

de résiliation du présent contrat soit par l'Assureur soit par le SOUSCRIPTEUR, les adhésions enregistrées antérieurement à cette résiliation sont maintenues en vigueur jusqu'à leur terme normal dans le cadre et les conditions du présent contrat, sauf en cas de transfert de ces adhésions à un nouvel Assureur.

ARTICLE 5 QUAND L'ASSURÉ CESSE T-IL D'ÊTRE GARANTI ?

5.1 Dispositions communes à toutes les garanties

Les garanties cessent :

Pour la Location :

- À la date initialement prévue pour la fin de la Location ;
- À la date de la déchéance du terme ou de la résiliation de la Location, quelle qu'en soit la cause ;
- À la date du remboursement anticipé total de la Location (en cas de réduction de l'option d'achat du bien loué les garanties se poursuivent sur le montant de la valeur de l'option d'achat du bien loué après déduction du remboursement anticipé, conformément aux nouvelles conditions communiquées par l'Organisme financier).

Pour le crédit Bail :

- À la date initialement prévue pour la fin du crédit Bail,
- À la date de la déchéance du terme ou de la résiliation du crédit Bail, quelle qu'en soit la cause ;
- À la date du remboursement anticipé total du crédit Bail (en cas de remboursement anticipé PARTIEL, les garanties se poursuivent sur la valeur du Capital Restant Dû après déduction du remboursement anticipé, conformément aux nouvelles conditions communiquées par l'Organisme financier).

Dans tous les cas :

- En cas de réalisation du décès ou de la PTIA ;
- Dès réception par l'assureur d'une lettre de l'ADHÉRENT demandant la résiliation de cette assurance ;
- En cas de non-paiement des cotisations d'assurance.

5.2 Disposition propre à la garantie Décès

La garantie cesse lorsque l'ASSURÉ atteint son 70^{ème} anniversaire (sauf dérogation de l'Assureur)

5.3 Dispositions propres aux garanties PTIA ITT et IPT

Pour les garanties PTIA, ITT et IPT les garanties cessent lorsque l'ASSURÉ atteint son 65^{ème} anniversaire, à la date de la mise à la préretraite, lors du départ à la retraite ou lors de la cessation d'activité professionnelle pour les non salariés.

ARTICLE 6 CETTE ASSURANCE NE GARANTIT PAS :

6.1 Dispositions communes aux garanties Décès et à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

LE SUICIDE SURVENANT PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE QUI SUIT LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ;

L'ASSURANCE N'EST PAS ACCORDEE AU PROFIT DU BÉNÉFICIAIRE CONDAMNÉ POUR AVOIR CAUSÉ VOLONTAIREMENT LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ (ARTICLE L. 132-24 DU CODE DES ASSURANCES) ;

LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ÉMEUTES, DE MOUVEMENTS POPULAIRES, DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES, D'INSURRECTIONS ;

LES SUITES ET CONSÉQUENCES DE COMLOTS, DE GRÈVES, DE RIXES (SAUF CAS DE LÉGITIME DÉFENSE), D'ATTENTATS, D'ACTES DE TERRORISME OU DE SABOTAGE EN CAS DE PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ ;

LES SUITES ET CONSÉQUENCES DIRECTES OU INDIRECTES D'ACCIDENTS LIÉS À LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE AINSI QUE LES CONSÉQUENCES DIRECTES OU INDIRECTES D'ACCIDENTS LIÉS AUX RAYONNEMENTS NUCLÉAIRES ET IONISANTS OU DE LA TRANSMUTATION DE L'ATÔME ;
LES RISQUES AÉRIENS SE RAPPORTANT À DES VOLS ACROBATIQUES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS, AINSI QUE LES VOLS EFFECTUÉS SUR DES APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITÉ, OU PILOTES PAR UN PILOTE NON MUNI D'UN BREVET VALABLE ;

