

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES AU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE A ADHÉSION FACULTATIVE

UGIP GLOBAL+ CI N°4057



SOUSCRIT PAR L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE (UGIP)

Association Loi 1901 – Déclaration Préfecture de Paris N° 74-1389 Siège social : 2, rue Turgot 75009 PARIS - Service administratif : UGIP Assurances 73-75 Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS - UGIP Assurances est une Marque de SOLOGNE FINANCES (courtier en assurance) Société par Actions Simplifiées au capital de 130 944 € RCS PARIS N°398 784 645 - Siret N°398 784 645 00044 Enregistrée auprès de l'ORIAS sous le N°07 005 590 (site internet de l'ORIAS www.orias.fr) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale à : UGIP Assurances "Service Réclamations" - 73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

AUPRÈS DE

AXA France Vie, S.A. au capital de 487 725 073, 50 € immatriculée sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre et AXA France IARD, S.A. au capital de 214 799 030 € immatriculée sous le numéro 722 057 460 RCS Nanterre - Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex Entreprises régies par le Code des assurances et sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09.

PRÉAMBULE

La présente Notice d'information a pour objet de décrire les garanties accordées au titre des contrats d'assurance groupe à adhésion facultative souscrits par L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE (UGIP) Association Loi 1901 (déclaration Préfecture de Paris N° 74-1389) ci-après dénommée « UGIP » auprès de l'Assureur.

Les contrats d'assurance groupe objets de la présente Notice sont régis par le droit français et notamment le Code des Assurances.

ARTICLE 1 DÉFINITIONS UTILES

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 au sens de la présente Notice 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 lombagos ainsi que toute pathologie soudaine.

Activité Professionnelle : Par activité professionnelle, il faut entendre l'exercice légal et régulier pour une personne physique d'un emploi ou d'une fonction, salarié(e) ou non, lui procurant en contrepartie un revenu.

Activités Quotidiennes : Actes courants de la vie quotidienne, tels que la gestion des affaires familiales et personnelles, les travaux domestiques, de bricolage ou de jardinage.

Adhérent : Personne physique ou morale, membre de l'Association, qui adhère au contrat d'assurance collectif et en paie les cotisations d'assurance. Elle adhère aux statuts de l'Association et à la Notice d'information du contrat d'assurance collectif qui forment un tout indissociable. L'Adhérent donne mandat à l'Association pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et le représenter auprès de ceux-ci. L'Adhérent peut être différent de L' Assuré.

Âge de L' Assuré : Âge de L' Assuré à la date d'adhésion.

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

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

Assureur : L'Assureur tel que désigné en tête des présentes. AXA France IARD, S.A. au capital de 214 799 030 € immatriculée sous le numéro 722 057 460 RCS Nanterre et AXA France Vie, S.A. au capital de 487 725 073,50 € immatriculée sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex - Entreprises régies par le Code des assurances et sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle et de Résolution, 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale désignée sur le certificat d'adhésion pour recevoir lors de la réalisation du risque couvert, les prestations prévues par la présente Notice. Sauf dispositions contraires expresses portées sur le certificat d'adhésion, l'organisme prêteur est bénéficiaire de l'assurance à hauteur des sommes restant dues à la date de la réalisation du risque. Le solde éventuel sera versé au bénéficiaire désigné dans la demande d'adhésion ou à défaut aux ayants droit de L' Assuré par parts égales.

Bénéficiaire acceptant : Lorsque le bénéficiaire 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 adhésion au contrat, puisqu'il ne peut plus en demander la résiliation ou la modification sans l'accord du bénéficiaire (Art. L 132-9 du Code des assurances).

Certificat d'adhésion ou d'assurance : Document, adressé à l'Adhérent / Assuré, définissant précisément les engagements pris entre les parties contractantes en fonction des choix exprimés par l'Adhérent et L' Assuré sur la demande d'adhésion. Ce document complète et personnalise le contenu de la Notice d'information qui a été remise à l'Adhérent et à L' Assuré, et dont ils ont pris connaissance avant leur demande d'adhésion au contrat.

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

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

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

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

Date du Sinistre :

- Pour les garanties Décès, la date du Décès ;
- Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale ou Partielle de Travail, le premier jour de l'arrêt de travail. En cas d'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, le jour de sa constatation médicale ;
- Pour les garanties Perte Totale et Irréversible d' Autonomie ou, Invalidité Permanente Totale ou Partielle, la date de consolidation de l'état d'Invalidité ou de Perte Totale et Irréversible d' Autonomie définie par le médecin expert désigné par l'Assureur.

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. Elle peut être au choix de l'Adhérent de 30, 60, 90 ou 180 jours consécutifs.

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

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

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

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. Constitue un seul et même sinistre, l'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur.

ARTICLE 2 OBJET DU CONTRAT

2.1. LE CONTRAT A POUR OBJET DE GARANTIR, POSTÉRIEUREMENT À LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES, ET AVANT LE REMBOURSEMENT INTÉGRAL DU PRÊT ET/OU LA CESSATION DES GARANTIES L' ASSURÉ CONTRE TOUT OU PARTIE DES RISQUES SUIVANTS :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ;
- Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) ;
- Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) ;
- Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ;
- Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ;

2.2. PARAILLEURS, AVANT LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES VISÉES CI-DESSUS, L' ASSURÉ BÉNÉFICIE D'UNE GARANTIE TEMPORAIRE EN CAS DE DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT.

Seules sont accordées à L' Assuré les garanties choisies au jour de l'adhésion, acceptées par l'Assureur, et mentionnées sur son certificat d'adhésion.

ARTICLE 3 CONDITIONS D'ADMISSION AU CONTRAT ET MODALITÉS D'ADHÉSION

3.1. PERSONNES ASSURABLES ET CONDITIONS D'ADMISSION

3.1.1. Les membres de l'Association souhaitant adhérer au contrat d'assurance doivent être emprunteurs, co-emprunteurs ou cautions d'un prêt présentant les caractéristiques suivantes :

- PRÊTS AMORTISSABLES AVEC OU SANS DIFFÉRÉ D'UNE DURÉE N'EXCÉDANT PAS 420 MOIS SAUF DÉROGATION EXPRESSE DE L'ASSUREUR TELLE QUE PRÉVUE À L'ARTICLE 21 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION ;
- PRÊTS CONSTANTS : IN FINE OU RELAIS D'UNE DURÉE N'EXCÉDANT PAS 420 MOIS SAUF DÉROGATION EXPRESSE DE L'ASSUREUR ;
- LIGNES DE CRÉDIT - AUTORISATIONS DE DÉCOUVERT D'UNE DURÉE N'EXCÉDANT PAS 36 MOIS SAUF DÉROGATION EXPRESSE DE L'ASSUREUR ;
- CRÉDIT-BAIL ;
- PRÊT ADOSSE A UN PLACEMENT (sous réserve d'une étude personnalisée).

3.1.2. Les candidats à l'Assurance doivent, en outre, résider en France Métropolitaine, dans les DROM (Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, Réunion), dans les COM antillaises (Saint-Martin, Saint-Barthélemy), dans les autres COM (Iles Wallis-et-Futuna, Polynésie Française, Saint-Pierre-et-Miquelon) ou en Nouvelle-Calédonie (PTOM).

Pour tout candidat résidant dans un autre pays, une dérogation peut être demandée à l'Assureur.

Selon le lieu de résidence du candidat à l'assurance, les garanties proposées au titre du Contrat et donc susceptibles d'être choisies par le candidat à l'assurance sont, sauf dérogation expresse de l'Assureur, les suivantes :

GARANTIES	CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ LIÉES AU LIEU DE RÉSIDENCE				
	France	Guyane Française	Saint-Pierre-et-Miquelon	Belgique	Autre Pays
	Métropolitaine	Guadeloupe	Iles Wallis-et-Futuna	Luxembourg	(Sur étude)
		Martinique	Saint-Martin	Allemagne	
		La Réunion	Saint-Barthélemy	Suisse	
		Mayotte			
		Polynésie Française		Italie	
		Nouvelle Calédonie		Espagne	
DÉCÈS	✓	✓	✓	✓	✓
P.T.I.A.	✓	✓	✓	✓	✓
I.T.T./I.P.T./I.T.P.	✓	✓	✓	✓	
I.P.P.	✓	✓			
OPTION RACHAT UGIP	✓	✓ (avec Franchises de 90 jours et 180 jours uniquement)			

3.1.3. Par ailleurs, le candidat à l'assurance doit être âgé :

- De **moins de 85 ans** lors de sa demande d'adhésion pour pouvoir adhérer à la **garantie Décès**.
- De **moins de 65 ans** lors de sa demande d'adhésion au contrat pour pouvoir opter pour les **garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)**.

