



CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE A ADHÉSION FACULTATIVE EMPRUNTEUR N° 0139 FACL

Souscrit par UNION GENERALE INTER-PROFESSIONNELLE – UGIP
Association loi 1901 – Déclaration à la Préfecture de Police de PARIS N° 74-1389
Siège social : 2, rue Turgot 75009 PARIS
Services administratifs : 73-75 Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

Après de GENWORTH ASSURANCES

Nom commercial de : Financial Assurance Company Limited (FACL) et Financial Insurance Company Limited (FICL)

Financial Assurance Company Limited couvre le risque de décès, société d'assurance vie immatriculée au Royaume-Uni sous le numéro 4873014 et Financial Insurance Company Limited couvre les autres risques, société d'assurance dommages immatriculée au Royaume-Uni sous le numéro 1515187

Siège social : Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London, W4 5XR, Royaume-Uni

Siège des succursales françaises : Tour Franklin - TSA 73100 - 92919 Paris La Défense cedex

RCS Nanterre 479 311 979 (FACL) et 479 428 039 (FICL) - Entreprise régie par le Code des Assurances pour les contrats souscrits ou exécutés en France.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1

BASE JURIDIQUE DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance groupe à adhésion facultative est régi par le Code des Assurances. Il relève de la branche 20 (Vie-Décès), de la branche 1 (Accident) et de la branche 2 (Maladie) du Code des Assurances conformément à l'article R 321-1.

Les déclarations de l'Association et des ASSURÉS lui servent de base.

ARTICLE 2

DÉFINITIONS UTILES

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

Assuré : Personne physique ayant la qualité d'emprunteur, co-emprunteur ou 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. Il peut être différent de l'Adhèrent.

Âge de l'Assuré : Tant pour l'âge limite de l'adhésion que pour la cessation des garanties et le calcul des cotisations, l'âge de chaque Assuré est calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

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

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

Bénéficiaire : Personne physique ou morale désignée sur le certificat d'adhésion pour recevoir lors de la réalisation du risque couvert, les prestations prévues par le présent contrat. L'organisme prêteur est en principe 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'Adhèrent. Cette acceptation rend la désignation irrévocable et retire à l'Adhèrent la libre disposition de son 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 : Document, adressé à l'Assuré, définissant précisément les engagements pris entre les parties contractantes en fonction des choix exprimés par l'Adhèrent et l'Assuré sur la demande d'adhésion. Ce document complète et personnalise les conditions générales valant notice d'information qui ont été remises à l'Adhèrent et à l'Assuré et dont ils ont pris connaissance avant leur demande d'adhésion au contrat.

Conditions particulières : Document, adressé à l'Assuré, relatif à des conditions spéciales d'acceptation d'adhésion portant notamment sur l'exclusion de certains risques liés à l'état de santé, ajournement, exclusions de garanties, surprime et requérant l'accord écrit de l'Assuré sur les conditions particulières émises par l'Assureur. Ce document complète et personnalise les conditions générales valant notice d'information qui ont été remises à l'Assuré et dont il a pris connaissance avant sa demande d'adhésion au contrat et le certificat d'adhésion.

Contrat d'Assurance de l'Adhèrent – Assuré : Le contrat est constitué par l'ensemble des documents suivants :

- Demande d'adhésion au contrat ;
- Formalités médicales et financières ;
- Conditions générales valant notice d'information ;
- Certificat d'adhésion qui doit être signé par l'Assuré, l'Adhèrent, l'Assureur, et l'organisme prêteur Bénéficiaire acceptant ;
- Conditions particulières requérant l'accord de l'Assuré en cas d'acceptation de l'adhésion à des conditions spéciales.

Le contrat désigne l'ensemble des documents ci-dessus dont les stipulations forment la loi des parties contractantes.

