

souscrit par l'UNION GENERALE INTER-PROFESSIONNELLE - UGIP « la Contractante » (Association régie par la loi du 1er juillet 1901 – Déclaration Préfecture de Paris n°74-1389 – 73-75 rue Brillât Savarin 75013 Paris) auprès de GENERALI VIE « l'Assureur » (Entreprise régie par le Code des Assurances, S.A au capital de 332 321 184 euros, inscrite au RCS Paris sous le n°602 062 481 – 2 rue Pillet Will – 75009 PARIS, Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026).

- CONDITIONS D'ADHÉSION, GARANTIES ET COTISATIONS
 - COUT DES GARANTIES
 - QUEL EST LE CONTENU DES GARANTIES ?
 - DÉTAIL DES MODALITÉS D'ADHÉSION
 - POINT DE DÉPART ET EXPIRATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS
- DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ARBITRAGE MEDICAL
 - MEDIATION
 - AUTORITE DE CONTRÔLE
 - INFORMATIQUE ET LIBERTES – GESTION DES DONNEES PERSONNELLES.

CONDITIONS D'ADHÉSION, GARANTIES ET COTISATIONS

Qui peut-être assuré ?

Toutes les personnes physiques âgées, lors de leur demande d'adhésion, de plus de 18 ans et de moins de 85 ans (âge exact) pour la garantie Décès, de plus de 18 ans et de moins de 67 ans (âge exact) pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) et de moins de 60 ans (âge exact) pour la garantie Perte d'Emploi, emprunteur, co-emprunteur, caution de prêts consentis par la contractante peuvent demander à adhérer au présent contrat.

Les assurés, quelle que soit la ou les garanties souscrites, seront garantis dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance de ce(s) prêt(s) sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- Reconnaître adhérer à l'association contractante (UGIP),
- Reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- Compléter la demande d'adhésion et le(s) questionnaire(s) de santé (excepté pour l'option AERAS crédit à la consommation),
- Se soumettre aux formalités d'adhésion et médicales complémentaires éventuellement demandées par l'Assureur en raison notamment de son âge, du montant déjà assuré et à assurer ou encore de son état de santé, (*)
- Exercer, lors de son adhésion, une activité professionnelle rémunérée pour souscrire les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T., I.P.P. et Perte d'Emploi.

(*) Si la personne à assurer ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou qu'elle en refuse les conditions proposées par l'Assureur, les honoraires pouvant en découler resteront, sauf dérogation, à sa seule charge.

Caution de personnes physiques : Elle doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire et avoir rempli ses obligations de caution depuis plus de 6 mois à la date de survenance du risque Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale pour demander le bénéfice des garanties.

DÉCISION DE L'ASSUREUR :

UGIP ASSURANCES par délégation de l'Assureur, à réception de la demande d'adhésion, fait connaître sa décision dans les plus brefs délais.

Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

Dans ce cas, UGIP ASSURANCES fait connaître sa décision par courrier à la personne à assurer.

La décision ne sera définitive pour les acceptations avec surprimes et/ou exclusions, qu'à réception par UGIP Assurances de l'accord de la personne à assurer sur ses conditions d'acceptation particulières.

Conditions d'adhésion applicables à toutes les garanties (sauf dérogation de l'assureur) :

■ Être résident de :

- L'Union Européenne (y compris dans les départements et Collectivités d'Outre-Mer), de la Suisse, de Monaco,

Ou

- L'Amérique du Nord, le Japon, la République de Singapour, Hong Kong, l'Inde, la Chine (pour ces résidents, seules les garanties Décès et P.T.I.A. pourront être mises en place).

■ Avoir contracté un emprunt libellé en euros (en franc pacifique ou en devise sous réserve des précisions mentionnées au paragraphe « REMARQUES » ci-après) auprès d'un établissement financier prêteur situé en France, Monaco ou dans les Départements et Collectivités d'Outre Mer.

L'organisme prêteur et l'Assureur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé).

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES :

Augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance : il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant

de l'échéance et de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- La durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
- La nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 420 mois,
- Le prêt est amortissable.

Cette augmentation de durée ne pourra dépasser les dispositions prévues dans le paragraphe « **Quand les prestations et les garanties cessent-elles ?** »

Augmentation du capital garanti : Dans le cas d'une augmentation du capital garanti à l'origine, pour l'un des motifs suivants :

- Erreur à l'origine sur la demande d'adhésion,
- Réaménagement du prêt (divorce...).

Et si la modification est inférieure à 10% du montant emprunté à l'origine limitée à 10000€ (DIX MILLE Euro), si l'adhésion d'origine avait été acceptée par l'Assureur sans restriction et sans surprime, l'Assureur maintient les garanties sans qu'il soit nécessaire de lui adresser une nouvelle demande d'adhésion.