3.2. FORMALITÉS D'ADHÉSION

Pour pouvoir adhérer au Contrat, chaque candidat à l'assurance doit :

- Compléter et signer une demande d'adhésion comportant un questionnaire de santé sur le modèle fourni par l'Assureur, par laquelle il donne son consentement à l'assurance. Une tarification différente étant appliquée aux fumeurs et aux non fumeurs, les personnes pouvant certifier qu'elles n'ont pas fumé de cigarettes (y compris électroniques), cigares ou pipes au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et qu'elles n'ont pas été contraintes, à la demande du corps médical, de cesser de fumer doivent en outre signer la déclaration spéciale non fumeur figurant sur la demande d'adhésion pour accéder au tarif non fumeur ;
- Justifier de l'existence du prêt en euros, de sa durée, son taux d'intérêt et, sauf en cas de contrat de crédit-bail, son amortissement ; ce prêt est accordé par une Banque Française ou une Banque étrangère ayant un établissement en France sauf dérogation expresse de l'Assureur.

L'Adhérent ou L'Assuré (s'il s'agit d'une personne distincte) doit répondre en français aux questions posées sur la demande d'adhésion, le questionnaire médical et se soumettre aux éventuelles formalités médicales demandées par l'Assureur.

L'Assuré doit déclarer exactement, sous peine des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, son âge ainsi que toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge tant sur le plan médical que professionnel ainsi que sur ses activités sportives ou de loisirs.

Les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances disposent que :

Art. L 113-8 : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de L'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, *alors même que le risque omis ou dénaturé par L'Assuré a été sans influence sur le sinistre.*

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts ».

Art. L 113-9 : « *L'omission ou la déclaration inexacte de la part de L'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.*

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par L'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à L'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

A réception de la demande d'adhésion, l'Assureur peut :

- Demander toutes justifications ou examens complémentaires ; s'il s'agit d'informations médicales, elles devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil ;
- Proposer une majoration de cotisation, une limitation de garanties voir, notifier un refus, ce dernier étant notifié à l'Adhérent par courrier recommandé. L'Adhérent dispose alors d'un délai de quatre (4) mois à compter de l'envoi de cette proposition pour accepter par écrit les nouvelles conditions d'assurance, ce délai étant porté à six (6) mois en cas d'application de la convention Aeras.

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

ARTICLE 4 DURÉE DES GARANTIES

4.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du Contrat (à l'exception de la garantie temporaire en cas de décès consécutif à un Accident) prennent effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion **SOUS RÉSERVE** :

- De la réception préalable de l'accord écrit de l'Adhérent / Assuré sur les Conditions particulières d'acceptation de l'Assureur, le cas échéant ;
- **DE L'ENCAISSEMENT DE LA PREMIÈRE COTISATION D'ASSURANCE.**

La date de prise d'effet des garanties ne peut en aucun cas être antérieure à la notification, par l'envoi du certificat d'adhésion, de l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur.

En cas de décès de L'Assuré postérieurement à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion mais avant que les fonds empruntés n'aient été débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets, sous réserve des exclusions précisées à l'article 15 de la présente Notice d'information, et à condition que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure et que le déblocage effectif des fonds intervienne postérieurement au décès de L'Assuré.

4.2. DURÉE DES GARANTIES

L'ASSURANCE EST ACCORDÉE À COMPTER DE LA DATE D'EFFET PRÉCISÉE SUR LE CERTIFICAT D'ADHÉSION JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE DE L'ANNÉE EN COURS. L'ASSURANCE EST ENSUITE RENOUELLÉE LE 1ER JANVIER DE CHAQUE ANNÉE PAR TACITE RECONDUCTION PENDANT TOUTE LA DURÉE DU PRÊT ASSURÉ SAUF EXCEPTIONS RELATIVES À LA CESSATION DES GARANTIES STIPULÉES À L'ARTICLE 4.3. CI-APRÈS.

4.3. 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 contre son gré du contrat d'assurance groupe sous réserve toutefois qu'il remplisse les conditions pour être assuré et que sa cotisation soit régulièrement payée.

Les garanties et prestations prennent automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- À la fin de leur terme contractuel (sauf prorogation acceptée par l'Assureur) ;
- À la date de notification à l'emprunteur par l'organisme prêteur de la déchéance du terme entraînant l'exigibilité immédiate du prêt ;
- En cas de mise en place d'un plan conventionnel ou de mesures imposées ou recommandées dans le cadre d'une procédure de traitement des situations de surendettement des particuliers et ne prévoyant pas le maintien du paiement de la cotisation d'assurance ;
- Lors du remboursement anticipé total du prêt (résiliation à la date de remboursement du prêt sous réserve que la mainlevée de l'organisme prêteur soit adressée à l'Assureur dans les 120 jours suivant le remboursement du prêt) ;
- À la date prévue de cessation du prêt sauf prorogation acceptée par l'Assureur ;
- En cas de non-paiement de la cotisation, dans les termes prévus à l'article 22.3 ;
- Lorsque L'Assuré atteint la **limite d'âge prévue au titre de la garantie concernée** :

■ **Pour la garantie Décès, au jour du 90^{ème} anniversaire de L'Assuré ;**

■ **Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, au 70^{ème} anniversaire de L'Assuré en cas de maladie, et au 75^{ème} anniversaire de L'Assuré en cas d'accident ;**

La cessation de l'activité professionnelle de L'Assuré, sa mise à la retraite ou en préretraite n'entraînent pas la fin de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;

■ **Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Incapacité Temporaire Partielle, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle, au jour du 70^{ème} anniversaire de L'Assuré ou à la date de sa mise à la retraite ou préretraite pour quelle que cause que ce soit, si celle-ci intervient avant son 70^{ème} anniversaire, pour autant que L'Assuré exerce une activité professionnelle à la date du sinistre ;**

■ **Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle, au jour du 65^{ème} anniversaire de L'Assuré ou à la date de sa mise à la retraite ou préretraite pour quelle que cause que ce soit, si celle-ci intervient avant son 65^{ème} anniversaire, si L'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle à la date du sinistre ;**

- En cas de demande par l'Adhérent de la résiliation de son adhésion dans les conditions prévues à l'article 4.4. ci-après.

En cas de remboursement anticipé partiel volontaire ou forcé consécutif à la mise en jeu de l'une des garanties prévues dans la Notice, ou en cas de réduction du montant du prêt, les garanties se poursuivent sur le montant du capital restant dû après déduction du remboursement anticipé et sur le montant des nouvelles échéances.

4.4. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Lorsque l'Adhérent a souscrit au contrat d'assurance en vue de garantir le remboursement d'un prêt mentionné à l'article L 312-2 du code de la consommation (prêt contracté en vue de financer l'acquisition d'un bien immobilier ou d'un terrain destiné à la construction d'un immeuble), l'Adhérent peut résilier son adhésion dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L 312-7 du code de la consommation. L'Adhérent doit notifier à l'Assureur sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois précitée, Il doit également notifier à l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision d'acceptation par le prêteur du contrat d'assurance prévu en substitution ainsi que la date de prise d'effet dudit contrat. La résiliation prend effet dix jours après la réception par l'Assureur de la décision du prêteur ou à la date d'effet du contrat accepté en substitution par le prêteur si celle-ci est postérieure.

Au-delà du délai de 12 mois l'Adhérent a la possibilité de résilier son contrat par lettre recommandée moyennant un préavis de deux mois (2) avant la date de renouvellement (1^{er} janvier) accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur.

Lorsque l'Adhérent a souscrit au contrat d'assurance en vue de garantir le remboursement d'un prêt autre qu'un prêt tel que mentionné à l'article L 312-2 du code de la consommation, l'Adhérent peut résilier son engagement, par lettre recommandée, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date de renouvellement, (1^{er} janvier) accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur et de tout autre éventuel bénéficiaire si ce dernier est un bénéficiaire acceptant. La dénonciation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré.

En cas de résiliation du contrat d'assurance groupe soit par l'Adhérent soit par l'Association, les adhésions enregistrées antérieurement à cette résiliation sont maintenues en vigueur jusqu'à leur terme normal dans le cadre et les conditions de la présente Notice d'information, sauf en cas de transfert de ces adhésions à un nouvel Assureur aux mêmes conditions que celles souscrites antérieurement.