Conditions générales valant notice d'information : Extrait du contrat d'assurance groupe signé entre le Souscripteur et l'Assureur qui précise les obligations mises à la charge des parties contractantes, à savoir, le Souscripteur, l'Assureur, l'Adhèrent, l'Assuré et le Bénéficiaire. Les conditions générales valant notice d'information sont rédigées par la société d'assurance qui énumère les principes généraux du contrat, indique les principales dispositions du Code des Assurances qui lui sont applicables. Les conditions générales valant notice d'information forment un fond contractuel commun à tous les Assurés.

ARTICLE 3

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'Assurance de Groupe a pour objet de garantir, postérieurement à la prise d'effet de l'assurance et avant le remboursement intégral du prêt et la cessation des garanties, l'Assuré emprunteur, co-emprunteur ou caution d'un prêt au titre des risques de :

- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- Incapacité Temporaire Totale de Travail ;
- Invalidité Permanente Totale ;

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur son certificat d'adhésion.

ARTICLE 4

VIE DU CONTRAT

L'assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion qui ne peut être antérieure à la date de signature de l'offre prêt, sous réserve :

- de la réception de l'accord écrit sur les conditions particulières d'acceptation de l'Assureur, le cas échéant ;
- de l'encaissement de la première cotisation d'assurance ;
- du déblocage des fonds du ou des prêts par l'organisme financier.

cette date ne pouvant en aucun cas être antérieure à la notification d'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 ne soient débloqués, l'assurance produira ses effets, sous réserve des exclusions précisées à l'article 18, si l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure et si le déblocage effectif des fonds intervient postérieurement au décès de l'Assuré.

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 renouvelée le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction pendant toute la durée du prêt assuré sauf exceptions relatives à la cessation des garanties stipulées à l'article 11 des présentes conditions générales valant notice d'information.

L'Assuré peut résilier son engagement, par lettre recommandée, 2 mois avant la date de renouvellement, accompagnée de l'accord du Bénéficiaire si ce dernier est un bénéficiaire acceptant. La dénonciation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré.

L'Assureur en informe systématiquement le Bénéficiaire acceptant et l'organisme prêteur par un courrier.

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

ARTICLE 5

PRESCRIPTIONS APPLICABLES AUX GARANTIES

Toute action dérivant de ce contrat se prescrit par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L 114-1 et 2 du Code des Assurances). La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurances sur la Vie lorsque le Bénéficiaire de la prestation est une personne distincte du contractant et dans les contrats d'assurances contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont des ayants droit de l'Assuré décédé.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, que du 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.

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

ARTICLE 6

ADMISSION A L'ASSURANCE

Les Membres de l'Association doivent résider en France continentale, dans les DROM (Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Réunion), les COM (Corse, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna) ou les POM (Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française).

Chaque Assurable 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 ;
- Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, son taux d'intérêt et son amortissement ;
- Pour la garantie DECES Toutes Causes (garantie obligatoire) : être âgé de moins de 79 ans lors de la demande d'adhésion ;
- Pour les garanties PTIA - Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale : être âgé de moins de 60 ans lors de la demande d'adhésion.

L'Adhèrent et l'Assuré (s'il s'agit d'une personne distincte) doivent répondre aux questions posées sur la demande d'adhésion, le questionnaire médical et se soumettre aux formalités 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.

L'ARTICLE L.113-8 - FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE :

« 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 DE MEURENT ALORS ACQUISES À L'ASSUREUR, QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES PRIMES ÉCHUES À TITRE DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS. »

Il doit procéder aux formalités médicales et fournir un complément d'informations d'ordre financier en fonction de son âge et du montant de la garantie demandée.

Une tarification différente est appliquée aux fumeurs et aux non-fumeurs. Peuvent bénéficier du tarif "non fumeur" les personnes pouvant certifier en signant la déclaration spéciale non fumeur figurant sur la demande d'adhésion, qu'elles n'ont pas fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 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.

L'Assureur se réserve le droit :

- de demander toutes justifications, visites ou examens complémentaires; s'il s'agit d'informations médicales, elles seront adressées sous pli confidentiel à son médecin-conseil;
- de proposer une majoration de cotisation, une limitation de garanties voire un refus, ce dernier étant notifié à l'Assuré par courrier. L'Assuré dispose alors d'un délai de 4 mois à compter de l'envoi de cette proposition pour accepter par écrit les nouvelles conditions d'assurance.