UGIP ASSURANCES doit cependant être informé par l'assuré de la modification de la durée du prêt ou du montant de l'augmentation du capital garanti au moment de la modification. A défaut, l'assuré ne bénéficiera pas du maintien des garanties au-delà des garanties et conditions accordées figurant dans le certificat d'adhésion.

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ :

L'assuré doit adresser à UGIP ASSURANCES le tableau d'amortissement définitif dans les 120 jours qui suivent le déblocage des fonds ; à défaut, tout réajustement de garantie prendra effet à réception dudit tableau d'amortissement.

Il appartient à l'Assuré d'informer UGIP ASSURANCES des événements suivants :

- Tout changement d'adresse ou de coordonnées bancaires dans les 30 jours à compter du changement,
- Non déblocage des fonds. L'Assuré 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.

Pour toute modification relative au(x) prêt(s) (remboursement anticipé partiel ou total du prêt/ Renégociation ou rachat de prêt/Désolidarisation/Report ou suspension d'échéances/Clauses de variabilité ou de modularité du prêt), L'Assuré dispose alors de 120 jours pour adresser à UGIP ASSURANCES le nouveau tableau d'amortissement 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'OPTION AERAS POUR LES CRÉDITS À LA CONSOMMATION AFFECTÉS OU DÉDIÉS

Les proposant à l'assurance peuvent demander la garantie DECES (sans sélection médicale) dans le cadre des crédits à la consommation affectés ou dédiés, moyennant les conditions cumulatives suivantes :

- Le proposant à l'assurance est âgé de **50 ans au plus** (âge exact à l'adhésion),
- Le montant cumulé des crédits à la consommation affectés ou dédiés (y compris le crédit à garantir par le présent contrat), assortis d'une dispense de formalité médicale d'adhésion, tout organisme financier confondu, consentis au proposant à l'assurance **ne dépasse pas 17.000 euros**,
- Le crédit à garantir est d'une **durée inférieure ou égale à 48 mois**.

Quelles sont les caractéristiques des crédits ?

Sauf dérogation de l'assureur :

Les prêts relais d'un montant maximum fixé à 3 000 000 € (TROIS MILLIONS Euro), d'une durée limitée à 36 mois.

Les prêts in fine accordés aux particuliers d'une durée limitée à 20 ans, d'un montant maximum fixé à 3 000 000 d'€ (TROIS MILLIONS Euro).

Les prêts immobiliers amortissables d'une durée limitée à 30 ans, d'un montant maximum fixé à 3 000 000 d'€ (TROIS MILLIONS d'€). Ces prêts peuvent comporter un différé d'amortissement total ou partiel d'une durée limitée à 36 mois.

Les prêts professionnels d'une durée limitée à 30 ans d'un montant maximum fixé à 3 000 000 € (TROIS MILLIONS d'Euro), amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec ou sans différé et avec déblocages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.

Les prêts à la consommation d'une durée limitée à 10 ans, amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, d'un montant maximum fixé à 75.000 € (SOIXANTE-QUINZE MILLE Euro).

Pour les crédits consentis en devises, le risque de change de ces prêts restera à la charge du client. Le capital assuré à la souscription correspondra au capital restant dû, fixé selon le tableau d'amortissement déterminé en contre-valeur en euros fixé une fois pour toute à l'origine du prêt.

REMARQUES :

Prêts libellés en devises : l'assurance des prêts accordés en devises par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers, est possible sous réserve :

- Que le prêt réponde à l'ensemble des conditions et limites fixées au sein de la présente notice d'information,
- Que lors de l'adhésion au contrat, le montant du prêt et le tableau d'amortissement correspondant, soient convertis en euros selon le barème contre-valeur en vigueur à cette date, permettant de déterminer le prix de vente de la devise considérée,
- Que les cotisations et les prestations soient exprimées en euros en fonction de ce même barème contre-valeur, permettant de déterminer le prix de vente de la devise considérée.

Le barème de conversion de la devise considérée, retenu au moment de l'adhésion au contrat d'assurance, **reste valable pendant toute la durée du prêt** et ce, même en cas de modification en cours d'assurance impliquant une actualisation du tableau d'amortissement (tel que le remboursement anticipé partiel du prêt). **L'attention de l'Assuré et de l'emprunteur est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'Assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.**

L'assureur accepte les assurances sur prêt en cours dans les conditions suivantes (sauf dérogation) :

- La durée restante du prêt au moment de l'adhésion doit être au minimum de 6 ans,

Quels sont les risques que peut garantir ce contrat ?

Les risques cités ci-dessous sont susceptibles d'être garantis :

- **Le Décès,**
- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) :** Invalidité physique ou intellectuelle rendant l'Assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie,
- **L'Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T) :** État médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice de son activité procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles*, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre),
- **L'Incapacité Temporaire Partielle de Travail (I.T.P) :** En cas de reprise à mi-temps thérapeutique pour raison médicale faisant suite à une Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'Assureur règle 50 % de la prestation,
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) :** Persistance d'une incapacité à exercer son activité professionnelle (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles*, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles. L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après,
- **L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) :** Persistance d'une incapacité à exercer tout ou parti de son activité professionnelle (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles*, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles. L'I.P.P. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 %, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.

