont ainsi répertoriés :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10							37%	40%	43%	46%
20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30				36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40				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			43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%	

Le taux contractuel d'incapacité est égal ou inférieur à 33% :
L'Assuré n'est pas garanti

Le taux contractuel d'incapacité est 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

14.4 - INDEMNISATION

MONTANT DES PRESTATIONS

Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

Pour l'Assuré reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'Assureur règle au(x) prêteur(s), à l'expiration de la période de franchise et dans les limites prévues aux paragraphes "limitation des prestations ITT et IPP" du présent chapitre, et au paragraphe 13.6 "Cessation du paiement des prestations ITT et IPP", et ce dans le respect des dispositions de l'article 15 "Risques exclus", **100%** du montant de l'échéance mensuelle due en application du contrat de prêt, conformément au tableau d'amortissement fourni lors de la déclaration du sinistre, multiplié par la quotité assurée.

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

La prestation versée au titre de la période allant du 31^e, 61^e, 91^e ou 181^e jour (selon la franchise choisie) à la prochaine échéance est calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail.

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique sur prescription médicale, l'Assureur règle 50% du montant de l'échéance mensuelle due, conformément au tableau d'amortissement, multiplié par la quotité assurée.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Le cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le(s) prêteur(s) et valides depuis plus de six mois au moment du sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision. L'Assuré devra avoir régulièrement fourni les nouveaux tableaux d'amortissement. **Il est précisé que pour les prêts comportant une période de différé total d'amortissement, aucune prestation n'est due pendant cette période.**

L'assureur rembourse également les fractions de cotisations de l'assuré reconnu en état d'incapacité de travail relatives aux garanties DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE / INCAPACITE DE TRAVAIL / INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ET PARTIELLE afférentes aux échéances indemnisées.

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, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le(s) prêteur(s).

Garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, le maintien des prestations, leur réduction ou leur suppression est fonction du taux contractuel d'incapacité tel que défini au paragraphe 13.3 "DEFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE" :

- ✓ si le taux contractuel d'incapacité est **supérieur ou égal à 66 %**, l'assureur procédera au versement du capital restant dû.
- ✓ si le taux contractuel d'incapacité est supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, les prestations sont égales à :

N-33 des sommes dues en cas d'ITT, (N étant le taux contractuel d'incapacité)
33

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

LIMITATION DES PRESTATIONS ITT ET IPP

Le montant de la prestation pour un même Assuré tous prêts confondus, est limité à **300 euros (trois cents) par jour.**

S'il apparaît, au moment du sinistre, que les sommes assurées, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du contrat n° 4019, sont supérieures au montant maximal fixé au paragraphe 7.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR", l'indemnisation sera réduite à concurrence dudit montant.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité de Travail n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur au remboursement du prêt garanti.

DUREE D'INDEMNISATION

L'Assureur rembourse au terme de la période de franchise, les échéances d'amortissement des prêts, calculées *pro rata temporis* et ce dans les limites indiquées ci-dessus, et conformément aux dispositions du paragraphe 13.6 "CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT ET IPP".

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.

14.5 - RÈGLEMENT DES SINISTRES**DELAIS DE DECLARATION**

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.

Conformément aux articles L 114-1 à L 114-3 du Code des Assurances, tout sinistre qui sera déclaré plus de deux ans après la date de survenance de l'incapacité de travail ne sera pas pris en considération.

14.6 - CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT ET IPP

Le paiement des prestations cesse :

- lorsque le taux contractuel d'incapacité est inférieur ou égal à 33%,
- à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale,
- à la date de reprise même partielle d'une activité professionnelle, sauf s'il s'agit d'un mi-temps thérapeutique,
- à la date à laquelle est enregistrée la fin de la diminution de la rémunération, sauf si l'Assuré a renoncé à cette disposition sur la demande d'admission,
- à la date de départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise à la retraite ou de préretraite en application de la législation en vigueur, au plus tard,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint son 67^{ème} anniversaire, et, en tout état de cause,
- au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

14.7 - DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, il appartiendra à l'Assuré de contacter Cbp France.