ARTICLE 7 CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS - LEUR PAIEMENT

7.1 - Base de calcul

Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation annuelle calculée suivant l'âge atteint (voir article 2) et le tarif en vigueur appliqué au capital restant dû assuré tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel joint au certificat d'adhésion.

Il est précisé que les montants figurant sur cet échéancier correspondent à la moyenne des capitaux restant dus assurés entre le paiement de 2 fractions de cotisations.

Le taux de cotisation TTC est appliqué au capital restant dû et varie chaque année en fonction de l'âge atteint de l'Assuré.

Pour la détermination du montant des cotisations, il faut entendre par « Capital restant dû » :

- PRÊTS SANS DIFFÉRÉ D'AMORTISSEMENT DE CAPITAL ET D'INTÉRÊTS : le capital restant dû tel qu'il figure au tableau d'amortissement.
- PRÊTS AVEC DIFFÉRÉ D'AMORTISSEMENT DE CAPITAL ET INTÉRÊTS : le capital restant dû, majoré des intérêts de différé, tel qu'il figure au tableau d'amortissement.
- PRÊTS IN FINE - LIGNE DE CRÉDIT - AUTORISATION DE DÉCOUVERT : le capital emprunté, le montant de la ligne de crédit ou de « autorisation de découvert ».

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

7.2 – Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes en vigueur sont payables annuellement et d'avance au 1^{er} 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'Assuré et acceptée par l'Assureur, les cotisations peuvent être payées, semestriellement au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet, trimestriellement au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre ou mensuellement, moyennant en sus frais de fractionnement et d'encaissement correspondant. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels.

Il appartient à l'Adhèrent de continuer à payer les cotisations d'assurance même s'il est pris en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail ou Invalidité Permanente totale.

La perception de cotisations, qui ne serait pas conforme à l'acceptation du risque ou qui serait effectuée hors acceptation du risque, ne pourrait en aucun cas être considérée comme valant couverture du risque, et n'aurait aucune conséquence de droit autre que le remboursement des sommes indûment perçues, même si celles-ci avaient été reversées à l'Assureur.

7.3 – 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 dix jours de son échéance, UGIP, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhèrent et à son dernier domicile connu, l'informer qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat (article L.141-3 du Code des Assurances).

Le défaut de paiement de la cotisation échue ainsi que les cotisations venues à échéance au cours de ce délai entraînera la résiliation de plein droit de l'adhésion.

Les cotisations échues restent acquises à l'Assureur.

7.4 – Participation aux bénéfices

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

ARTICLE 8 LIMITE DES GARANTIES

8.1 – Quotité de prêt assurée

La quotité de prêt assurée est égale au rapport entre le capital assuré mentionné au certificat d'assurance et le montant du prêt.

Elle ne peut excéder par assuré 100 % du montant des engagements nés du prêt garanti et s'applique obligatoirement à l'ensemble des garanties accordées à l'Assuré.

Les assiettes de garanties définies au présent contrat s'entendent pour une quotité assurée de 100% du prêt.

Si le capital assuré mentionné au certificat d'adhésion est inférieur au montant du prêt, le capital restant dû assuré en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, est limité à la quotité assurée.

Le montant maximum de la couverture en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie pouvant être accordé pour un même assuré est limité à 5.000.000 €, sauf dérogation expresse de l'Assureur.

Ce montant est fixé en fonction du cumul des capitaux Décès accordés par l'Assureur pour un même Assuré afin de couvrir une ou plusieurs opérations de crédit.

8.2 - Pluralités d'assurés au titre d'un même contrat de prêt

- En cas d'événements mettant en jeu simultanément les garanties souscrites par chaque Assuré, les prestations qui sont réglées correspondent, au solde du capital restant dû à l'organisme prêteur dans la limite des montants garantis et sans que le total des prestations puisse être supérieur au solde du capital restant dû. Dans le cas contraire, la seconde assurance est automatiquement réduite.