LA PRATIQUE À TITRE D'AMATEUR DES SPORTS SUIVANTS (SAUF SI, À LA DEMANDE EXPRESSE DE L'ASSURÉ LORS DE LA DEMANDE D'ADHÉSION, TOUT OU PARTIE DE CES ACTIVITÉS ONT FAIT L'OBJET D'UNE ÉTUDE DE GARANTIES ACCEPTÉE PAR L'ASSUREUR MOYENNANT UNE TARIFICATION SPÉCIALE) : BOXE, PLONGÉE SOUS-MARINE AVEC APPAREIL AUTONOME (SAUF PLONGÉE JUSQU'À 30 MÈTRES ET PRATIQUÉE MOINS DE 20 FOIS PAR AN ET TOUJOURS ACCOMPAGNÉE, HORS EXPLORATION DE GROTTES OU ÉPAVE), SPÉLÉOLOGIE, BOBSLEIGH, TOBOGGAN, SKELETON, SAUT À SKI OU AU TREMPAIN, VARAPPE, ALPINISME, PARACHUTISME, PARAPENTE, DELTAPLANE, ULTRA LÉGER MOTORISÉ, SAUT À L'ÉLASTIQUE, RALLYES, SKY-SURF, CHASSE À COURSE ;

TOUT SPORT DE NEIGE OU DE GLACE (SAUF PATINAGE, CURLING, PRATIQUE SUR PISTE BALISÉE DE SKI ALPIN, SKI DE FOND, MONOSKI, LUGE DE LOISIR ET SURF) ;
LA PRATIQUE DE SPORT À TITRE PROFESSIONNEL, QUE CE SOIT LORS DE

COMPÉTITIONS OU D'ENTRAÎNEMENTS (SAUF SI, À LA DEMANDE EXPRESSE DE L'ASSURÉ LORS DE LA DEMANDE DE SOUSCRIPTION, TOUT OU PARTIE DE CES ACTIVITÉS ONT FAIT L'OBJET D'UNE ÉTUDE DE GARANTIES ACCEPTÉE PAR L'ASSUREUR MOYENNANT UNE TARIFICATION SPÉCIALE) ;

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION LORSQUE LE TAUX D'ALCOOL DANS LE SANG DE L'ASSURÉ CONDUCTEUR EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR AU TAUX PRÉVU PAR LA LÉGISLATION DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR À LA DATE DE SURVENANCE DE L'ACCIDENT ;

LES SUITES ET CONSÉQUENCES DE MALADIES LIÉES À L'USAGE DE DROGUES, DE STUPEFIANTS, DE MÉDICAMENTS À DOSES NON PRÉSCRITES MÉDICALEMENT OU D'ACCIDENTS LORSQUE L'ASSURÉ CONDUCTEUR A CONSOMMÉ DES DROGUES, DES STUPEFIANTS OU DES MÉDICAMENTS UTILISÉS COMME TELS, NON PRÉSCRITS MÉDICALEMENT ;

LA PARTICIPATION À DES COMPÉTITIONS COMPORTANT L'UTILISATION DE VÉHICULES OU EMBARCATIONS À MOTEUR ET À LEURS ESSAIS ET TOUTE UTILISATION D'EMBARCATION « OFF-SHORE ».

6.2 Dispositions propres aux garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et d'Invalidité Permanente Totale.

SONT ÉGALEMENT EXCLUS POUR LES RISQUES PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - INCAPACITÉ - INVALIDITÉ LES SUITES ET CONSÉQUENCES DE :

ACCIDENTS OU MALADIES RÉSULTANT DU FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURÉ Y COMPRIS LES TENTATIVES DE SUICIDE OU DE MUTILATION ;

L'ÉTAT DE GROSSESSE, PENDANT LE CONGÉ LÉGAL DE MATERNITÉ : LA GARANTIE EST ACQUISE EN DEHORS DE CETTE PÉRIODE MAIS SEULEMENT EN CAS DE COMPLICATIONS PATHOLOGIQUES. SONT ÉGALEMENT EXCLUS LES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ ET LES GROSSESSES PRÉCIEUSES ;

ACCIDENTS OU MALADIES POUR LESQUELS L'ASSURÉ REFUSE DE SE SOUMETTRE À UN TRAITEMENT MÉDICAL RATIONNEL ET ADÉQUAT ;

L'IMPREGNATION ALCOOLIQUE RECONNUE MÉDICALEMENT ;

DES ACCIDENTS RÉSULTANT DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE DE L'ASSURÉ OU D'UN ÉTAT D'IVRESSE DE L'ASSURÉ CARACTÉRISÉ PAR UN TAUX D'ALCOOLÉMIÉ ÉGAL OU SUPÉRIEUR À 1 GRAMME PAR LITRE DE SANG ;