Ainsi, les éléments nécessaires à la constitution du dossier sinistre lui seront adressés. L'ensemble des documents devra être retourné à l'adresse suivante, sous pli confidentiel exclusivement à l'attention du Médecin Conseil pour les pièces médicales :

Cbp France
CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9
N° ORIAS 07 009 030 - www.orias.fr

Quel que soit le régime social de l'Assuré ou le type de prêt souscrit, la première demande de prestations doit être accompagnée de :

- de la copie de la demande d'admission,
- du tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le ou les prêteurs à la date du sinistre,
- d'un certificat médical du médecin traitant, sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- d'une attestation du prêteur, si l'Assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

Outre ces documents, les justificatifs suivants doivent être transmis :

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

- les décomptes de règlement dudit organisme,
- Au cours de la période indemnisée :*
 - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
 - 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 :**

- 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,
 - 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 à l'adresse mentionnée ci-dessus, dans le plus bref délai par la production de pièces justificatives, à défaut, l'état de santé de l'Assuré est considéré comme consolidé au dernier jour d'arrêt de travail.

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

ARTICLE 15 – CONTROLE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

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

L'Assureur se réserve le droit dans tous les cas de désigner un médecin afin de contrôler l'état de santé de l'Assuré. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de toutes prestations. 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 ou d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle, 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 16 - RISQUES EXCLUS

Au titre des garanties DÉCÈS et PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE et INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE **les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences 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,
- la pratique de la plongée sous-marine à une profondeur supérieure à 20 mètres ou la pratique de la plongée sous-marine sans brevet,
- la spéléologie dans le cadre d'une intervention de secours,
- les concours complets d'équitation, courses d'obstacle, dressage de chevaux, polo, rodéo,
- l'escalade, la randonnée en montagne, le trekking et l'alpinisme pratiqués au-dessus de 3000 mètres ou sur des cascades gelées ou glaciers ou dans le cadre de participation à des expéditions,
- les rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les conséquences, directes ou indirectes, d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.

Dans le cadre d'une activité professionnelle (professions à tarif non connu) ou de loisir mentionnée sur la demande d'admission et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée ou en tant qu'amateur lorsque 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, les risques suivants peuvent alors être acceptés : **la pratique des sports de combat, du cyclisme sur piste ou sur route en compétition, de l'équitation en compétition, de la chasse à courre ou de raid équestre, de compétitions comportant l'utilisation d'une arme, des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade ou de l'alpinisme en dessous de 3000 mètres, du hors-pistes, du canyoning, de la spéléologie sans secourisme (usage d'explosif exclu dans tous les cas), du motonautisme en compétition ou à plus d'un milles des côtes, de la voile ou du yachting en compétition ou pour une longue traversée ou pour un tour du monde, du kitesurf, de la plongée sous-marine à une profondeur inférieure à 20 mètres ou dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, des sports automobiles, de la moto ou motocross en compétition, des vols sur ailes volantes, du deltaplane, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel et du parapente, de l'ULM et tout autre sport aérien et/ou utilisation de tout autre engin aérien.**

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

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

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

- les affections antérieures à la date d'effet de l'assurance (sauf celles relevant du droit à l'oubli) et non déclarées. Les affections déclarées sont garanties sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion de garantie mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,
- les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article 324-1 du code de la sécurité sociale,
- les accidents résultant de la consommation par l'assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre dans le pays où se produit l'accident, ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage par l'assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome.

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

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

- **l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire (lumbago, lombalgie, sciatgie, cervicalgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie)** sauf si une intervention chirurgicale a été nécessaire pendant cette incapacité ou cette invalidité.
- **les affections psychiatriques, neuropsychiatrique ou psychique, des troubles anxiodépressifs, des cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique, de burn-out ou épuisement professionnel** sauf si une hospitalisation de plus de 10 jours continus a été nécessaire durant cette incapacité ou cette invalidité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.

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 être garantie(e) au titre des maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis ? » sur la demande d'admission, les exclusions visées aux deux derniers alinéas de l'article 15 – « RISQUES EXCLUS » ne seront pas appliquées aux affections survenues postérieurement à la date d'effet de l'assurance, ou aux affections antérieures déclarées et non exclues par l'assureur.

ARTICLE 17 - COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction :

- de l'âge de l'assuré à la date d'effet de l'assurance, pour la première cotisation, et, les années suivantes, de l'âge à la date anniversaire de la date d'effet,
- de l'activité professionnelle de l'assuré à l'adhésion,
- du statut de fumeur ou de non-fumeur de l'assuré,
- des caractéristiques de la garantie ITT/IPT/IPP souscrite (franchise choisie, rachat des exclusions),
- du capital restant dû (affecté de la quotité assurée).