*Par occupations habituelles, on entend tous les actes courants de la vie quotidienne, tels que la gestion des affaires familiales et personnelles, les travaux domestiques, de bricolage ou de jardinage.

- **La perte d'emploi :** La perte d'emploi est garantie si l'assuré est salarié en contrat de travail à durée indéterminée et s'il a été licencié.

Options proposées (selon le type de prêt souscrit) :

- **Option 1 :** DC/PTIA.
- **Option 2 :** DC/PTIA + IPT/IPP/ITT/ITP (Franchise de 60 jours absolue).
- **Option 3 :** DC/PTIA + IPT/IPP/ITT/ITP (Franchise de 90 jours absolue).
- **Option 4 :** DC/PTIA + IPT/IPP/ITT/ITP (Franchise de 180 jours absolue).

Options supplémentaires :

- RACHAT DOS/ PSY
- PERTE D'EMPLOI (Franchise de 90 jours absolue).

L'Assureur se réserve le droit d'apprécier médicalement la réalisation de ces risques, les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à lui, notamment en matière de taux d'invalidité.

Cas particuliers :

Pour les prêts assortis d'une période de différé total : Pendant la période de différé total, les adhérents sont garantis pour les seuls risques de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

CONVENTION AÉRAS

Garantie Invalidité Spécifique

Conformément aux dispositions de la convention AÉRAS, une Garantie Invalidité Spécifique est proposée sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle ou Totale ont été refusées pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie. De même une demande de couverture en Décès / PTIA qui ferait l'objet à ce titre d'une exclusion n'ouvre pas droit à cette garantie.

La Garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré (e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à la retraite et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé pour longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70% apprécié par le médecin conseil de l'assureur après expertise médicale auprès d'un médecin agréé par la compagnie, suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

Tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus et que l'assuré n'a pas fait valoir ses droits à la retraite, et au plus tard jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il atteint ses 65 ans, afin d'accélérer les règlements, l'assureur verse au prêteur les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sous forme de mensualités, égales et échelonnées. Ne sont réglées par l'assureur que les mensualités entières dans la limite de la quotité assurée.

Retrouvez toutes les informations sur la convention AÉRAS sur le site www.aeras-infos.fr

Quel est le montant des capitaux assurables ?

Le total des capitaux assurés et à assurer dans ce contrat pour une même personne au titre des prêts, ne peut excéder :

- **3 000 000 € (TROIS MILLIONS d'Euro)**, sauf dérogation acceptée par l'Assureur.

Le total des capitaux assurés et à assurer se définit, au jour de la demande d'adhésion, comme la somme des capitaux restant dus et assurés sur la seule tête du demandeur au titre des prêts en cours et des capitaux à assurer au titre de la présente demande, sur la seule tête du demandeur pour la quotité retenue pour l'assurance du (ou des) prêt(s).

Capital Assuré :

A partir des éléments figurant sur la demande d'adhésion ainsi que ceux détenus par l'assureur, si le proposant est déjà assuré auprès de celui-ci, il est défini un capital total à assurer permettant de déterminer les formalités d'admission à accomplir par le postulant.

Si lors de l'adhésion l'assureur constate que l'assuré dispose d'un encours déjà assuré non déclaré sur la demande d'adhésion, il se réserve le droit de demander à celui-ci de fournir les formalités médicales prévues par le contrat pour le montant du capital total assuré.

COTISATIONS - EXONÉRATION

Le taux de cotisation est communiqué lors de l'adhésion au contrat.

Ce taux de cotisation est irrévocable, quelle que soit l'évolution de la situation de l'Assuré (sauf cas de changement d'actes de taxes applicables au présent contrat).

Les garanties définies ci-dessus sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle en pourcentage du capital initial.

Comment sont payées les cotisations et les surprimes ?

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties définie ci-après. **Un complément de cotisation sur la totalité du capital emprunté, dans la limite de la quotité assurée, sera dû entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de première échéance.** Elles seront réglées à la contractante par l'assuré, soit mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels.

À défaut du paiement d'une cotisation, l'adhésion au contrat sera résiliée suivant les modalités indiquées par le Code des Assurances (article L113-3, dans les formes et délais prévus par celui-ci. Il sera adressé, tant au bénéficiaire qu'à l'adhérent, une lettre recommandée valant mise en demeure. Les cotisations échues restent acquises à l'Assureur.

Encas d'incident de paiement de l'adhérent, l'assuré, le bénéficiaire ou l'organisme prêteur peut se substituer à lui pour le règlement des cotisations impayées

En cas de remboursement anticipé partiel, l'assiette retenue pour le calcul des cotisations devient le montant du capital restant dû à la date du remboursement anticipé partiel.

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 indemnisation.

Cette exonération est proportionnelle à la durée d'indemnisation.