ARTICLE 5 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Sauf dispositions contraires indiquées dans le certificat d'adhésion, le bénéficiaire des garanties d'assurance est l'organisme prêteur.

Par ailleurs, sauf demande expresse de l'Adhérent, si le Bénéficiaire est un organisme prêteur, il est réputé avoir la qualité de Bénéficiaire acceptant.

À défaut d'autres mentions portées sur le certificat d'adhésion :

- Toute somme rendue exigible sera versée pour le compte de L' Assuré ou de sa succession par l'Assureur à l'organisme ayant accordé le prêt, à concurrence des sommes restant dues ;
- En cas de décès, si la garantie figurant sur l'échéancier est supérieure au capital restant dû à l'organisme prêteur, l'excédent est versé aux ayants droit de L' Assuré, sauf clause contraire stipulée à la demande d'adhésion ou notifiée postérieurement par L' Assuré.

ARTICLE 6 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

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

Cependant, il est expressément stipulé qu'en cas de sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Incapacité Temporaire Partiel, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle, celui-ci devra être constaté sur le territoire Français. En cas d'impossibilité totale de L' Assuré de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical) un expert français pourra être diligenté par l'Assureur sur le territoire concerné. Les frais de déplacement de l'expert resteront à la charge de L' Assuré sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par l'expert français.

En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DOM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

GARANTIES DE BASE : DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE , TEMPORAIRE DÉCÈS PAR ACCIDENT

ARTICLE 7 OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE DÉCÈS

En cas de Décès de L' Assuré postérieurement à la date de prise d'effet des garanties et avant son 90^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit, dans les limites de la quotité assurée :

- Pour les prêts amortissables sans différé (ou avec différé en cas de décès de L' Assuré après la période de différé) : le remboursement du capital restant dû à la date du sinistre tel qu'il résulte de l'échéancier défini dans le Certificat d'adhésion, hors frais, accessoires et intérêts (sauf si ces derniers ont fait l'objet d'une demande de couverture avec accord préalable de l'Assureur).
- Pour les prêts amortissables avec différé d'amortissement, lorsque le décès de L' Assuré survient pendant la période de différé : 100% de la somme totale restant due (Capital + intérêts de différé éventuels hors frais et accessoires) au jour du sinistre ; toutefois si le capital mentionné au Certificat d'adhésion n'inclut pas les intérêts du différé, ceux-ci ne sont pas pris en charge dans le cadre la garantie.
- Pour les prêts in fine, relais, les lignes de crédit et autorisation de découvert : le capital mentionné au Certificat d'adhésion.
- Pour les contrats de crédit-bail, la somme des loyers restant dus à la date du sinistre telle qu'elle résulte définit dans le Certificat d'adhésion, hors frais, accessoires et intérêts (sauf si ces derniers ont fait l'objet d'une demande de couverture avec accord préalable de l'Assureur).

Au sens du présent article 7, la date du sinistre est réputée être la date du décès.

Le montant maximum de la couverture en cas de Décès ou de P.T.I.A. pouvant être accordé pour un même Assuré est limité à 5.000.000 €, pour toutes adhésions au présent Contrat, sauf dérogation expresse de l'Assureur matérialisée dans le Certificat d'adhésion.

ARTICLE 8 OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE TEMPORAIRE DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT

En cas de décès de L' Assuré suite à un Accident et survenant dans les 60 jours suivant la signature par l'Adhérent de sa demande d'adhésion au Contrat et sous réserve que celle-ci soit parvenue à l'Assureur avant la date de survenance de l'accident, l'Assureur verse un capital correspondant au montant du financement que l'Adhérent prévoyait de garantir et tel qu'il résulte de la demande d'adhésion.

Cette garantie temporaire décès accidentel est limitée à 300.000 Euros, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'admission à l'assurance (l'indemnisation ne saurait excéder le(s) montant(s) indiqué(s) sur la demande d'adhésion.)

La garantie cesse :

- Lorsque la personne à assurer ne répond pas, dans un délai de quinze jours, aux demandes d'informations complémentaires de l'Assureur ;
- En cas de refus par l'Assureur d'accorder sa garantie ;
- En cas de refus par l'Adhérent d'accepter les conditions d'adhésion ;
- À la date de prise d'effet des garanties ;
- Au plus tard 60 jours après la signature de la demande d'adhésion.

ARTICLE 9 OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) de L' Assuré avant son 70^{ème} anniversaire, l'Assureur assimile cet état au Décès et verse par anticipation le capital prévu en cas de Décès (voir article 7 de la présente Notice), pour sa valeur à la date de la consolidation de l' état de santé de L' Assuré.

Est considéré comme atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, tout Assuré qui, par suite de maladie ou d'accident corporel survenu postérieurement à la date d'effet de son adhésion, est reconnu et qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain et profit et/ou salaire et qui se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie. Par actes ordinaires de la vie, il faut entendre les quatre actes suivants (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer).

Au sens du présent article 9, la date du sinistre est réputée être la date de consolidation de l'état de santé de L' Assuré. La consolidation de l'état de santé de L' Assuré doit, pour que la garantie soit acquise, intervenir avant le 70^{ème} anniversaire de L' Assuré.

En cas de PTIA Accidentelle (si elle résulte d'un Accident tel que défini à la rubrique Définitions utiles), son état doit être consolidé avant son 75^{ème} anniversaire.

ARTICLE 10 RÈGLES COMMUNES AUX GARANTIES DÉCÈS ET P.T.I.A.

Les mensualités restées impayées à la date de réalisation du risque ne seront en aucun cas prises en compte par l'Assureur, de même que les intérêts courus.

Le paiement du capital met fin à l'ensemble des garanties de L' Assuré.

GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE , INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

ARTICLE 11 OBJET DES GARANTIES INCAPACITÉ, INVALIDITÉ ET LEURS MONTANTS

11.1 - DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, ET DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE, DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.)

C'est l'état dans lequel se trouve L' Assuré lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, IL est temporairement dans l'impossibilité totale, reconnue médicalement, au jour du sinistre d'exercer son activité professionnelle ou, en l'absence de profession exercée, d'effectuer ses activités quotidiennes.

L' Assuré n'exerçant pas ou plus d'activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Incapacité Temporaire Totale s'il est temporairement contraint, en raison d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses activités quotidiennes.

Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)

C'est l'état dans lequel se trouve L' Assuré lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, IL est temporairement dans l'impossibilité partielle et reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle. Cet état s'assimile à un mi-temps thérapeutique. Seuls donneront lieu à indemnisation les états d'Incapacité Temporaire Partielle faisant suite à une période indemnisée d'Incapacité Temporaire Totale.

L' Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date du sinistre ne sera pas couvert en cas d'Incapacité Temporaire Partielle.

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

L' Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale si, à la suite d'un accident ou d'une maladie régulièrement pris en charge par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, le médecin expert indépendant désigné par l'Assureur constate la consolidation de l'état de santé, à l'issue de laquelle, d'une part, il évaluera un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 % et d'autre part, IL estimera L' Assuré dans l'incapacité définitive d'exercer son activité professionnelle, ou, en l'absence d'activité professionnelle, d'effectuer ses activités quotidiennes.

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)

L' Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle si, à la suite d'un accident ou d'une maladie régulièrement pris en charge par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, le médecin expert indépendant désigné par l'Assureur constate la consolidation de l'état de santé, à l'issue de laquelle, d'une part, il évaluera un taux d'invalidité compris entre 33% et 66 % et, d'autre part, il estimera L' Assuré dans l'incapacité définitive d'exercer tout ou partie de son activité professionnelle, ou, en l'absence d'activité professionnelle, d'effectuer ses activités quotidiennes.

11.2 APPLICATION DES GARANTIES INCAPACITÉ - INVALIDITÉ

La garantie Incapacité Temporaire Totale est acquise tant qu'il n'y a pas consolidation de l'état de santé de L' assuré, y compris en cas d'absence d'activité professionnelle exercée au jour de la réalisation du risque. Elle cesse au plus tard 1095 jours après le premier jour d'arrêt de travail (cette durée incluant le cas échéant, hormis en l'absence d'activité professionnelle, la période de versement des prestations effectuée au titre de la garantie incapacité temporaire partielle). Dès la consolidation, elle est relayée par la garantie Invalidité Permanente Totale ou par la garantie Invalidité Permanente Partielle selon le cas, si l'état de santé répond aux définitions édictées à l'Article. 11.1.