Les cotisations sont dues à compter du jour de la prise d'effet de l'assurance et sont payables annuellement et d'avance. Elles font l'objet d'un fractionnement mensuel sauf si l'assuré a choisi une autre périodicité lors de son adhésion.

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

Le montant de la cotisation varie chaque année, en fonction du capital restant dû et de l'âge de l'assuré. Ainsi, en début d'assurance, en fonction des informations fournies par l'assuré, **Cbp France** établit un échéancier des cotisations qui ne variera pas pendant toute la durée du prêt, sauf en cas de changement de situation de l'assuré (fumeur/non fumeur) ou de changement du tableau d'amortissement.

De ce fait, pour les prêts à taux révisibles ou modulables, l'assuré est tenu de fournir à **Cbp France** chaque nouveau tableau d'amortissement.

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

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

- capital restant dû après le remboursement anticipé partiel x quotité assurée.

Cbp France informe les assurés de toute modification du montant des cotisations. Toutefois dans le cas de modification des cotisations suite à la réception d'un nouveau tableau d'amortissement ou d'un remboursement anticipé partiel, Cbp France adressera alors une lettre simple. Le nouvel échéancier des cotisations prendra effet à la date d'envoi de cette lettre.

Conformément à l'Article L. 141.3 du Code des Assurances, 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 l'Assureur ou son gestionnaire mandaté d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations. L'organisme prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, le délai est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions des articles L. 113-12-2 du Code des assurances, L. 313-30 du Code de la consommation et au deuxième alinéa de L. 113-12 du Code des assurances, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivante à la date de résiliation.

Outre les cotisations d'assurance, l'Assuré devra s'acquitter chaque année de la cotisation de 6 € (SIX EUROS) permettant son adhésion à l'association UGIPS.

ARTICLE 18 - 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 et les articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'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 ».

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

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil

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

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 19 – FACULTE DE RENONCIATION

L'Assuré peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement de la prime versée, si, dans les trente (30) jours qui suivent la signature de la demande d'admission, il adresse à :

Cbp France
CS 20008 - 44967 NANTES Cedex 9
N° ORIAS 07 009 030 - www.orias.fr

une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant : « Je soussigné (M. Mme nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat garantie Emprunteur n° 4019 pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours. Le xx/xx/xxxx
 Signature »

L'Assureur remboursera à l'Assuré l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. Cbp France adressera alors un courrier au prêteur concerné par cette adhésion, afin de l'informer que le proposant a exercé son droit de renonciation à son adhésion. La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

ARTICLE 20 – INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière agira en tant que responsable de traitement et va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement en y joignant une copie recto/verso de votre carte d'identité. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (clp.dataprotection@partners.axa) ou par courrier (Service Information Client - 51 rue des Trois Fontanots CS 80135 92024 Nanterre cedex).

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct>).

Pour plus d'informations sur notre politique de confidentialité des données, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

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

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

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

ARTICLE 22 – 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, le Souscripteur et l'Adhérent 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.

Sauf si le contrat est intégralement exécuté sous forme dématérialisée, conformément aux dispositions de l'article L111-10 du Code des assurances, l'Adhérent peut, à tous moments et par tous moyens, s'opposer à la dématérialisation de la relation et demander à ce qu'elle se poursuive sur support papier.

ARTICLE 23 – DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL.

Pour plus d'informations, consultez le site bloctel.gouv.fr

ARTICLE 24 – SANCTIONS INTERNATIONALES

Vous êtes informé(e) et reconnaissez qu'AXA ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre de ce contrat dès lors que l'exécution dudit contrat exposerait AXA aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

ARTICLE 25 – RECLAMATIONS ET MEDIATION

En cas de réclamation :

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

**AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise cedex 9**

en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, et dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation écrite, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site www.mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

ARTICLE 26 – CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est :

**L'AUTORITE DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION - Secteur assurance
Direction du contrôle des pratiques commerciales
75436 PARIS CEDEX 09.**

ARTICLE 27 – DROIT APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPETENTES

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et la durée du contrat est le français. L'Assuré a reconnu avoir pris bonne note que tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.