Participation aux bénéfices

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

QUEL EST LE CONTENU DES GARANTIES ?

BÉNÉFICIAIRES :

- **EN CAS DE DÉCÈS :** l'organisme prêteur est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues, étant précisé qu'en cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf désignation particulière indiquée sur la demande.

Si toutefois le bénéficiaire des prestations en cas de décès n'était pas l'organisme prêteur, l'Assuré devra préciser sur la demande d'adhésion ou sur papier libre, la clause bénéficiaire spécifique à retenir.

- **EN CAS DE P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. ET P.E. :** L'organisme prêteur ou l'assuré est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées à l'Assuré lui-même.

GARANTIE DE BASE : DÉCÈS ET P.T.I.A.

Le principe : En cas de décès ou de P.T.I.A., l'Assureur prend en charge le montant du capital restant dû en principal dans la limite de la quotité assurée.

Cas particuliers :

- Avant tout déblocage du prêt consenti :

- Sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur, l'Assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme aux bénéficiaires autres que l'organisme prêteur.

- En cours de déblocage échelonné du prêt :

L'Assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme :

- À l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'emprunteur et restant dues en principal,
- Et à l'autre (aux autres) bénéficiaire(s) désigné(s) à concurrence des sommes non débloquées.

- Après déblocage de la totalité du prêt : le montant du capital restant dû en principal dans la limite de la quotité assurée : les sommes sont destinées au prêteur.

Dans le cas de prêts avec différé total ou partiel de paiement des intérêts, les intérêts dus, reportés et capitalisés au jour du Décès ou de la P.T.I.A., sont pris en charge par l'Assureur.

La mensualité échue le jour même du Décès ou de la P.T.I.A. est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.

En cas de Décès ou de P.T.I.A. simultanément(e) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même financement, le montant total réglé n'excède pas, selon les cas, le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes.

Les bénéficiaires autres que le prêteur sont par ordre de priorité en cas de P.T.I.A., l'Assuré lui-même, en cas de Décès, le conjoint, à défaut les enfants nés ou à naître, à défaut les ayants droit sauf désignation particulière faite par l'Assuré.

GARANTIES FACULTATIVES :

Ces garanties sont optionnelles. Elles ne peuvent être souscrites qu'en complément de l'assurance Décès/P.T.I.A. Elles ne peuvent être souscrites que si le proposant exerce une activité professionnelle lors de son adhésion (sauf dérogation de l'Assureur).

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Incapacité Temporaire Partielle, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle sont indissociables.

Si le postulant choisit ces garanties, le contenu des garanties est le suivant :

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice de son activité procurant gain ou profit à l'Assuré), l'Assureur règle au prêteur le montant des mensualités venant à échéance à compter du **61^{ème}** ou **91^{ème}** ou **181^{ème}** jour continu d'incapacité dans la limite de la quotité assurée selon l'option choisie lors de l'adhésion par l'assuré.

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.

Afin d'accélérer les règlements par l'Assureur, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

Un prorata d'entrée sera appliqué à compter de la date de prise en charge jusqu'à la veille de la date d'échéance. De même, un prorata de sortie sera appliqué entre la date d'échéance et la date de reprise de travail.

Rechutes : Toute reprise de travail d'une durée inférieure ou égale à **120 jours** donne lieu à une simple suspension du service des prestations et sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de **60, 90 ou 180 jours en fonction de l'option choisie par l'assuré lors de son adhésion**, avant prise en charge des échéances dans la limite de la quotité assurée.

A tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'Assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

Incapacité Temporaire Partielle de Travail :

En cas d'Incapacité Temporaire Partielle de Travail (reprise d'une activité à mi-temps thérapeutique faisant suite à une Incapacité Temporaire Totale de Travail), l'Assureur règle au prêteur **50 %** de la prestation ITT dans la limite de la quotité assurée. Seuls donneront lieu à indemnisation les états d'Incapacité Temporaire Partielle faisant suite à une période indemnisée d'Incapacité Temporaire Totale.

La durée maximale de prise en charge par l'Assureur, pour une même I.T.P., est limitée à 180 jours continus.

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

Il s'agit de la persistance d'une incapacité de travailler ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, la consolidation étant le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'Assuré, et au plus tard trois ans après le début de son incapacité de travail, l'Assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'Assuré sur la base du tableau ci-après.

Les taux sont déterminés par voie d'expertise :

- Le taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle par référence au guide barème "Les séquelles traumatiques" Évaluation médico-légale des incapacités permanentes en droit commun. Édition Alexandre LACASSAGNE- LYON (le concours médical),
- Le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle apprécié en fonction de la profession de l'Assuré (ou d'un travail socialement équivalent pour les personnes sans activité) exercée au jour du sinistre.