- En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'un des Assurés dont le pourcentage garanti sur sa tête (quotité assurée) est de 100 %, le capital restant dû est versé **une seule fois**, les autres Assurés cessant d'être garantis.

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

8.3 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 le prêteur et se substitue aux emprunteurs pour le règlement des échéances du prêt concerné.

ARTICLE 9 EFFET DES GARANTIES

La garantie prend effet pour chaque Assuré à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, après paiement de la première cotisation d'assurance et sous réserve du déblocage des fonds conformément à l'article 4 des présentes conditions générales valant notice d'information.

ARTICLE 10 BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE

Sauf demande expresse de l'Adhèrent, si le Bénéficiaire est un organisme prêteur, il est réputé avoir la qualité de Bénéficiaire acceptant.

À défaut d'autres mentions portées à la demande d'adhésion :

- toute somme rendue exigible sera versée pour le compte de l'Assuré ou de sa succession par l'Assureur au Bénéficiaire figurant sur le certificat d'adhésion, 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 11 CESSATION DES GARANTIES ET PRESTATIONS

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration faite de mauvaise foi, l'Assuré, une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance, contre son gré tant qu'il fait partie des Assurables du Groupe, et à la condition que sa cotisation ait été payée.

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

- à la fin de leur terme contractuel ;
- à la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prévu au contrat de prêt ;
- 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 90 jours suivant le remboursement du prêt) moyennant frais de résiliation sauf si l'Adhèrent souscrit auprès d'UGIP un nouveau contrat Emprunteur ;
- à la date prévue de cessation du prêt sauf prorogation acceptée par l'Assureur ;
- pour la garantie Décès : lorsque l'assuré atteint son 85^{ème} anniversaire,
- pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale de Travail : lorsque l'Assuré atteint son 65^{ème} anniversaire 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.
- en cas de non-paiement de la cotisation, dans les termes prévus à l'article 7 ;
- en cas de demande par l'Adhèrent de la résiliation à la date anniversaire du contrat par lettre recommandée avec accord du Bénéficiaire si ce dernier est un Bénéficiaire acceptant ou un organisme prêteur conformément à la procédure définie à l'article 4.1 ;
- dès le versement par l'Assureur du capital garanti en cas d'Invalidité Permanente Totale.

En cas de remboursement anticipé partiel volontaire, forcé consécutif à la mise en jeu de l'une des garanties prévues au présent contrat, 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.

ARTICLE 12 ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le MONDE ENTIER, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs ou 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.

Les prestations Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente Totale sont versées pour autant que l'Assuré soit présent sur le territoire français ou dans les DOM-ROM (Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, Réunion), les COM (Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna, St-Martin, St-Barthélemy) ou les POM (Polynésie Française, Nouvelle-Calédonie).

GARANTIES DE BASE : DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (assimilée au Décès)

ARTICLE 13 OBJET DE LA GARANTIE DECES

En cas de Décès de l'Assuré, l'Assureur garantit le remboursement du capital restant dû à la date du Décès tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel, (cf Art. 7.1), dans les limites de la quotité assurée, le montant en étant proratisé au jour de survenance de l'événement.

Les versements périodiques restés impayés au jour du Décès ne seront en aucun cas pris en compte par l'Assureur, de même que les intérêts courus.

La réalisation du Décès met fin à l'Assurance.

ARTICLE 14 OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré, l'Assureur assimile cet état au Décès et verse par anticipation le capital prévu en cas de Décès (article 13).

Est considéré comme atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, tout Assuré qui est reconnu et qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain et profit par suite de maladie ou d'accident corporel survenu postérieurement à son admission, et qui se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.

La réalisation du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à l'Assurance.