L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE RÉSULTANT D'UNE DÉPRESSION NERVEUSE, D'UNE AFFECTION PSYCHIATRIQUE, NEUROPSYCHIATRIQUE OU PSYCHIQUE, SYNDROMES DÉPRESSIFS ET/OU ANXIEUX SAUF SI UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 10 JOURS CONTINUS A ÉTÉ NÉCESSAIRE PENDANT CET ARRÊT DE TRAVAIL OU SI L'ASSURÉ A ÉTÉ PLACÉ SOUS TUTELLE OU CURATELLE PAR JUGEMENT ;

L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE AYANT POUR ORIGINE DES ATTEINTES VERTÉBRALES OU DISCALES OU RADICULAIRES : LUMBAGO, LOMBALGIE, SCIATALGIE, CRURALGIE, NEURALGIE CERVICO-BRACHIALE, PROTUSION DISCALE, HERNIE DISCALE, DORSALGIE, CERVICALGIE, COCCYGOÏDYNIE, SAUF SI CETTE AFFECTION A NÉCESSITÉ UNE INTERVENTION CHIRURGICALE PENDANT CET ARRÊT DE TRAVAIL ;

L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE RÉSULTANT D'UNE FIBROMYALGIE, D'UN SYNDROME POLYALGIQUE IDIOPATHIQUE DIFFUS, D'UN SYNDROME DE FATIGUE / ASTHÉNIE CHRONIQUE ;

INTERVENTIONS CHIRURGICALES ESTHÉTIQUES AUTRES QUE LA CHIRURGIE RÉPARATRICE CONSÉCUTIVE À UNE MALADIE OU UN ACCIDENT GARANTI AU CONTRAT ;

AFFECTIONS ANTÉRIEURES À LA DATE D'EFFET DES GARANTIES ET NON DÉCLARÉES À L'ASSUREUR. LES SUITES ET CONSÉQUENCES DES AFFECTIONS DÉCLARÉES SONT GARANTIES SAUF NOTIFICATION DE L'EXCLUSION À L'ASSURÉ OU MENTION PARTICULIÈRE FAITE AU CERTIFICAT D'ADHÉSION.

LA PREUVE DE L'EXCLUSION INVOQUÉE INCOMBE À L'ASSUREUR.

ARTICLE 7 QUEL EST LE MONTANT DES GARANTIES ?

Dans tous les cas, le montant des garanties s'entend H.T. ou T.T.C. Selon le régime fiscal de l'assuré.

7.1 Dispositions générales

7.1.1 Quotité Assurée

La quotité de l'opération de financement assurée est égale au rapport entre le capital assuré mentionné à la demande d'adhésion et au CERTIFICAT D'ADHÉSION et le montant de la location ou du crédit bail précisé sur le CONTRAT DE FINANCEMENT. Elle ne peut excéder par assuré 100 % du montant des engagements issus de la location ou du crédit bail garanti et s'applique obligatoirement à l'ensemble des garanties accordées à l'ASSURÉ. Les assiettes de garanties définies au présent contrat s'entendent pour une quotité assurée de 100% du montant de la location ou du crédit bail. Si le capital assuré mentionné au CERTIFICAT D'ADHÉSION est inférieur au montant de la location ou du crédit bail, la valeur de l'option d'achat ou du capital restant dû assuré en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, est limité à la quotité assurée.

7.1.2 Pluralité d'ASSURÉS au titre d'un même contrat

En cas d'événements mettant en jeu simultanément les garanties souscrites par chaque ASSURÉ, les prestations qui sont réglées correspondent au solde de la valeur de l'option d'achat du bien loué dû à l'organisme financier dans la limite des montants garantis et sans que le total des prestations puisse être supérieur au solde de la valeur de l'option d'achat ou du Capital Restant Dû du bien loué. Dans le cas contraire, la seconde assurance est automatiquement réduite.

En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'un des ASSURÉS dont le pourcentage garanti sur sa tête (quotité assurée) est de 100%, la valeur de l'option d'achat du Capital Restant Dû, est versée une seule fois les autres ASSURÉS cessant d'être garantis. Dans tous les cas, le montant des prestations réglées à l'organisme de financement ne peut être supérieur à la valeur de l'option d'achat du bien loué. Le solde éventuel est versé au(x) BÉNÉFICIAIRE(s) désigné(s) ou à défaut aux ayants droit de l'ASSURÉ par parts égales.

7.1.3 Règles spécifiques pour les cautions

Pour les ASSURÉS ayant la qualité de caution, la prise en charge au titre de l'un des risques couverts par le présent contrat et acceptés par l'Assureur pourra intervenir UNIQUEMENT si la caution a été actionnée en paiement par l'organisme de financement et se substitue aux locataires et colocataires pour le règlement des échéances de la Location ou du crédit bail concerné.