En cas d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ne nécessitant pas l'assistance permanente d'une tierce personne, appréciée par l'Assureur à l'aide du tableau ci-après :

- **Dont le taux est égal ou supérieur à 66 % :** l'Assureur règle au prêteur le montant des mensualités venant à échéance à compter du **91^{ème}** jour continu d'invalidité, dans la limite de la quotité assurée, étant entendu que cette franchise ne sera applicable que si aucune prestation n'a été versée au titre des garanties Incapacités Temporaires. Si tel n'était pas le cas, la franchise précitée ne sera pas appliquée.
- **Dont le taux est inférieur à 66 % :** L'Assureur n'intervient pas pour cette garantie.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Il s'agit de la persistance d'une incapacité de travailler ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, la consolidation étant le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'Assuré, et au plus tard trois ans après le début de son incapacité de travail, l'Assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'Assuré sur la base du tableau ci-après.

Les taux sont déterminés par voie d'expertise :

- Le taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle par référence au guide barème "Les séquelles traumatiques" Évaluation médico-légale des incapacités permanentes en droit commun. Édition Alexandre LACASSAGNE- LYON (le concours médical).
- Le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle apprécié en fonction de la profession de l'Assuré (ou d'un travail socialement équivalent pour les personnes sans activité) exercée au jour du sinistre.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) appréciée par l'Assureur à l'aide du tableau ci-après :

- **Dont le taux est inférieur à 33 % :** l'Assureur n'intervient pas,
- **Dont le taux est compris entre 33 % et 66 % :** la prise en charge des échéances est réduite proportionnellement au taux d'invalidité dans le rapport N-33/33 (N étant le taux d'invalidité), dans la limite de la quotité assurée,
- **Dont le taux est égal ou supérieur à 66 % :** l'Assureur intervient au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) dans la limite de la quotité assurée.

%	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE									
	TAUX I.P.	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10					29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20				31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94	
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,5	68,68	73,68	
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,4	73,99	79,37	
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34	
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79	
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83	
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55	
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00	

En cas d'incapacité et/ou d'invalidité affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt, le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des mensualités du remboursement de ce prêt.

En cas d'incapacité ou d'invalidité concernant les prêts relais ou in fine, l'indemnisation correspond à tout ou partie des intérêts dus pendant la période d'indemnisation.

Le calcul des intérêts à prendre en charge, dans la limite de la garantie et de la quotité souscrites, est effectué à partir du tableau d'amortissement annexé au certificat d'adhésion.

PERTE D'EMPLOI

Cette garantie est optionnelle. Elle ne peut être souscrite qu'en complément de l'assurance Décès/P.T.I.A./ Incapacité /Invalidité (souscription possible avec uniquement les garanties Décès/P.T.I.A.)

Elle ne peut être souscrite que si le proposant est âgé de moins de 60 ans et exerce une activité professionnelle rémunérée lors de son adhésion au titre d'un contrat à durée indéterminée depuis au moins 12 mois.

L'assuré bénéficie de droits à indemnisation à la fin d'un délai de carence de 180 jours à compter de la date de prise d'effet des garanties.

L'assuré ne peut bénéficier d'aucune prise en charge si la date de licenciement est située dans les 180 jours suivant la date d'effet des garanties.

L'Assureur règle 75% du montant des mensualités venant à échéance à compter du 91^{ème} jour de Perte d'emploi (débutant à la date de licenciement) dans la limite de la quotité assurée.

L'Assureur règle les prestations au prêteur.

Afin d'accélérer les règlements par l'Assureur, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

Ne sont réglées par l'Assureur que des mensualités entières (à hauteur de 75 % de la quotité assurée), à l'exclusion de tout prorata.

La durée maximale d'indemnisation est de 540 jours par évènement (ou sinistre)

Ne sont pas pris en compte :

- Les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'assuré moins de 6 mois avant la date d'envoi de la lettre de licenciement et pendant la période de perte d'emploi,
- Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le prêteur.

En cas d'incapacité, d'invalidité ou de perte d'emploi affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt, **le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des mensualités du remboursement de ce prêt.**

Cas particulier :

Prêts avec différé :

- Aucune prestation n'est due pendant la période de différé d'amortissement et d'intérêts,
- Pendant la période de différé d'amortissement mais de paiement des intérêts, seules les échéances d'intérêts sont prises en charge.

Quelles sont les risques exclus ?

1) Sont exclus de la garantie prévue en cas de DÉCÈS

- L'assurance en cas de Décès est de nul effet si l'Assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année de son adhésion. Toutefois, le risque de suicide est garanti dès la souscription lorsque le contrat d'assurance de groupe garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré dans la limite du montant fixé par décret (120.000 Euros au 28 mars 2002),
- Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même,
- Les risques consécutifs à des acrobaties aériennes, exhibitions, tentatives de record, paris, participation à des défis, essais préparatoires qui les précèdent,
- Les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion (sauf si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou exclusion de garantie),
- Les risques consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome,
- Les risques consécutifs à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un röntgen par heure, de tous autres accidents dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle.

2) Sont exclus de la garantie prévue en cas de PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès,
- Les conséquences d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire,
- L'alcoolisme chronique, l'usage de drogue, l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement et leurs suites et conséquences avérées.