ARTICLE 15 MONTANTS GARANTIS

L'Assureur verse un capital, hors frais et accessoires, égal à :

- PRÊTS AMORTISSABLES SANS DIFFÉRÉ : 100% du capital restant dû au jour du Décès tel qu'il résulte de l'amortissement prévu au certificat d'adhésion.
- PRÊTS AMORTISSABLES AVEC DIFFÉRÉ D'AMORTISSEMENT : pendant la période de différé : 100% de la somme totale restant due (Capital + intérêts de différé) au jour du Décès. Si le capital mentionné au certificat d'adhésion n'inclut pas les intérêts du différé, ceux-ci sont réputés exclus de la garantie.
- PRÊTS IN FINE - LIGNE DE CRÉDIT - AUTORISATION DE DÉCOUVERT : le capital mentionné au certificat d'adhésion.

GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

ARTICLE 16

OBJET DES GARANTIES INCAPACITE, INVALIDITE ET LEURS MONTANTS

16.1 - Définition de l'Incapacité Temporaire Totale et de l'Invalidité Permanente Totale

1. Incapacité Temporaire Totale

C'est l'état dans lequel se trouve l'Assuré lorsqu'à la suite d'un accident, ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité totale, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle habituelle.

2. Invalidité Permanente Totale

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale si, à la suite d'un accident ou d'une maladie pris en charge par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, le médecin expert indépendant désigné par l'Assureur reconnaît que l'état de santé de l'Assuré est consolidé, que l'Assuré est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité rémunérée et que son taux d'invalidité est au moins égal à 66 %.

Le Taux d'invalidité est déterminé sur la base du barème d'Invalidité des Accidents de Travail.

À l'issue de la durée maximale de prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, une expertise médicale sera mise en place par l'assureur afin d'étudier le maintien de la prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale.

16.2 - Franchises - Montant de la garantie Incapacité Temporaire Totale - Invalidité Permanente Totale

1. Franchises

Franchise absolue : en cas d'arrêt temporaire total de travail, période fixée au certificat d'adhésion pendant laquelle aucune indemnité n'est due.

Franchise relative : en cas d'arrêt temporaire total de travail, période fixée au certificat d'adhésion pendant laquelle aucune indemnité n'est due sauf si l'arrêt est supérieur à cette période. Dans ce cas, l'indemnisation débute le 1er jour de l'arrêt de travail.

2. Montant de la prestation

L'Assureur se substitue à l'Assuré en état d'Incapacité ou d'Invalidité au-delà du nombre de jours consécutifs d'arrêt de travail appelé FRANCHISE stipulé au certificat d'adhésion, afin de verser les mensualités venant à échéance postérieurement à cette franchise et au prorata du nombre de jours d'arrêt total de travail.

Le montant correspond aux sommes déterminées en fonction des caractéristiques du prêt communiquées par l'Adhérent, et le cas échéant réajustées à réception du tableau d'amortissement définitif du prêt.

En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels, les versements prévus dans l'acte de prêt sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés. Dans ce cas, l'Assureur garantit les prestations depuis la première mensualité ainsi définie suivant la franchise, jusqu'à celle précédant la date de reprise des activités professionnelles de l'Adhérent. Ces prestations sont versées à la date d'échéance des amortissements.

16.3 - Complémentarité des garanties Incapacité - Invalidité

La prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail est limitée à 1095 jours au titre d'un même arrêt total de travail. En cas de rechute telle que définie à l'article 17.2, les mensualités prises en charge antérieurement à la reprise de l'activité professionnelle sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale de 1095 jours.

Dès que la consolidation de l'état de santé de l'Assuré peut être reconnue par expertise médicale de l'Assureur, et au plus tard à l'issue de la durée maximale de prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, le maintien de la prise en charge est examiné au titre de la garantie INVALIDITE PERMANENTE TOTALE dans les conditions définies à l'article 16.1-2.

ARTICLE 17

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

17.1 - Règlement par anticipation

En cas d'Invalidité Permanente Totale telle que définie dans l'article 16.1-2, 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'Assurance.