Lors de la consolidation de l'état de santé de L'Assuré ou, en l'absence de consolidation de l'état de santé de ce dernier, au plus tard au 1095ème jour si prise en charge préalable au titre de la garantie I.T.T., l'Assureur diligente une expertise médicale pour déterminer le taux d'invalidité de L'Assuré Tel que défini à l'Article 11.3.

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

Par ailleurs, si le taux d'invalidité fonctionnelle de L'assuré est inférieur à 10 %, aucune prestation n'est due, et ce quel que soit son taux d'invalidité professionnelle. Pareillement, si le taux d'invalidité professionnelle de L'Assuré est inférieur à 10 %, aucune prestation n'est due, et ce quel que soit son taux d'invalidité fonctionnelle.

11.3 FIXATION DU TAUX D'INVALIDITÉ ET DURÉE D'INDEMNISATION

11.3.1 Activité professionnelle exercée au 1er jour d'I.T.T.

Il résulte de la conjugaison des taux d'invalidités fonctionnelle et professionnelle, selon le tableau ci-après, étant entendu que :

- L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité (consolidation de l'état de santé de L'Assuré), en dehors de toute considération professionnelle.
- L'invalidité professionnelle est appréciée en fonction du degré et de la nature de l'incapacité totale de l'Assuré par rapport à sa profession. Il tient compte de la capacité de l'Assuré à l'exercer antérieurement à l'accident ou à la maladie, des conditions d'exercice normales de sa profession et de ses possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

11.3.2 Absence d'activité professionnelle exercée au 1er jour d'I.T.T.

L'incapacité définitive n'est appréciée que selon la seule définition de l'invalidité fonctionnelle précitée.

11.3.3 Dans tous les cas, le versement des prestations dues au titre :

- Des garanties I.T.T./I.T.P. et I.P.T./I.P.P. cessent au 70ème anniversaire de L'Assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre et en tout état de cause lorsque L'Assuré est mis en préretraite ou fait valoir ses droits à la retraite si cela intervient avant son 70ème anniversaire.
- Des garanties I.T.T. et I.P.T./I.P.P. cessent au 65ème anniversaire de L'Assuré n'exerçant pas une activité professionnelle au jour du sinistre et en tout état de cause lorsque L'Assuré est mis en préretraite ou fait valoir ses droits à la retraite si cela intervient avant son 65ème anniversaire.

Taux d'Invalidité Professionnelle	Taux d'Invalidité fonctionnelle									
	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10 %	10,0	15,9	20,8	25,2	29,2	33,0	36,6	40,0	43,3	46,4
20 %	12,6	20,0	26,2	31,7	36,8	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30 %										
40 %	15,9	25,2	33,0	40,0	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50 %										
60 %	18,2	28,8	37,8	45,8	53,1	60,0	66,5	72,7	78,6	84,3
70 %										
80 %	20,0	31,7	41,6	50,4	58,5	66,0	73,2	80,0	86,5	92,8
90 %										
100 %	21,5	34,2	44,8	54,3	63,0	71,1	78,8	86,2	93,2	100,0

Seul l'Assureur est habilité à fixer, en diligentant une expertise médicale, le taux d'invalidité et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire de sécurité sociale de L'Assuré.

11.4 - MONTANT DES PRESTATIONS

11.4.1. Montant de la prestation en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T.) ou d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale de L'Assuré :

- Avant son 70ème anniversaire s'il exerce une activité professionnelle au jour du sinistre ;
- Avant son 65ème s'il n'exerce pas d'activité professionnelle au jour du sinistre ;

L'Assureur se substitue à ce dernier afin de payer :

- Pour les prêts amortissables : tout ou partie des mensualités venant à échéance à compter de l'expiration du délai de la Franchise contractuelle mentionnée au Certificat d'adhésion, dans les limites de la quotité assurée. La prestation est limitée, pour les Assurés exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre, à 100% de la dernière mensualité telle que résultant des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent et réajustées le cas échéant à réception de l'échéancier définitif du prêt, dans la limite de 10.500 € par mois et par Assuré, au cumul des adhésions au présent Contrat le concernant. Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, la prestation est limitée à 50% de la dernière mensualité telle que résultant des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent et réajustées le cas échéant à réception de l'échéancier définitif du prêt et à 1.500 € par mois et par Assuré, au cumul des adhésions au présent Contrat le concernant (si l'option RACHAT a été souscrite, ces limites sont portées à 100 % de la mensualité concernée et 3.000 € par mois et par Assuré, pour toutes les adhésions au présent Contrat).
- Pour les prêts in fine ou prêt relais : tout ou partie des intérêts dus pendant la période de garantie, conformément à l'échéancier du prêt assuré, annexé au Certificat d'adhésion, à compter de l'expiration du délai de la Franchise contractuelle mentionnée au Certificat d'adhésion et à hauteur de la quotité assurée. En aucun cas, la prestation n'a vocation à garantir le paiement de tout ou partie du capital emprunté.
- La prestation est limitée, pour les Assurés exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre, à 100% de tout ou partie des intérêts dus pendant la période de garantie, conformément à l'échéancier du prêt assuré, annexé au Certificat d'adhésion, à compter de l'expiration du délai de la Franchise contractuelle mentionnée au Certificat d'adhésion, dans la limite de 10.500 € par mois et par Assuré, au cumul des adhésions au présent Contrat le concernant (sauf dérogation expresse de l'assureur matérialisée dans le Certificat d'Adhésion). Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, la prestation est limitée à 50% de tout ou partie des intérêts dus pendant la période de garantie, conformément à l'échéancier du prêt assuré, annexé au Certificat d'adhésion, à compter de l'expiration du délai de la Franchise contractuelle

mentionnée au Certificat d'adhésion, dans la limite de 1.500 € par mois et par Assuré au cumul des adhésions au présent Contrat le concernant (si l'option RACHAT a été souscrite, ces limites sont portées à 100% de la mensualité concernée et 3.000 € par mois et par Assuré, pour toutes les adhésions au présent Contrat).

Le calcul de la première et de la dernière mensualité prise en charge est effectuée, le cas échéant, sur une base de 1/30ème au prorata temporis. En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels, les versements prévus dans l'acte de prêt sont décomposés en paiements mensuels égaux et échelonnés. et l'Assureur garantit les prestations depuis la première mensualité ainsi obtenue, suivant l'expiration de la Franchise. Ces prestations sont versées à la date d'échéance des mensualités.

Lorsque l'adhésion a pour objet l'assurance d'un bien locatif (c'est-à-dire, aux fins du présent article, un bien qui, au jour du sinistre, n'est pas la résidence principale de l'Adhérent et qui, à ce même jour, est en location ou, depuis son acquisition par l'Adhérent, l'a été), la prestation de l'Assureur, en cas d'Incapacité Temporaire Totale ne pourra excéder le montant de la mensualité restant à la charge de l'Adhérent propriétaire après déduction du Loyer théorique. Quel que soit le montant du Loyer théorique à déduire, cette disposition n'est applicable que pour un Loyer théorique mensuel inférieur ou égal à 7.500 €, l'excédent éventuel restant dans tous les cas à la charge dudit Adhérent propriétaire. La garantie Incapacité Temporaire Totale couvrant les biens locatifs fera l'objet d'une tarification minorée.

Aucune augmentation du montant de la mensualité, décidée par L'Assuré ou l'adhérent, ne sera prise en compte dans le cadre de l'indemnisation d'un sinistre si l'augmentation prend effet durant une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. ou d'I.P.P. ou dans les 6 mois précédents une incapacité temporaire de travail.

Dans tous les cas, le paiement des prestations intervient dans la limite de la quotité assurée.

11.4.2. Montant de la prestation en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)

En cas d'Incapacité Temporaire Partielle ou d'Invalidité Permanente Partielle de L'Assuré, la prestation est limitée à 50% de la dernière mensualité telle que résultant des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent et réajustées le cas échéant à réception de l'échéancier définitif du prêt (ou de 50% des intérêts dus pour les prêts in fine), dans la limite de 5.250 € par mois, et de la quotité assurée. Cette limite s'entend par mois et par Assuré, pour toutes les adhésions au présent Contrat.

Par ailleurs, la durée de la prestation en cas d'I.T.P. ne peut excéder 180 jours consécutifs, soit 50% de 6 mensualités au plus.

Les autres dispositions relatives à l'Incapacité Temporaire Totale / l'Invalidité Permanente Totale figurant à l'article 11.4.1. sont applicables en cas d'I.T.P. ou d'I.P.P.