3) Sont exclus de la garantie prévue en cas d'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Les conséquences de la participation à des compétitions, courses, matches ou paris (sauf compétitions auxquelles l'Assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas d'utilisation d'un engin à moteur ou une arme) ou de toute pratique sportive professionnelle ou sous contrat avec rémunération,
- Les conséquences de rixes sauf cas de légitime défense, devoir professionnel ou assistance à personne en danger,
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère.

- **Les conséquences de la pratique des sports et activités suivantes (sauf en cas de pratique à titre occasionnel, encadrée par un professionnel habilité): sports aériens, plongée sous-marine avec appareil autonome, alpinisme de haute montagne,**
- **hockey sur glace, bobsleigh, sport de combat, spéléologie, kitesurf, skysurf.**

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

L'Assuré a la possibilité de demander le 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,**
- **Les dépressions nerveuses, qu'elles soient réactionnelles ou endogènes, sauf si l'Assuré a été hospitalisé pendant une période continue d'au moins 5 jours dans un établissement spécialisé,**
- **Les affections du rachis dorso-lombaire (lombalgies, sciatiques, lumbago, hernie discale) sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale avec une hospitalisation d'au moins 4 jours.**

OPTION RACHAT DOS ET PSY : Pour les personnes à assurer qui demandent l'option « rachat dos et psy » lors de leur adhésion au contrat, les exclusions des deux paragraphes ci-dessus pourront être supprimées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.

MATERNITÉ : La période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du Travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé.

4) Sont exclus de la garantie prévue en cas Perte d'Emploi

- **La retraite ou la pré-retraite, quel qu'en soit la cause y compris pour inaptitude au travail,**
- **La démission même prise en charge par Pôle Emploi ou par un organisme équivalent,**
- **Toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi,**
- **Le licenciement pour faute grave ou lourde,**
- **Les ruptures du contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci,**
- **La rupture conventionnelle,**
- **Le licenciement si l'assuré est salarié :**
 - **de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,**
 - **d'une personne morale emprunteur contrôlée ou dirigée par son conjoint, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.**

Voyages et séjours à l'étranger

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement à titre personnel, professionnel ou humanitaire.

Le risque de décès est couvert sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par un médecin agréé par une représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité de travail et Invalidité Permanente Partielle ou Totale sont couverts, sous réserve que la preuve en soit fournie au moyen de documents établis par un médecin agréé par une représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

L'Assureur pourra convoquer l'Assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DOM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'Assuré.

DÉTAIL DES MODALITÉS D'ADHÉSION

Quelles sont les modalités d'adhésion ?

Le demandeur après avoir pris connaissance de la présente notice, remplira avec soin la demande d'adhésion et se soumettra aux formalités demandées.

Procédure sécurisée

Si parmi les réponses données par le proposant au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont il souffre actuellement ou dont il a souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, il est formellement invité à transmettre le questionnaire de santé risque (sous pli cacheté dans l'enveloppe jointe au document d'adhésion, par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin Conseil d'UGIP ASSURANCES.

Comment l'Assureur fait-il connaître sa décision ?

Le gestionnaire du contrat fait connaître la décision de l'Assureur par l'envoi d'un certificat d'adhésion dans les plus brefs délais.

L'Assureur peut accepter de garantir tous les risques ou seulement l'un ou plusieurs d'entre eux avec éventuellement exclusion partielle et application de surprime à caractère médical, ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

Dans ce cas, le gestionnaire du contrat fait connaître la décision de l'Assureur par lettre simple au proposant. La décision ne sera définitive pour les acceptations avec surprimes ou exclusions qu'à réception par le gestionnaire du contrat de l'accord du client sur ses conditions d'acceptation.

Acceptation :

Lorsqu'elle est prononcée, l'acceptation du risque vaut pour toute la durée du crédit.

POINT DE DÉPART ET EXPIRATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Sous réserve du paiement de la prime et l'acceptation du risque, le point de départ de la garantie est fixé de la manière suivante :

Pour les proposant qui sont soumis à l'obligation de formalités médicales, les garanties prennent effet à compter de la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'emprunteur sous réserve :

- De la signature de la demande d'adhésion, de la fourniture du (des) questionnaire(s) de santé et des formalités médicales complémentaires le cas échéant,
- De l'acceptation de l'assureur,
- Du retour signé par l'assuré, en cas d'acceptation à des conditions particulières,
- Et de l'encaissement de la cotisation.

Pour les proposant qui ne sont pas soumis à l'obligation de formalités médicales, les garanties prennent effet à la dernière en date des acceptations de l'offre de prêt par l'emprunteur, sous réserve :

- De signature de la demande d'adhésion,
- De l'acceptation du risque par l'assureur ou par le gestionnaire du contrat, agissant sur délégation de l'Assureur.