17.2 - Rechute

En cas de reprise d'activité, d'une durée inférieure à DEUX MOIS interrompant le service des prestations, les échéances survenant après la date du nouvel arrêt d'activité seront prises en charge par l'Assureur sans qu'il soit tenu compte à nouveau de la Franchise si ce nouvel arrêt d'activité est dû à une rechute provenant du même accident ou de la même maladie.

17.3 - Sur les invalidités antérieures

Les Invalidités antérieures à l'adhésion seront déduites dans l'estimation de l'Invalidité.

17.4 - En cas de révision des prestations

Les prestations Incapacité - Invalidité 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 au présent titre.

EXCLUSIONS

ARTICLE 18

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUS LES RISQUES

- LE SUICIDE SURVENANT PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE QUI SUIT LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION À L'EXCEPTION DES PRÊTS DESTINÉS AU FINANCEMENT DU LOGEMENT PRINCIPAL DE L'ASSURÉ DANS LA LIMITE DU MONTANT DÉFINI PAR DÉCRET EN APPLICATION DE L'ARTICLE R.132-5 DU CODE DES ASSURANCES;

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

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

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

- LES SUITES ET CONSÉQUENCES DIRECTES OU INDIRECTES D'ACCIDENTS LIÉS À LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE AINSI QUE LES CONSÉQUENCES DIRECTES OU INDIRECTES D'ACCIDENTS LIÉS AUX RAYONNEMENTS NUCLÉAIRES ET IONISANTS OU DE LA TRANSMUTATION DE L'ATOME QUI NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC UN TRAITEMENT MÉDICAL;

- LES RISQUES AÉRIENS SE RAPPORTANT À DES VOLS ACROBATIQUES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS, AINSI QUE LES VOLS EFFECTUÉS SUR DES APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITÉ, OU PILOTÉS PAR UN PILOTE NON MUNI D'UN BREVET VALABLE;

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

- LA PRATIQUE DE SPORT À TITRE PROFESSIONNEL, QUE CE SOIT LORS DE COMPÉTITIONS OU D'ENTRAÎNEMENTS (SAUF SI, À LA DEMANDE EXPRESSE DE L'ASSUREUR LORS DE LA DEMANDE DE SOUSCRIPTION, TOUT OU PARTIE DE CES ACTIVITÉS ONT FAIT L'OBJET D'UNE ÉTUDE DE GARANTIES ACCEPTÉE PAR L'ASSUREUR MOYENNANT UNE TARIFICATION SPÉCIALE);

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

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

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

ARTICLE 19

EXCLUSIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LES RISQUES PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE - INCAPACITÉ - INVALIDITÉ TOUTES CAUSES

EN SUS DES EXCLUSIONS COMMUNES, NE SONT PAS GARANTIES, LES SUITES ET CONSÉQUENCES DE :

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

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

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

- DE L'IMPRÉGNATION ALCOOLIQUE RECONNUE MÉDICALEMENT ;

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

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

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

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

- D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES ESTHÉTIQUES AUTRES QUE LA CHIRURGIE RÉPARATRICE CONSECUTIVE À UNE MALADIE OU UN ACCIDENT GARANTI AU CONTRAT ;

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

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

CONVENTION AERAS

OBJET DE LA CONVENTION

Les Assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat (niveau 1 de ladite convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'Assureur.

Ces demandes d'adhésions sont systématiquement examinées individuellement conformément au niveau 2 de la convention AERAS. Une proposition tarifaire personnalisée est adressée dans les 72 heures sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (questionnaire complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier).

En cas de refus de toute garantie en niveau 2, sous réserve que l'encours cumulé des prêts à assurer n'est pas supérieur à 300.000 euros, et pour des prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans, le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de niveau 3, conformément à la convention AERAS et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

GARANTIE SUBSTITUTIVE INVALIDITÉ FONCTIONNELLE PERMANENTE

Conformément aux dispositions de la convention AERAS, une garantie substitutive peut être proposée sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie Invalidité Permanente Totale a été refusée pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option ; un candidat à l'assurance ne peut directement solliciter cette garantie.

L'Invalidité Fonctionnelle Permanente prévoit la couverture d'une Invalidité Fonctionnelle égale ou supérieure au taux fixé dans les conditions particulières conformément à la définition ci-dessous :

L'Invalidité Fonctionnelle est définie comme la perte d'usage des fonctions physiques ou psy-

chiques de l'Assuré. Elle est établie par expertise, d'après le barème de droit commun (barème du « concours médical » de 1982), quelle que soit la profession de l'Assuré. Le taux d'Invalité Fonctionnelle est fixé par expertise médicale effectuée par un médecin indépendant désigné par l'Assureur.

En cas d'Invalité Fonctionnelle de l'Assuré reconnue égale ou supérieure au taux précisé dans les conditions particulières, avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, l'Assureur verse à l'organisme financier, selon la quotité assurée, le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de la reconnaissance par l'Assureur de ladite Invalité.

EXCLUSIONS

En plus des exclusions et restrictions de garanties spécifiques acceptées par l'Assuré, s'appliquent :

- les exclusions visées à l'article 18 ;
- les exclusions visées à l'article 19 ;

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

MODALITÉS DE GESTION

ARTICLE 20

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ OU DE SES AYANTS DROIT

20.1 - À l'adhésion et pendant la vie du contrat

L'Assurable s'engage à se soumettre aux formalités d'adhésion prévues à l'article 6 du présent contrat et à s'acquiescer de ses cotisations.

Il doit adresser à l'Assureur 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 l'Assureur des événements suivants :

- Changement de profession, d'occupation ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées sur la demande d'adhésion initiale ;
- Changement d'activités sportives ou lorsqu'elles sont pratiquées dans des conditions différentes que celles déclarées sur la demande d'adhésion initiale
- Toute modification relative au prêt, objet du contrat (renégociation du prêt, désolidarisation, remboursement anticipé total ou partiel du prêt).

Il appartient à l'Adhérent d'informer UGIP de tout changement d'adresse ou de coordonnées bancaires dans les 30 jours à compter du changement.

Dans les mêmes délais, il est tenu également d'informer UGIP de toute modification relative à l'amortissement de son opération financière (renégociation, remboursement anticipé, allongement de la durée, etc...) ou à son engagement de remboursement.

Il doit communiquer à UGIP le nouveau tableau d'amortissement ou l'échéancier correspondant et la copie de tous les actes contractuels ou juridiques initiaux et ceux ayant pour objet une modification de ses engagements.

Les modifications qui n'auraient pas été déclarées 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 l'engagement de l'Assureur était diminué.

Par ailleurs, en cas de changement, et conformément à l'article L.113-16 du code des assurances, l'Adhérent ou l'Assureur ont la faculté de résilier l'adhésion, cette résiliation prenant effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

Conformément à l'article L.113-4 du Code des Assurances, la non déclaration d'une modification aggravant le risque (en dehors d'une aggravation de l'état de santé), peut entraîner, pour toutes les parties intéressées, la nullité du contrat ou la réduction de ses effets dans les conditions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances.

20.2 - 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 extrait d'acte de décès de l'Assuré comportant l'indication de sa date de naissance ;
- sous pli confidentiel, à l'intention du Médecin-Conseil de l'Assureur, et sur le modèle fourni par l'Assureur, un certificat du médecin ayant constaté le Décès et indiquant la cause ;
- une attestation de l'organisme prêteur détaillant le capital restant dû au jour du Décès ;
- une attestation de vie du (des) Bénéficiaire(s) ;
- toutes autres pièces jugées utiles par l'Assureur.

20.3 - En cas d'Incapacité Temporaire Totale

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 certificat médical établi par son médecin traitant précisant la date d'arrêt de travail, sa durée, la nature des blessures ou de la maladie, la date de constatation des premiers symptômes, l'évolution et les conséquences probables de l'affection ;
- les justificatifs de prolongation d'arrêt; copies des feuilles d'arrêt maladie ou accident, et s'il est salarié, les décomptes de prestations en nature de la Sécurité Sociale ;
- le certificat de reprise y compris à temps partiel ;
- le document de l'organisme prêteur justifiant des échéances toutes autres pièces jugées utiles par l'Assureur.
- toutes autres pièces jugées utiles par l'Assureur.

Les justificatifs précités des prolongations devront être fournis dans les quinze jours. Passé ce délai, ils ne donneront pas lieu à règlement.

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.

Passé ce délai de quatre mois, l'Assureur se réserve le droit, en raison du dommage lié à son impossibilité de contrôler l'état d'Incapacité Totale de Travail, de fixer le premier jour de cet arrêt de travail au jour de sa déclaration à l'Assureur.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive 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.

20.4 - En cas d'Invalité Permanente Totale ou 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, au médecin-conseil de l'Assureur, un certificat médical établi par son médecin traitant précisant la nature des blessures ou de la maladie, leurs séquelles permanentes et la date de consolidation ;
- une attestation de l'organisme prêteur détaillant le capital restant dû au jour de la consolidation de l'état d'invalidité ;
- toutes autres pièces jugées utiles par l'Assureur.

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.

Passé ce délai de quatre mois, 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'invalidité au jour de sa déclaration à l'Assureur.

En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive 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.

ARTICLE 21

EXPERTISE ET CONTRÔLE

21.1 - Le contrôle

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

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

Lors d'une expertise médicale, l'Assuré a la possibilité de se faire assister de son médecin dont les frais resteront à sa charge.

21.2 - L'arbitrage médical

En cas de désaccord entre l'Assureur et l'Assuré (ou, en cas de Décès, 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 ; elles s'imposent à lui s'il n'en a pas contesté le bien fondé dans les deux mois suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée ; cette contestation devra être adressée à l'Assureur par écrit.

ARTICLE 22

OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

22.1 - 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.

22.2 - 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 souscrites par l'Adhérent dans les 30 jours suivant la réception du dossier complet ;
- les échéances dues au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale souscrites par l'Adhérent dans les 15 jours suivant la réception du dossier complet.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS MÉDIATION – CONTRÔLE

ARTICLE 23

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Par la signature de la demande d'adhésion, l'Adhérent et l'Assuré s'il s'agit d'une personne distincte déclarent consentir librement et sans réserve au traitement des informations et données personnelles qu'ils fournissent à l'Assureur. Ces informations ne seront utilisées que dans le but d'assurer le bon traitement de l'adhésion en exécution du contrat d'assurance.

Dans le cadre de ce traitement, les informations recueillies pourront être communiquées aux autres sociétés du groupe auquel appartient l'Assureur, ainsi qu'à des mandataires, sous-traitants, réassureurs et organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne.

Pour ce qui concerne des transferts de données à des pays n'assurant pas un niveau de protection adéquat au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assureur a pris toutes les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité et à la sécurité des données personnelles.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leurs droits d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations les concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, des autres sociétés du groupe, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou des organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne. Ce droit d'accès, d'opposition ou de rectification peut être exercé auprès de l'Assureur.

ARTICLE 24

MÉDIATION

Le présent contrat est soumis au droit français. Pour toutes réclamations ou communications les Adhérents doivent écrire à : UGIP – 73-75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS.

En cas de désaccord, et après avoir épuisé toutes les voies de recours internes à la compagnie, il pourra être demandé l'avis du Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), dont les coordonnées seront communiquées sur simple demande adressée à l'Assureur.

En cas de désaccord portant sur le fonctionnement des mécanismes de la convention AERAS, l'Assuré pourra demander l'avis de la Commission de médiation de la convention AERAS dont les coordonnées lui seront communiquées sur simple demande adressée à UGIP.

ARTICLE 25

CONTRÔLE

L'organisme chargé du contrôle de l'Assureur est la Financial Services Authority (FSA)
25 The North Colonnade, Canary Wharf - Londres - Royaume-Uni.