7.2 Montant des garanties

DANS TOUS LES CAS, LES LOYERS OU ECHEANCES IMPAYES, ET LE PREMIER LOYER MAJORE N'ENTRENT PAS DANS LE CHAMP DE LA GARANTIE. EN CAS DE DECES OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE :

Pour la Location, l'Assureur règle au bailleur BÉNÉFICIAIRE le remboursement de la somme des loyers restant dus au jour du décès (ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) plus l'option d'achat dans la limite d'un mois de loyer, dans les limites de la quotité assurée.

Pour le Crédit Bail, l'Assureur règle au bailleur BÉNÉFICIAIRE le Capital Restant Dû (CRD) au jour du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans les limites de la quotité assurée.

En cas de décès de l'ASSURÉ postérieurement à la date d'effet figurant sur le CERTIFICAT D'ADHESION mais avant que les fonds ne soient débloqués, l'assurance produira ses effets, sous réserve des exclusions précisées à l'article 6 du présent contrat, si l'opération pour laquelle la Location ou le crédit Bail est consenti demeure et si le déblocage effectif des fonds intervient postérieurement au décès de l'ASSURÉ.

Le montant maximum de la couverture en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie pouvant être accordé pour un même ASSURÉ est limité à 200.000 € sauf dérogation expresse de l'Assureur. Ce montant est fixé en fonction du cumul des capitaux décès accordés par l'Assureur pour un même ASSURÉ afin de couvrir une ou plusieurs opérations de financement.

EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE :

L'Assureur se substitue à l'ASSURÉ en état d'Incapacité ou d'Invalidité afin de verser au bailleur les loyers venant à échéance postérieurement à la FRANCHISE ABSOLUE dans la limite de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours d'arrêt total de travail. Le montant correspond aux sommes déterminées en fonction des caractéristiques de la valeur de l'option d'achat communiquées par l'ASSURÉ, les versements prévus dans la Location ou dans le crédit Bail sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés. Dans ce cas, l'Assureur garantit les prestations depuis la première mensualité ainsi définie suivant la FRANCHISE ABSOLUE, jusqu'à celle précédant la date de reprise des activités professionnelles de l'ASSURÉ. Ces prestations sont versées à la date d'échéance des loyers. Le montant maximum de la couverture en cas d'Incapacité pouvant être accordé pour un même ASSURÉ est limité à 48.000 € annuel sauf dérogation expresse de l'Assureur. Ce montant est fixé en fonction du cumul de prestations accordées par l'Assureur pour un même ASSURÉ afin de couvrir une ou plusieurs opérations de financement. L'Assureur se réserve le droit de contrôler, à tout moment, l'état de santé de l'ASSURÉ victime d'une MALADIE ou d'un ACCIDENT. Tout contrôle prouvant que l'état de santé de l'intéressé ne justifie pas l'incapacité temporaire totale de travail ou l'invalidité permanente et totale entraîne la cessation des prestations.

Attention pour les garanties ITT et IPT :

Le plafond de prise en charge est de 4.000 € par échéance mensuelle et par l'ASSURÉ.

DELAI DE FRANCHISE : un délai de FRANCHISE de 90 jours Absolue ininterrompue d'arrêt total de travail est appliqué à chaque sinistre. Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale, ce délai court à compter du 1er jour d'arrêt de travail.

La prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail est limitée à 1095 jours au titre d'un même arrêt total de travail. En cas de rechute (en cas de reprise d'activité, d'une durée inférieure à DEUX MOIS interrompant le service des prestations, les échéances survenant après la date du nouvel arrêt d'activité seront prises en charge par l'Assureur sans qu'il soit tenu compte à nouveau de la FRANCHISE ABSOLUE si ce nouvel arrêt d'activité est dû à une rechute provenant du même ACCIDENT ou de la même MALADIE, les loyers pris en charge antérieurement à la reprise de l'activité professionnelle sont pris en compte pour le calcul de la durée maximale de 1095 jours). Dès que la consolidation de l'état de santé de l'ASSURÉ peut être reconnue par expertise médicale de l'Assureur, et au plus tard à l'issue de la durée maximale de prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, le maintien de la prise en charge est examiné au titre de la garantie INVALIDITE PERMANENTE TOTALE dans les conditions définies à l'article 3.4 du présent contrat.

DANS TOUS LES CAS, IL APPARTIENT A L'ASSURE D'INFORMER L'ASSUREUR ET UGIP, DANS LES 30 JOURS A COMPTER DE LEUR SURVENANCE, DE TOUTE MODIFICATION RELATIVE SON ENGAGEMENT DE REMBOURSEMENT, A LA VALEUR DE L'OPTION D'ACHAT OU DU CAPITAL RESTANT Dû (MODIFICATION RELATIVE A L'AMORTISSEMENT DE SON OPERATION FINANCIERE, ALLONGEMENT DE SA DUREE ...). IL APPARTIENT A L'ASSURE D'INFORMER UGIP DE TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE OU DE COORDONNEES BANCAIRES.

ARTICLE 8 MONTANT ET ASSIETTE DES COTISATIONS DANS TOUS LES CAS, L'ASSIETTE DE CALCUL DES COTISATIONS S'ENTEND HORS TAXE OU TOUTES TAXES COMPRISES SELON LE REGIME FISCAL DE L'ASSURE.

8.1 Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation appliquée en cas de Location à la valeur du bien financé déduction faite du premier loyer majoré éventuel, ou en cas de Crédit Bail au montant emprunté ASSURÉ, tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel joint au CERTIFICAT D'ADHESION. Il est précisé que les montants figurant sur cet échéancier correspondent aux loyers ou échéances restant dus en début de période et selon le programme de versement sélectionné par l'ASSURÉ.

8.2 Les cotisations, y compris les taxes en vigueur sont payables trimestriellement. Il appartient à l'ASSURÉ de continuer à payer les cotisations d'assurance même s'il est pris en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail ou Invalidité Permanente totale. La perception de cotisations, qui ne serait pas conforme à l'acceptation du risque ou qui serait effectuée hors acceptation du risque, ne pourrait en aucun cas être considérée comme valant couverture du risque, et n'aurait aucune conséquence de droit autre que le remboursement des sommes indûment perçues, même si celles-ci avaient été reversées à l'Assureur.

8.3 L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations d'assurance aux échéances fixées. À défaut du paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, le SOUSCRIPTEUR, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'ASSURÉ et à son dernier domicile connu, l'informer qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat (article L.141-3 du Code des Assurances). Le défaut de paiement de la cotisation échue ainsi que les cotisations venues à échéance au cours de ce délai entraînera la résiliation de plein droit du contrat d'assurance. Les cotisations échues restent acquises à l'Assureur.

8.4 Il ne sera pas distribué de participation aux bénéfices au titre du présent contrat.

8.5 Toute modification de la taxe d'assurance, toute contribution à un éventuel fonds de garantie, ou toute décision des pouvoirs publics ayant un impact sur le montant des cotisations d'assurances sera automatiquement et immédiatement répercutée sur les taux de cotisation. L'Assureur se réserve le droit de réviser les taux de cotisation à la date de renouvellement annuel du contrat. Dans ce cas, le SOUSCRIPTEUR informera l'ASSURÉ au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'assurance. L'ASSURÉ disposera d'un délai de 30 jours à partir du moment où il a eu connaissance de l'augmentation de la cotisation, pour demander la résiliation de son assurance par lettre recommandée. Cette résiliation prendra alors effet au 31 décembre de l'année concernée. À défaut, le nouveau taux appliqué sera réputé accepté par l'ASSURÉ.

ARTICLE 9 COMMENT DÉCLARER UN ÉVÉNEMENT GARANTI ?

9.1 En cas de Décès

Le(s) BÉNÉFICIAIRE(s) devra(ont) transmettre une demande de versement du capital décès accompagnée des pièces suivantes dans un délai de quatre mois à compter de la date du sinistre (à défaut, le montant du capital restant dû retenu sera celui à la date de réception du dossier par l'Assureur, ou la prise en charge débutera à la date de réception du dossier par l'Assureur) :

- L'original du CERTIFICAT D'ADHESION et de ses avenants le cas échéant ;
- Un extrait d'acte de décès de l'ASSURÉ comportant l'indication de sa date de naissance ;
- Sous pli confidentiel, à l'intention du Médecin-conseil de l'Assureur, et sur le modèle fourni par l'Assureur, un certificat du médecin ayant constaté le décès et indiquant la cause ;
- Une attestation de l'organisme de financement détaillant la valeur de l'option d'achat ou le montant du Capital Restant Dû au jour du Décès.