Couverture provisoire en cas de décès par accident

Tant que l'assureur n'a pas accepté le risque : pendant une période de 60 jours à compter de la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'emprunteur, pour le risque de Décès d'origine accidentelle seulement et pour un montant maximal de 150 000 euros. Cette garantie cesse dès que l'assureur a notifié sa décision ou si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours, aux demandes de renseignements complémentaires de l'Assureur.

Le décès accidentel est celui qui est provoqué par une cause extérieure à l'Assuré, indépendante de sa volonté, fortuite et soudaine.

IRREVOCABILITE DES GARANTIES :

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées et qui sont maintenues pendant toute la durée de son adhésion, dans les conditions définies à la date de prise d'effet de celle-ci, sous réserve de l'encaissement de la cotisation et dans les limites prévues au Titre « Quand les prestations et les garanties cessent-elles ? »

Quand les prestations et les garanties cessent-elles ?

L'adhésion au contrat d'assurance ne peut être résiliée au cours du prêt par l'Assuré qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

Les garanties et les prestations cessent pour tous les risques (sauf dérogation de l'assureur) :

- À la date d'expiration du prêt,
- À la date de remboursement anticipé du prêt (sous réserve que la mainlevée de l'organisme prêteur soit adressée à **UGIP ASSURANCES** dans les 120 jours suivant le remboursement du prêt. A défaut, la résiliation sera effective à compter de la date de réception)
- À la date de déchéance du terme,
- Lorsque l'assuré atteint :
 - Son 85^{ème} anniversaire en ce qui concerne la garantie Décès,
 - Son 70^{ème} anniversaire pour la garantie P.T.I.A. en cas maladie et son 75^{ème} anniversaire en cas de P.T.I.A. par accident,
 - Son 67^{ème} anniversaire en ce qui concerne les garanties Incapacité Partielle et Temporaire de Travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, et Perte d'Emploi.
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions mentionnées à la rubrique « cotisations »,
- Après le règlement anticipé par suite de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Après le règlement du capital Décès ou après le règlement anticipé par suite de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie versé sur une autre tête assurée,
- **Dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal de la profession ou par anticipation quel qu'en soit le motif en ce qui concerne les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité Permanente Totale ou Partielle, sauf si la mise en préretraite ou retraite résulte de l'incapacité de travail et/ou d'une invalidité permanente partielle ou totale qui fait l'objet de la prise en charge par l'assureur et au plus tard le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré.**

IMPORTANT : Une fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, lors de la demande d'adhésion, entraîne les sanctions prévues par l'article L.113-8 du Code des Assurances qui stipule notamment :

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.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur devront avoir lieu en France, DOM COM ou Monaco.

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :

UGIP ASSURANCES – 73-75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS.

Prescription : Conformément aux articles L114-1 et L114-2 du code des assurances, toutes actions dérivant de l'adhésion au présent contrat sont prescrites dans le délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que le jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

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 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.

Ce délai de prescription est porté à 10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent. Toutefois les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'expert 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 réception adressé par l'Assureur à l'adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations et par l'Assuré ou le bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne les règles de prescription.

Dans le cas d'un décès survenant hors de la France Métropolitaine, d'un DOM COM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

Que faire en cas de Décès ?

Les documents suivants devront être adressés dans les meilleurs délais :

- Un acte de décès et si le décès est accidentel, l'extrait du procès verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé, à défaut le numéro de ce procès verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé, à défaut une coupure de presse,
- Un certificat médical post-mortem, sur l'imprimé établi par l'Assureur, précisant le genre de maladie ou d'accident auquel a succombé l'Assuré,
- Le tableau d'amortissement.

Éventuellement, il conviendra de communiquer toute information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Que faire en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ?

Les documents suivants devront être adressés dans les meilleurs délais :

- Une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- Un certificat médical, sur l'imprimé établi par l'Assureur, du médecin de l'Assuré,
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale (ou régime équivalent), si l'Assuré est assuré social,
- Le tableau d'amortissement.

Éventuellement, il conviendra de communiquer toute information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Que faire en cas de Perte d'Emploi ?

Au début de la perte d'emploi :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, dans un délai maximum de 180 jours sous peine de déchéance sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai est fixé à la date du licenciement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- Une copie de la lettre de licenciement,
- La lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivré par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé de l'état,
- Une copie de la demande d'adhésion,
- L'attestation de l'employeur (ou des employeurs) précédent(s) précisant :
 - La nature du contrat de travail au moment du licenciement,
 - Les natures, date de début et de fin, des contrats de travail depuis l'adhésion au contrat,

- Les bordereaux de paiement des prestations par le Pôle Emploi ou par tout autre organisme assimilé depuis l'origine,
- Le tableau d'amortissement.

Éventuellement, il conviendra de fournir toute autre information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Au cours de la période de perte d'emploi :

Devront être adressés :

- Les bordereaux de paiement des prestations par le Pôle Emploi ou par tout autre organisme assimilé, au fur et à mesure de leur délivrance.