11.5. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

11.5.1 - Règlement par anticipation

En cas d'Invalidité Permanente Totale telle que définie à l'article 11.1, l'Assureur se réserve le droit de verser à l'organisme prêteur le capital restant dû. Le versement du capital restant dû met fin à l'ensemble des garanties de L'Assuré .

Les versements périodiques restés impayés à la réalisation du risque ne seront en aucun cas pris en compte par l'Assureur, de même que les intérêts courus.

11.5.2 - Rechute

En cas de reprise d'activité, d'une durée inférieure à deux mois interrompant le service des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Incapacité Temporaire Partielle, 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 contractuelle applicable si ce nouvel arrêt d'activité est dû à une rechute provenant du même accident ou de la même maladie.

11.5.3 - Révision des prestations

Les prestations Incapacité (I.T.T./I.T.P.) – Invalidité (I.P.T./I.P.P.) sont liées à la justification du degré d'Incapacité ou d'Invalidité qui a ouvert le droit à la prestation. Toute modification de cet état entraîne la modification correspondante de la prestation telle que définie ci-avant.

ARTICLE 12 OPTION RACHAT

RAPPEL DES CAS PARTICULIERS COUVERTS PAR LA FORMULE DE BASE POUR LES GARANTIES I.T.T, I.T.P. ET I.P.T. :

LES ATTEINTES VERTÉBRALES OU DISCALES OU RADICULAIRES : LUMBAGO, LOMBALGIE, SCIATALGIE, CRURALGIE, NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE, PROTUSION DISCALE, HERNIE DISCALE, DORSALGIE, CERVICALGIE SANS CONDITIONS D'HOSPITALISATION.

LES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES, A SAVOIR : SCHIZOPHRENIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES ANXIEUX, TROUBLES NEVROTIQUES, TROUBLES DE L'HUMEUR, TROUBLES DELIRANTS, DEPRESSIONS DE TOUTE NATURE (Y COMPRIS SYNDROME DE BURN-OUT), TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET DU COMPORTEMENT, TROUBLES DE L'ALIMENTATION, SYNDROME DE BURN OUT DES LORS QU'ELLES CONDUISSENT A UNE HOSPITALISATION SUPERIEURE OU EGALE A 10 JOURS.

LA FIBROMYALGIE, SYNDROME POLYALGIQUE IDIOPATHIQUE DIFFUS, SYNDROME DE FATIGUE / ASTHENIE CHRONIQUE DES LORS QU'ELLES CONDUISSENT A UNE HOSPITALISATION SUPERIEURE OU EGALE A 10 JOURS.

L'option RACHAT permet de compléter les garanties Incapacité Temporaire Totale ou Partielle et Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Lorsqu'elle est souscrite, L'Assuré bénéficie de la prise en charge, **sans condition d'hospitalisation, des affections suivantes (et de leurs suites et conséquences) :**

SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES ANXIEUX, TROUBLES NEVROTIQUES, TROUBLES DE L'HUMEUR, TROUBLES DELIRANTS, DÉPRESSIONS DE TOUTE NATURE, TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT, TROUBLES DE L'ALIMENTATION, ET SYNDROME DE BURN-OUT.

LA FIBROMYALGIE, SYNDROME POLYALGIQUE IDIOPATHIQUE DIFFUS, SYNDROME DE FATIGUE / ASTHÉNIE CHRONIQUE.

Tout Assuré, ayant choisi cette option, est couvert, sous réserve de la Franchise contractuelle, en cas :

- D'incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) ;
- D'incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) (sauf si elle survient alors que L' Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle au jour du sinistre) ;
- D'invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ;
- D'invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).

Cette option peut être souscrite par tout Assuré âgé de moins de 65 ans.

Pour les Assurés ayant choisi l'option RACHAT, la prestation en cas d'Incapacité Temporaire Totale survenant alors que L' Assuré n'exerçait pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est limitée à 100% de la dernière mensualité telle que résultant des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent et réajustées le cas échéant à réception de l'échéancier définitif du prêt, dans la limite de 3.000 € par mois et par Assuré.

ARTICLE 13 CLAUDE DE NON-CUMUL EN CAS DE RENÉGOCIATION OU DE RACHAT

Si l'Adhérent renégocie auprès de son organisme prêteur le prêt garanti par le présent contrat ou négocie auprès de tout autre organisme prêteur le rachat de ce prêt, il aura la possibilité, sous réserve des conditions prévues au présent contrat, d'adhérer au présent contrat, pour la couverture du prêt tel que renégocié ou racheté.

L'Adhérent devra faire parvenir à l'Assureur dans un délai d'un mois maximum à compter de la prise d'effet de la renégociation ou du rachat, la mainlevée de l'organisme prêteur qui confirme la prise d'effet de la renégociation ou du rachat afin que l'Assureur accepte la demande de résiliation (hors échéance annuelle) de l'adhésion initiale.

Tant que cette mainlevée n'aura pas été réceptionnée par l'Assureur :

- L'adhésion initiale restera en vigueur ;
- La nouvelle adhésion ne sera pas effective ;
- Aucune prestation ne sera versée au titre de la nouvelle adhésion si l'un des événements couverts au titre du présent contrat d'assurance survient.

CONVENTION AERAS

OBJET DE LA CONVENTION

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 emprunteurs sans réserve concernant cet antécédent, conformément à la note sur le droit à l'oubli jointe au bulletin d'adhésion et 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.

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.

GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS

L' Assuré peut bénéficier de la garantie invalidité spécifique si elle figure dans les conditions spécifiques proposées par l'Assureur. La garantie sera mise en jeu lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- Il y a consolidation de l'état de santé de L' Assuré ;
- Son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;

Il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non salariés.

Les prestations sont versées à compter du jour où les conditions ci-dessus sont satisfaites et selon les dispositions indiquées ci-dessus.

EXCLUSIONS

En plus des exclusions et restrictions de garanties spécifiques acceptées par L' Assuré et indiquées aux conditions particulières, s'appliquent :

- Les exclusions visées à l'article 14
- Les exclusions visées à l'article 15

EXCLUSIONS

ARTICLE 14 EXCLUSIONS COMMUNES À TOUS LES RISQUES NE SONT PAS GARANTIS AU TITRE DU CONTRAT LES SINISTRES RÉSULTANT OU PROVENANT OU SURVENUS À L' OCCASION :

- DU SUICIDE DE L' ASSURÉ SURVENANT PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE QUI SUIT LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION, sauf si le prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de L' Assuré. Dans ce cas toutefois, seul le montant du prêt dans la limite du plafond défini à l'article R 132-5 du code des assurances est garanti. EN CAS DE MODIFICATIONS APPORTÉES AUX GARANTIES (AUGMENTATION DES CAPITAUX ASSURÉS OU REMISE EN VIGUEUR DE L'ADHÉSION), LE SUICIDE EST ÉGALEMENT EXCLU AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE QUI SUIT LA PRISE D'EFFET DE LA MODIFICATION APPORTÉE AUX GARANTIES ;
- L'ASSURANCE N'EST PAS ACCORDEE AU PROFIT DU BENEFICIAIRE CONDAMNE POUR AVOIR CAUSE VOLONTAIREMENT LE DÉCÈS DE L'ASSURE (ARTICLE L.132-24 DU CODE DES ASSURANCES) ;
- DE GUERRES CIVILES OU ETRANGÈRES, ÉMEUTES, MOUVEMENTS POPULAIRES, ACTES DE TERRORISME OU RIXES. TOUTEFOIS, CETTE EXCLUSION NE S'APPLIQUE PAS EN CAS DE LEGITIME DEFENSE, D'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER OU SI L'ASSURE N'A PAS DE PARTICIPATION ACTIVE A L'UN DE CES EVENEMENTS, OU SI CETTE PARTICIPATION RESULTE DE L'EXERCICE DE SA PROFESSION, PREALABLEMENT GARANTIE PAR L'ASSUREUR LORS DE L'ADHÉSION AU CONTRAT ;
- DES SUITES ET CONSÉQUENCES DIRECTES OU INDIRECTES D'ACCIDENTS LIES A LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE AINSI QUE LES CONSÉQUENCES DIRECTES OU INDIRECTES D'ACCIDENTS LIES AUX RAYONNEMENTS NUCLÉAIRES ET IONISANTS OU DE LA TRANSMUTATION DE L'ATOME QUI NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC UN TRAITEMENT MÉDICAL ;
- DE RISQUES AÉRIENS SE RAPPORTANT A DES VOLS ACROBATIQUES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS, AINSI QUE LES VOLS EFFECTUES SUR DES APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITÉ, OU PILOTES PAR UN PILOTE NON MUNI D'UN BREVET VALABLE.

ARTICLE 15 EXCLUSIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LES RISQUES PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ (I.T.T./I.T.P.) ET INVALIDITÉ (I.P.T./I.P.P.)

EN SUS DES EXCLUSIONS COMMUNES A TOUS LES RISQUES, NE SONT PAS GARANTIS LES CAS SUIVANTS, NI LEURS RÉCIDIVES, NI LEURS SUITES, NI LEURS CONSÉQUENCES :

- LES ACCIDENTS OU MALADIES RÉSULTANT DU FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURE Y COMPRIS LES TENTATIVES DE SUICIDE OU DE MUTILATION ;
- L'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE, L'INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE, L'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU L'INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE RESULTANT D'UNE FIBROMYALGIE, D'UN SYNDROME POLYALGIQUE IDIOPATHIQUE DIFFUS, D'UN SYNDROME DE FATIGUE / ASTHÉNIE CHRONIQUE SAUF DANS LE CAS OU ELLES CONDUISENT A UNE HOSPITALISATION SUPÉRIEURE OU ÉGALE A 10 JOURS (SANS CONDITION D'HOSPITALISATION SI OPTION RACHAT SOUSCRITE) ;
- L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE, L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE NE RÉSULTANT PAS D'UN ACCIDENT OU D'UNE MALADIE ;
- LES ACCIDENTS OU MALADIES POUR LESQUELS L'ASSURE REFUSE DE SE SOUMETTRE A UN TRAITEMENT MÉDICAL RATIONNEL ET ADÉQUAT ;
- L'IMPRÉGNATION ALCOOLIQUE RECONNUE MÉDICALEMENT ;
- LES ACCIDENTS RÉSULTANT DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE DE L'ASSURÉ OU D'UN ÉTAT D'IVRESSE DE L'ASSURÉ CARACTÉRISÉ PAR UN TAUX D'ALCOOLÉMIÉ SUPÉRIEUR AU TAUX PRÉVU PAR LA LÉGISLATION DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR A LA DATE DE SURVENANCE DE L'ACCIDENT ;
- L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE, L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE RÉSULTANT D' AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES, A SAVOIR : SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES ANXIEUX, TROUBLES NÉVROTIQUES, TROUBLES DE L'HUMEUR, TROUBLES DÉLIRANTS, DÉPRESSIONS DE TOUTE NATURE (Y COMPRIS SYNDROME DE BURN-OUT), TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT, TROUBLES DE L'ALIMENTATION, ET SYNDROME DE BURN-OUT SAUF DANS LE CAS OU ELLES CONDUISENT A UNE HOSPITALISATION SUPÉRIEURE OU ÉGALE A 10 JOURS (SANS CONDITION D'HOSPITALISATION SI OPTION RACHAT SOUSCRITE) ;
- INTERVENTIONS CHIRURGICALES ÉSTHÉTIQUES AUTRES QUE LA CHIRURGIE RÉPARATRICE CONSÉCUTIVE A UNE MALADIE OU UN ACCIDENT GARANTI AU CONTRAT ;
- AFFECTIONS DIAGNOSTIQUÉES ANTÉRIEUREMENT A LA DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES. CEPENDANT, LES SUITES ET CONSÉQUENCES DES AFFECTIONS DÉCLARÉES LORS DE L' ADHESION SONT GARANTIES SAUF NOTIFICATION DE L'EXCLUSION A L'ASSURÉ OU MENTION PARTICULIÈRE FAITE AU CERTIFICAT D'ADHÉSION.
- L'ÉTAT DE GROSSESSE, SAUF SI CET ÉTAT EST MÉDICALEMENT RECONNUE COMME PATHOLOGIQUES. EN TOUT ÉTAT DE CAUSE, LE CONGÉ LÉGAL DE MATERNITÉ, AINSI QUE LES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ OU POUR GROSSESSE PRÉCIEUSE, NE SERONT JAMAIS INDEMNISÉS ;

EN OUTRE, SONT ÉGALEMENT EXCLUES LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS RÉSULTANT DE LA PRATIQUE PAR L'ASSURÉ DES « PRATIQUES SPORTIVES » INDIQUÉES CI-APRÈS :

- LES SPORTS À TITRE PROFESSIONNEL OU RÉMUNÉRÉ (DIRECTEMENT OU NON), HORS ÉDUCATION NATIONALE ;
- LES PARIS, DÉFIS, RAIDS ET TENTATIVES DE RECORD ;
- LA BOXE ET LES AUTRES SPORTS DE COMBAT (SAUF PRATIQUE AMATEUR ET HORS COMPÉTITION) ;
- LES COMPÉTITIONS ET ENTRAÎNEMENTS PRÉPARATOIRES DE SPORTS ÉQUESTRES OU DE SPORT AVEC USAGE D'ENGINS À MOTEUR ;
- LA SPÉLÉOLOGIE, L'ESCALADE ET LA VARAPPE (SAUF SI PRATIQUÉE EN SALLE) ;
- LE MOTONAUTISME, PLANCHE A VOILE A PLUS DE 1 MILLE DES COTES, YACHTING, LA PLONGÉE SOUS-MARINE (SAUF PLONGÉE JUSQU'À 30 MÈTRES ET PRATIQUÉE MOINS DE 20 FOIS PAR AN ET TOUJOURS ACCOMPAGNÉE, HORS EXPLORATION DE GROTTES OU ÉPAVE) ;
- L'ALPINISME ET TOUS LES SPORTS PRATIQUES EN MONTAGNE AU-DELÀ DE 3 000M D'ALTITUDE, SAUF LA PRATIQUE DE SKI ALPIN, DE FOND OU DE SNOWBOARD SUR PISTES RÉGLEMENTÉES, OUVERTES ET ACCESSIBLES EN REMONTÉES MÉCANIQUES ;
- LE KITESURF, WINDBOARD, FUNBOARD, SAUT À L'ÉLASTIQUE, PARACHUTISME, PARAPENTE, WINGSUIT, VOL D'ESSAI ET VOL SUR ENGIN NON MUNI DE CERTIFICAT DE NAVIGABILITÉ, ACROBATIE AÉRIENNE, ULM, DELTAPLANE.

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

Tout ou partie de ces exclusions des « pratiques sportives » indiquées ci-avant peut / peuvent faire l'objet d'un rachat d'exclusion dans les conditions suivantes :

L'Assuré a la possibilité de procéder au rachat des exclusions des pratiques sportives sous réserve :

- De remplir le(s) questionnaire(s) spécifique(s) demandé(s) par l'Assureur ;
- De l'accord de l'Assureur, qui précisera ce rachat d'exclusion dans l'attestation d'assurance, éventuellement moyennant une surprime éventuelle ;
- Toute demande de résiliation du(des) rachat(s) d'exclusion(s) ne pourra être prise en considération par l'Assureur, qu'après réception de l'accord préalable du bénéficiaire acceptant.

LIMITES DES GARANTIES

ARTICLE 16 QUOTITÉ DE PRÊT ASSURÉE

La quotité de prêt assurée correspond à la fraction du prêt (exprimée en pourcentage du capital initial assuré) qui est garantie sur la tête de L'Assuré. Elle est indiquée dans le Certificat d'adhésion.

Elle ne peut excéder par Assuré et par type de garantie 100% du montant des engagements nés du prêt assuré.

Si le capital initial assuré, mentionné au Certificat d'adhésion, est inférieur au montant effectif du prêt, le capital restant dû assuré en cas de Décès de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou le montant pris en charge en cas d'Incapacité (I.T.T./I.T.P.) ou d'Invalidité (I.P.T./I.P.P.), est limité à la quotité assurée.

ARTICLE 17 PLURALITÉS D'ASSURÉS AU TITRE D'UN MÊME CONTRAT DE PRÊT

En cas de décès simultané des Assurés, les prestations réglées correspondent au solde du capital restant dû à l'organisme prêteur (ou mentionné au certificat d'adhésion en cas de prêt in fine, relais, ligne de crédit ou autorisation de découvert) dans la limite des montants garantis et sans que le total des prestations puisse être supérieur au solde du capital restant dû.

En cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'un des Assurés dont la quotité assurée est de 100%, le capital restant dû est versé une seule fois, les autres Assurés cessant d'être garantis.

En cas d'incapacité (I.T.T./I.T.P.) ou d'invalidité (I.P.T./I.P.P.) simultanées des Assurés, les prestations réglées correspondent aux mensualités telles que mentionnées à l'échéancier (ou des intérêts dus pour les prêts in fine), affecté de la quotité assurée sur chaque tête, et ne saurait excéder au cumul entre les Assurés et, pendant toute la période garantie, 100 % des échéances du prêt.

Dans tous les cas, le montant des prestations réglées à l'organisme prêteur ou au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur les conditions particulières ne peut être supérieur au montant du capital restant dû. Le solde éventuel est versé au(x) bénéficiaire(s) désignés ou à défaut aux ayants droit de L'Assuré par parts égales.

ARTICLE 18 PLURALITÉS D'ASSURANCES AU TITRE D'UN MÊME CONTRAT DE PRÊT

En cas d'existence de contrats d'assurance souscrits auprès d'une autre compagnie d'assurance sur le ou les prêts assurés au titre du présent contrat, l'intervention de l'Assureur se limitera à compléter les garanties souscrites par ailleurs sur ce même prêt à concurrence de 100%.

ARTICLE 19 RÈGLE SPÉCIFIQUE 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 prêteur et se substitue aux emprunteurs pour le règlement des échéances du prêt concerné.

ARTICLE 20 DURÉE MAXIMALE D'ASSURANCE

La durée maximale d'assurance est de 420 mois sauf dérogation expresse de l'Assureur (hors prêt modulables, variables ou révisables : +/- 5 ans).

COTISATIONS ET GESTION DE L'ADHÉSION

ARTICLE 21 CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS – PAIEMENT DES COTISATIONS – EXONÉRATION DES COTISATIONS

21.1 - BASE DE CALCUL DES COTISATIONS

Les garanties du Contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation annuelle calculée suivant l'âge à l'adhésion de L'Assuré, les déclarations de l'Adhérent à l'adhésion et le tarif en vigueur appliqué au capital assuré mentionné au certificat d'adhésion pour les lignes de Crédit – Autorisations de Découvert, ou au capital restant dû tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel joint au Certificat d'adhésion pour les autres prêts. Il est précisé que les montants figurant sur cet échéancier correspondent à la moyenne des capitaux restant dus assurés entre le paiement de deux fractions de cotisations.

IRRÉVOCABILITÉ DES PRIMES :

Le montant de la cotisation est déterminé à l'Adhésion. **Ces taux de cotisations sont irrévocables, quelle que soit l'évolution de la situation de L'Assuré (sauf cas de changement du taux des taxes applicables au présent contrat).**

Le montant figurant sur le Certificat d'Adhésion correspond à l'engagement maximum de l'Assureur avant toute dégressivité éventuelle.

21.2 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations, y compris les taxes en vigueur sont payables annuellement et d'avance au 1er janvier de chaque année, au lieu désigné par l'Association contractante dans les conditions prévues par le Code des assurances. Selon la périodicité demandée par l'Adhérent et acceptée par l'Assureur, les cotisations peuvent être payées, semestriellement au 1er janvier et au 1er juillet, trimestriellement au 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre ou mensuellement, moyennant en sus frais de fractionnement et d'encaissement correspondant. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels.

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.

21.3 - DÉFAUT DE PAIEMENT

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

A défaut du paiement de la cotisation dans les trente (30) jours de son échéance, l'Association, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent et à son dernier domicile connu, l'informer qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation entraîne son exclusion du contrat d'assurance groupe (article L.141-3 du code des assurances). * Une copie de cette mise en demeure sera adressée par l'Assureur à l'éventuel bénéficiaire acceptant.

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 de l'adhésion.

Les cotisations échues restent acquises à l'Assureur.

*En cas d'incident de paiement de l'Adhérent, l'Assureur accepte qu'un tiers puisse le cas échéant se substituer à lui pour le règlement des cotisations impayées.

21.4 - PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

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

21.5 - EXONÉRATION DE COTISATIONS

Pendant la période d'indemnisation en cas d'incapacité (I.T.T./I.T.P.) ou d'invalidité (I.P.T./I.P.P.), l'Adhérent bénéficie de l'exonération du paiement des cotisations relatives aux garanties incapacité et/ou invalidité ouvrant droit à l'indemnisation proportionnellement à la durée d'indemnisation, pour la fraction de cotisation relative à L'Assuré en état d'incapacité (I.T.T./I.T.P.) ou d'invalidité (I.P.T./I.P.P.).

ARTICLE 22 OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ OU DE SES AYANTS DROIT

22.1 - À L'ADHÉSION ET PENDANT LA VIE DU CONTRAT

Le candidat à l'Assurance s'engage à se soumettre aux formalités d'adhésion prévues à l'article 3.2 de la présente Notice et à s'acquitter de ses cotisations.

Il doit adresser à l'Association l'échéancier définitif dans les 120 jours qui suivent le déblocage des fonds ; à défaut, tout réajustement de garantie prendra effet à réception dudit échéancier.

Il appartient à l'Adhérent d'informer l'Association des événements suivants :

- Tout changement d'adresse ou de coordonnées bancaires dans les 30 jours à compter du changement ;
- Non déblocage des fonds. L'Adhérent doit en informer l'Assureur dans les 120 jours suivant la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion. A défaut la résiliation du contrat interviendra au jour de la réception du justificatif de non déblocage de l'organisme bancaire ;
- Toute modification relative au prêt, objet du contrat et à l'amortissement ou aux conditions de remboursement de son opération financière (renégociation, remboursement anticipé, allongement de la durée, etc.) ou à son engagement de remboursement, L'Adhérent dispose alors de 120 jours à compter de la modification pour adresser à l'Assureur le nouvel échéancier et la copie de tous les actes contractuels ou juridiques initiaux et ceux ayant pour objet une modification de ses

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

L'Adhérent peut à ce titre demander à tout moment la modification de ses garanties avec l'accord écrit préalable de l'organisme prêteur et de tout autre éventuel Bénéficiaire acceptant.

S'il s'agit d'une augmentation de capital, de durée ou d'adhésion aux garanties facultatives, celle-ci est subordonnée à l'acceptation préalable de l'Assureur, et au résultat de la sélection médicale éventuellement demandée par l'Assureur.

Dans le cadre d'une modification du tableau d'amortissement hors prêt additionnel et hors renégociation de prêt où l'Emprunteur changerait de Banque, pour toute modification relative à un allongement de la durée du prêt inférieure ou égale à 10 % de la durée initiale et en tout état de cause d'une durée maximum de 24 mois et/ou pour toute modification relative au montant du prêt inférieure ou égale à 10 % et en tout état de cause inférieure ou égale à 50 000 euros du montant du capital restant, aucune sélection médicale ne sera demandée.

Dans le cadre de prêts à taux variables, révisables ou modulables, dès lors qu'ils ont été déclarés à la souscription du contrat ou notifiés sur l'offre de prêt, le prolongement est autorisé dans la limite de 5 ans et ce, sans formalités médicales.

Les modifications qui n'auraient pas été déclarées à l'Assureur dans le délai prévu et qui entraînent au titre des garanties accordées un engagement supplémentaire pour l'Assureur ne lui sera pas opposable et aucun remboursement de cotisation ne sera dû si lesdites modifications devaient occasionner une diminution du risque à assurer.

IRREVOCABILITE DES GARANTIES :

En revanche, les changements intervenus dans la situation de L' Assuré en cours de contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

22.2 - EN CAS DE DÉCÈS

LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DEVRA (ONT) TRANSMETTRE UNE DEMANDE DE VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES SUIVANTES :

L'ORIGINAL DU CERTIFICAT D'ADHÉSION ET DE SES AVENANTS LE CAS ÉCHÉANT ;

UN ACTE ORIGINAL DE DÉCÈS DE L' ASSURÉ ;

PROCÈS - VERBAL DE POLICE OU DE GENDARMERIE S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT ;

SOUS PLI CONFIDENTIEL, À L' ATTENTION DU « MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR », ET SUR LE MODÈLE FOURNI PAR L'ASSUREUR, UN QUESTIONNAIRE MÉDICAL REMPLI PAR LE MÉDECIN TRAITANT DE L' ASSURÉ OU, À DÉFAUT, LE MÉDECIN AYANT CONSTATÉ LE DÉCÈS ET INDIQUANT NOTAMMENT LA CAUSE DU DÉCÈS ;

UNE ATTESTATION DE L'ORGANISME PRÊTEUR DÉTAILLANT LE CAPITAL RESTANT DÛ AU JOUR DU DÉCÈS ;

UN CERTIFICAT DE VIE DU (DES) BÉNÉFICIAIRE(S) ;

TOUTES AUTRES PIÈCES JUGÉES UTILES PAR L'ASSUREUR.

22.3 - EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE

L' ASSURÉ DEVRA TRANSMETTRE DANS UN DÉLAI DE QUATRE MOIS LES PIÈCES SUIVANTES :

UNE DÉCLARATION D'ARRÊT DE TRAVAIL SIGNÉE PAR LUI ;

SOUS PLI CONFIDENTIEL AU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR, UN QUESTIONNAIRE MÉDICAL, SUR LE MODÈLE FOURNI PAR L'ASSUREUR, 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 : COPIES DES FEUILLES D'ARRÊT MALADIE OU ACCIDENT, ET S'IL EST SALARIÉ, LES DÉCOMPTES DE PRESTATIONS EN NATURE VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE ;

LE CERTIFICAT DE REPRISE Y COMPRIS À TEMPS PARTIEL : LE DOCUMENT DE L'ORGANISME PRÊTEUR JUSTIFIANT DES ÉCHÉANCES ;

TOUTES AUTRES PIÈCES JUGÉES UTILES PAR L'ASSUREUR.

EN L'ABSENCE DE TRANSMISSION DES DOCUMENTS SOLlicitÉS PAR L'ASSUREUR, LA PRISE EN CHARGE NE POURRA ÊTRE ACCORDÉE OU MAINTENUE.

22.4 - EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE, DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

L' ASSURÉ DEVRA TRANSMETTRE DANS UN DÉLAI DE QUATRE MOIS UNE DEMANDE DE VERSEMENT DU CAPITAL RESTANT DÛ ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES SUIVANTES :

L'ORIGINAL DU CERTIFICAT D'ADHÉSION ET DE SES AVENANTS LE CAS ÉCHÉANT ;

SOUS PLI CONFIDENTIEL, À L'ATTENTION DU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR, UN QUESTIONNAIRE MÉDICAL, SUR LE MODÈLE FOURNI PAR L'ASSUREUR, ÉTABLI PAR SON MÉDECIN TRAITANT PRÉCISANT LA NATURE DES BLESSURES OU DE LA MALADIE, LEURS SÉQUELLES PERMANENTES ET LA DATE DE CONSOLIDATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ;

UNE ATTESTATION DE L'ORGANISME PRÊTEUR DÉTAILLANT LE CAPITAL RESTANT DÛ AU JOUR DE LA CONSOLIDATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ;

TOUTES AUTRES PIÈCES JUGÉES UTILES PAR L'ASSUREUR.

22.5. RÈGLES COMMUNES AUX ARTICLES 23.2, 23.3 ET 23.4

DANS TOUS LES CAS, L'ASSUREUR SE RÉSERVE LE DROIT DE RÉCLAMER TOUT JUSTIFICATIF SUPPLÉMENTAIRE Y COMPRIS D'ORDRE MÉDICAL ET DE FAIRE PROCÉDER À TOUTE EXPERTISE MÉDICALE QU'IL JUGE NÉCESSAIRE POUR PRENDRE UNE DÉCISION SUR LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE OU LE MAINTIEN DES PRESTATIONS.

EN L'ABSENCE DE TRANSMISSION DES DOCUMENTS SOLlicitÉS PAR L'ASSUREUR, LA PRISE EN CHARGE NE POURRA ÊTRE ACCORDÉE.

TOUTE RÉTICENCE OU DÉCLARATION INTENTIONNELLEMENT FAUSSE DE LA PART DE L' ASSURÉ OU DE SES AYANTS DROIT, DE MÊME QUE LA PRODUCTION DE DOCUMENTS INEXACTS OU MENSONGERS QUANT À LA DATE, AUX CIRCONSTANCES

OU AUX CONSÉQUENCES DU SINISTRE, ENTRAÎNENT LA DÉCHÉANCE DE TOUT DROIT À INDEMNITÉ POUR LE SINISTRE EN CAUSE.

PAR AILLEURS, SI L' ASSURÉ NE TRANSMET PAS DANS LE DÉLAI DE QUATRE MOIS PRÉVU, LES DOCUMENTS SOLlicitÉS, L'ASSUREUR SE RÉSERVE LE DROIT, EN RAISON DU DOMMAGE LIÉ À SON IMPOSSIBILITÉ DE CONTRÔLER L'ÉTAT D'INVALIDITÉ, DE FIXER LA DATE DE LA RECONNAISSANCE DE L'ÉTAT D'INCAPACITÉ (I.T.T./I.T.P.) OU D'INVALIDITÉ (I.P.T./I.P.P.) AU JOUR DE SA DÉCLARATION À L'ASSUREUR, DANS LA LIMITE DE LA LOI.

LE NON-RESPECT DES DISPOSITIONS DU PRÉSENT ARTICLE 23 ENTRAÎNE LA DÉCHÉANCE DU DROIT À GARANTIE.

ARTICLE 23 EXPERTISE ET CONTRÔLE

23.1 - LE CONTRÔLE

L' Assureur peut, à tout moment, demander à L' Assuré de se soumettre à une expertise médicale effectué par un médecin indépendant désigné par l'Assureur afin de constater la gravité de son état de santé.

A défaut de se soumettre à cet examen, l'Assureur refusera ou cessera toutes prestations.

Lors d'une expertise médicale, L' Assuré a la possibilité de se faire assister par le médecin de son choix, étant entendu que les frais ou honoraires facturés à cette occasion, resteront à la charge de L' Assuré.

23.2 - L'ARBITRAGE MÉDICAL

En cas de désaccord entre l'Assureur et L' Assuré (ou en cas de Décès, avec les héritiers de L' Assuré), chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces deux médecins, ceux-ci s'en adjoignent par voie amiable ou judiciaire, un troisième pour les départager. Les honoraires et frais relatifs à l'intervention de chacun des deux premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné. Ceux concernant le troisième médecin sont supportés par moitié par les deux parties.

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions du médecin désigné, sont notifiées à L' Assuré par courrier.

ARTICLE 24 OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

24.1 - À L'ADHÉSION

L' Assureur s'engage à faire connaître sa décision au plus tard dans les 15 jours suivant la réception de la demande d'adhésion ou des éléments d'informations complémentaires qu'il a pu demander.

24.2 - EN CAS DE SINISTRE

En cas de décès ou de reconnaissance d'un état de santé de L' Assuré ouvrant droit aux prestations conformément à l'ensemble des modalités du présent contrat, l'Assureur s'engage à régler :

Le capital restant dû au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans les 30 jours suivant la réception du dossier complet ;

Les échéances dues au titre des garanties incapacité (I.T.T./I.T.P.) et invalidité (I.P.T./I.P.P.) dans les 15 jours suivant la réception du dossier complet et par la suite aux échéances concernées.

ARTICLE 25 PRESCRIPTIONS APPLICABLES AUX GARANTIES

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

Article L.114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration 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 26 RENONCIATION

En cas de démarchage, conformément à l'article L 112-9 I du code des assurances « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

L'Adhérent dispose également d'un droit de renonciation en cas de commercialisation à distance du contrat d'assurance conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances dans un délai de 14 jours à compter de la date de conclusion de l'assurance.

Par dérogation aux dispositions du 1^{er} paragraphe et du 2^{ème} paragraphe du présent article 27, le délai de renonciation est porté, dans les cas visés par ces deux paragraphes, à 30 jours.

Par ailleurs, l'Adhérent peut, dans tous les cas (qu'il s'agisse ou non de l'un des cas visés au 1^{er} ou 2^{ème} paragraphe du présent article 27), renoncer à son adhésion au contrat dans un délai de 30 jours à compter soit de l'émission du certificat d'adhésion, soit à la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties).

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

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

« Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le....., demeurant....., déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance n° 4057.

Fait à....., le [signature] »

ARTICLE 27 INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière 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. 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 (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

ARTICLE 28 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.

ARTICLE 29 DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

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 30 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 31 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX 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 32 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

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 :

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

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, 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.

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 UGIP Assurances.

ARTICLE 33 LANGUE, ATTRIBUTION DE JURIDICTION, LITIGE

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.

ARTICLE 34 CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle du Contrat est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), **4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.**