9.2 En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'ASSURÉ devra transmettre dans un délai de quatre mois à compter de la date du sinistre les pièces suivantes (à défaut, la prise en charge débutera à la date de réception du dossier par l'Assureur) :

- Une déclaration d'arrêt de travail signée par lui ;
- Sous pli confidentiel, au Médecin-conseil de l'Assureur, un certificat médical établi par son médecin traitant précisant la date d'arrêt de travail, sa durée, la nature des blessures ou de la MALADIE, la date de constatation des premiers symptômes, l'évolution et les conséquences probables de l'affection ;
- Les justificatifs de prolongation d'arrêt de travail; les copies des feuilles d'arrêt MALADIE ou ACCIDENT, et s'il est salarié, les décomptes de prestations en nature de la Sécurité Sociale ;
- Le certificat de reprise d'activité y compris à temps partiel ;
- Le document de l'organisme de financement justifiant des loyers.

9.3 En cas d'Invalidité Permanente et Totale ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'ASSURÉ devra transmettre dans un délai de quatre mois à compter de la date du sinistre une demande de versement de la valeur des loyers restant dus plus l'option d'achat (qui correspond à un loyer) ou du Capital Restant Dû accompagné des pièces suivantes (à défaut, la prise en charge débutera à la date de réception du dossier par l'Assureur) :

- L'original du **CERTIFICAT D'ADHÉSION** et de ses avenants le cas échéant ;
- Sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Assureur, un certificat médical établi par son médecin traitant précisant la nature des blessures ou de la MALADIE, leurs séquelles permanentes et la date de consolidation ;
- Une attestation de l'organisme de financement détaillant la valeur de l'option d'achat ou le montant du Capital Restant Dû au jour de la consolidation de l'état d'invalidité.

DANS TOUS LES CAS, L'ASSUREUR SE RESERVE LE DROIT DE RECLAMER TOUTE PIÈCE COMPLÉMENTAIRE ET DE FAIRE PROCÉDER À TOUTE EXPERTISE, NOTAMMENT MÉDICALE, QU'IL JUGERAIT UTILE À SA DÉCISION DE PRISE EN CHARGE OU DE MAINTIEN DES PRESTATIONS. LE REFUS DE L'ASSURÉ DE SE SOUMETTRE À UN EXAMEN ENTRAÎNERA LA SUSPENSION DES PRESTATIONS.

ARTICLE 10 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET RÈGLEMENT DES LITIGES

Le présent contrat est soumis au droit Français. Pour toutes réclamations ou communications écrivez à : UGIP 73-75 Rue Brillat-Savarin – 75013 PARIS. En cas de désaccord, et après avoir épuisé toutes les voies de recours internes à la compagnie, vous pourrez demander l'avis du Médiateur de l'Assurance, dont les coordonnées vous seront adressées sur simple demande à l'Assureur. En cas de désaccord portant sur le fonctionnement des mécanismes de la convention AERAS, l'ASSURÉ pourra demander l'avis de la Commission de médiation de la convention AERAS dont les coordonnées lui seront communiquées sur simple demande adressée à Financial Insurance Company Limited / Financial Assurance Company Limited. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions Françaises. Toute action dérivant de ce contrat se prescrit par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L 114-1 et 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'ASSURÉ à Financial Insurance Company Limited / Financial Assurance Company Limited en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 11 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

(Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978)
Par la signature de la demande d'adhésion, l'ASSURÉ déclare consentir librement et sans réserve au traitement des informations et données personnelles qu'il a fournies à l'Assureur. Ces informations ne seront utilisées que dans le but d'assurer le bon traitement de son dossier en exécution du contrat d'assurance. Dans le cadre de ce traitement, les informations recueillies pourront être communiquées aux autres sociétés du groupe auquel appartient l'Assureur, ainsi qu'à des mandataires, sous-traitants, réassureurs et organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne. Pour ce qui concerne des transferts de données à des pays n'assurant pas un niveau de protection adéquat au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assureur a pris toutes les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité et à la sécurité des données personnelles. Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'ASSURÉ peut exercer son droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, des autres sociétés du groupe, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou des organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne. Ce droit d'accès, d'opposition ou de rectification peut être exercé auprès de :

Financial Insurance Company Limited / Financial Assurance Company Limited, entités de AXA, 40-42 Rue la Boétie, 75008 Paris.

LEXIQUE

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'ASSURÉ provenant de l'action imprévisible, violente et soudaine d'une cause extérieure. A titre d'exemple, ne sont pas considérés comme ACCIDENT, les MALADIES cardio/vasculaires, les malaises cardiaques, l'ACCIDENT ischémique transitoire, l'infarctus du myocarde, les ACCIDENTS vasculaires cérébraux, l'attaque ou l'hémorragie cérébrales, les lumbagos ainsi que toute pathologie soudaine.

ADHÉRENT : Personne physique ou morale, membre de l'Association, qui adhère au contrat d'assurance collectif et en paie les cotisations d'assurance. Elle adhère aux statuts de l'Association et aux CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION du contrat d'assurance collectif qui forment un tout indissociable. ASSOCIATION /

SOUSCRIPTEUR : désigne l'Union Générale Inter-Professionnelle (UGIP).

L'ASSURÉ : Personne physique ayant la qualité de locataire, colocataire d'une Location ou d'un crédit Bail, dont la demande d'adhésion acceptée par l'Assureur est en cours de validité et sur la tête de laquelle reposent les garanties. Elle peut être différente de l'ADHÉRENT.

BÉNÉFICIAIRE : Personne physique ou morale désignée sur le CERTIFICAT D'ADHÉSION pour recevoir lors de la réalisation du risque couvert, les prestations prévues par le présent contrat. L'organisme de financement est en principe BÉNÉFICIAIRE de l'assurance à hauteur de la valeur de l'option d'achat du bien loué ou du Capital Restant Dû (HT ou TTC, selon le régime fiscal de l'ASSURÉ).

BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT : Personne physique ou morale qui accepte la désignation faite en sa faveur par l'ADHÉRENT. Cette acceptation rend la désignation irrévocable et retire à l'ADHÉRENT la libre disposition de son contrat, puisqu'il ne peut plus en demander la résiliation ou la modification sans l'accord du BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT (Art. L. 132-9 du Code des Assurances).

CERTIFICAT D'ADHÉSION : Document, adressé à l'ASSURÉ, définissant précisément les engagements pris entre les parties contractantes en fonction des choix exprimés par l'ADHÉRENT et l'ASSURÉ sur la demande d'adhésion. Ce document complète et personnalise les CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION qui ont été remises à l'ADHÉRENT et à l'ASSURÉ et dont ils ont pris connaissance avant leur demande d'adhésion au contrat.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION : Extrait du contrat d'assurance groupe signé entre le SOUSCRIPTEUR et l'Assureur qui précise les obligations mises à la charge des parties contractantes, à savoir, le SOUSCRIPTEUR, l'Assureur, l'ADHÉRENT, l'ASSURÉ et le BÉNÉFICIAIRE. Les CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION sont rédigées par la société d'assurance qui énumère les principes généraux du contrat, indique les principales dispositions du code des assurances qui lui sont applicables. Les CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION forment un fond contractuel commun à tous les ASSURÉS.

CONDITIONS PARTICULIÈRES : Document, adressé à l'ASSURÉ, relatif à des conditions spéciales d'acceptation d'adhésion portant notamment sur l'exclusion de certains risques liés à l'état de santé, ajournement, exclusions de garanties, surprime et requérant l'accord écrit de l'ASSURÉ sur les CONDITIONS PARTICULIÈRES mises par l'Assureur. Ce document complète et personnalise les CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION qui ont été remises à l'ASSURÉ et dont il a pris connaissance avant sa demande d'adhésion au contrat et le CERTIFICAT D'ADHÉSION.

CONTRAT D'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT – ASSURÉ : Le contrat est constitué par l'ensemble des documents suivants :

- Demande d'adhésion au contrat ;
- Formalités médicales et financières ;
- CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION ;
- CERTIFICAT D'ADHÉSION qui doit être signé par l'ASSURÉ, l'ADHÉRENT, l'Assureur, et l'organisme de financement BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT ;
- CONDITIONS PARTICULIÈRES requérant l'accord de l'ASSURÉ en cas d'acceptation de l'adhésion à des conditions spéciales.

CONTRAT DE FINANCEMENT : Contrat de Location ou contrat de Crédit Bail souscrit par l'ASSURÉ auprès d'un organisme de financement.

FRANCHISE ABSOLUE : période fixée au certificat d'adhésion, au cours de laquelle aucune indemnisation n'est due, quelle que soit la durée totale de l'arrêt de travail

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