Que faire en cas d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle ?

Au début de l'Incapacité ou de l'Invalidité :

La demande de mise en jeu des garanties devra être faite par écrit dans un délai de 120 jours. Le début de ce délai est fixé au premier jour de la survenance de l'accident ou en cas de maladie au jour de la première constatation par le médecin traitant.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- Une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- Un certificat médical sur l'imprimé établi par l'Assureur du médecin de l'Assuré,
- Les volets ou attestation de prestations de la Sécurité Sociale (ou régime équivalent) si l'adhérent est assuré social,
- Le tableau d'amortissement.

Éventuellement, il conviendra de fournir toute autre information ou pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

Au cours de l'incapacité ou de l'invalidité :

Devront être adressés :

- Les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'invalidité ou de l'incapacité,
- Les volets de la Sécurité Sociale (ou régime équivalent) attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'adhérent est assuré social.

A la fin de l'Incapacité :

Il est indispensable de remettre à l'Assureur un certificat de fin d'incapacité rempli par l'Assuré à l'aide d'un formulaire établi et fourni par l'Assureur lors de la première demande d'indemnisation. Cette remise permettra de déterminer les prestations en cas de rechute.

ARBITRAGE MÉDICAL

S'il y a désaccord sur l'état de santé ?

L'Assureur se réserve le droit de faire contrôler à tout moment l'état de santé de l'Assuré ainsi que, le cas échéant, la réalité de l'arrêt de travail, par toute personne

Si l'Assuré conteste par écrit, l'opinion de l'expert commis par l'Assureur, il recevra un formulaire de rapport d'expertise qu'il remettra au médecin de son choix pour faire effectuer à ses propres frais une contre-expertise.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des deux parties désignera un médecin ; en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation en sera faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chaque partie règlera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination seront supportés moitié par l'Assureur d'une part, et moitié par le (ou les) Assuré(s) d'autre part.

MÉDIATION

Lorsque l'Assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat ou en cas de réclamation, les assurés sont invités à prendre contact avec :

UGIP ASSURANCES – 73-75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Assureur, les assurés pourraient demander l'avis du Médiateur du GROUPE GENERALI dont les coordonnées leur seraient communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessous :

La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'Autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située **4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.**

DURÉE DE L'ADHÉSION - RÉSILIATION

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (échéance principale) par tacite reconduction.

Toutefois, l'Assuré est en droit de résilier son adhésion au présent contrat :

- Dans un délai de 12 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L 113-12-2 du Code des assurances) :

Pour ce faire, l'Assuré devra adresser à **UGIP ASSURANCES**

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

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par **UGIP ASSURANCES** pour le compte de l'Assureur de la décision d'acceptation de substitution de l'organisme prêteur ou à la date de

prise d'effet du contrat accepté, si cette date est postérieure.

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

- Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L 113-12 du Code des assurances).

Pour ce faire, l'Assuré devra adresser à **UGIP ASSURANCES** une lettre recommandée, accompagnée de la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur, au moins deux mois avant la date de renouvellement de son adhésion. Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation prendra alors effet à l'expiration de la période annuelle en cours.

Toute demande de résiliation devra être adressée à : **UGIP ASSURANCES – 73-75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS**

RENONCIATION A L'ASSURANCE

1/ DELAI DE RENONCIATION APPLICABLE QUELLES QUE SOIENT LES MODALITES DE DIFFUSION DU CONTRAT (ARTICLE L 132-5-1 DU CODE DES ASSURANCES) :

L'Assuré peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que son adhésion est conclue (selon les conditions d'acceptation, l'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion ou au plus tard à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Modèle de lettre type à adresser à **UGIP ASSURANCES**:

« *Nom et prénoms* : / *Adresse* : / *N° du contrat* :

Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément en vertu de l'article L 132-5-1 du code des assurances à mon adhésion au contrat d'assurance groupe emprunteur n°7322, signée

le auprès de M. (Indiquer le nom du conseiller).

Fait à, le

Signature : » NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles il définit la finalité.

UGIP Assurances en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels, nécessaires à la gestion des adhésions au contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- souscription
- émission des avenants en cours d'assurance
- encaissement et recouvrement des cotisations
- instruction et règlement des sinistres
- réclamations
- archivage

Les finalités et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

LES BASES JURIDIQUES	FINALITÉS DE TRAITEMENT
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis. • Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat • Recouvrement • Exercice des recours et application des conventions entre assureurs • Gestion des réclamations et contentieux • Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat • Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties • Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque • Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. • Respect des obligations légales, réglementaires et administratives.
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre la fraude. <p>Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat.</p>

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par le courtier. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou du courtier. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires, organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes dont nos délégataires de gestion, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
- Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- d'un droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.
- D'un droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité, aux adresses mentionnées au paragraphe «Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles».

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles :

- Pour le délégataire de gestion : UGIP Assurances - 73/75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS
- Pour l'assureur : Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr