

Conditions générales au contrat d'assurance groupe à adhésion facultative emprunteur n°V1206-0001

Souscrit par L'UNION GÉNÉRALE INTERPROFESSIONNELLE (UGIP)
Association Loi 1901 - Déclaration Préfecture de Paris n°74-1389
Siège social : 2, rue Turgot - 75009 Paris

Service administratif : 22-24, rue Saint-Georges - 75009 PARIS

Auprès de Société SUISSE d'Assurances Générales sur la vie humaine (SwissLife)
Entreprise régie par le Code des Assurances pour les contrats souscrits ou exécutés en France
RCS Paris B 775 752 959 - Siège social à Zurich : Général Guisan, quai 40
SA au capital de CHF 587.350.000
Siège spécial pour la France : 86, bd Haussmann - 75380 Paris Cedex 08

Dispositions générales

ARTICLE 1

BASE JURIDIQUE DU CONTRAT

Le présent contrat est régi par le CODE DES ASSURANCES.

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

ARTICLE 2

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'Assurance de Groupe a pour objet de garantir toute personne adhérente de l'Association, emprunteur, co-emprunteur ou caution d'un prêt avant le remboursement intégral du 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 3

VIE DU CONTRAT

3.1 - Contrat collectif

Le présent contrat prend effet le 1er août 2003 et se termine le 31 décembre 2004.

Il se renouvelle ensuite d'année en année, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque exercice, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties contractantes, exprimée au moins trois mois avant la date de renouvellement par lettre recommandée.

En cas de résiliation par l'Association Contractante ou l'Assureur, l'Assureur ne prend plus en charge les sinistres survenus après la date de résiliation du contrat, mais il continue à servir jusqu'à leur terme normal les prestations en cours de service pour les Assurés en état d'Incapacité de Travail ou d'Invalidité et à garantir ces Assurés en cas de Décès, d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente Totale dans les conditions du présent contrat.

En cas de résiliation du contrat Groupe par l'Assureur, les Assurés pourront demander à celui-ci le maintien de leurs garanties jusqu'à l'amortissement total du prêt par un contrat individuel aux conditions habituelles de la Compagnie et sans formalités médicales dans un délai maximum de 60 jours après la date de résiliation.

3.2 - De l'adhésion de l'assuré

La première période d'assurance se termine au 31 décembre de l'exercice en cours. Les garanties se renouvellent ensuite, d'année en année, par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, jusqu'au terme du prêt et/ou jusqu'à l'âge limite des garanties (article 11) et sous réserve du paiement des cotisations.

L'Assuré peut résilier son engagement, par lettre recommandée, 2 mois avant la date de renouvellement. La dénonciation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré. L'Assureur en informe systématiquement le bénéficiaire par un courrier AR s'il s'agit d'un organisme prêteur.

ARTICLE 4

PRESCRIPTIONS APPLICABLES AUX GARANTIES

Dans les termes des articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances, toute action dérivant du Contrat est prescrite par dix ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, en ce qui concerne la garantie DÉCÈS, et par deux ans pour les autres garanties.

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.

ARTICLE 5

LES ASSURÉS

Les personnes physiques, membres de l'Association Contractante, 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 desquelles reposent les garanties, sont dénommées les ASSURÉS.

ARTICLE 6

ADMISSION À L'ASSURANCE

Chaque Assurable doit :

- compléter et signer une demande d'Assurance 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.

Lors de la demande d'adhésion, l'Assurable doit être âgé de moins de 75 ans, pour la garantie DÉCÈS et de moins de 55 ans pour les autres garanties.

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

L'attention des Assurables est attirée sur les sanctions prévues au Code des Assurances, relatives aux déclarations servant de base au contrat et notamment : L'article L.113-8 - Fausse déclaration intentionnelle :

«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 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.»

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.

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 AR. L'Assuré dispose alors d'un délai de 4 mois à compter de l'envoi de cette proposition pour accepter 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 6) et le tarif en vigueur appliqué au Capital restant dû assuré tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel joint au certificat d'admission et qui fait partie intégrante du contrat.

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 montant figurant sur le certificat d'admission 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 1er janvier de chaque année, au lieu désigné par l'Association Contractante dans les conditions prévues par le Code des Assurances. Selon la périodicité demandée par l'Assuré et acceptée par l'Assureur, les cotisations peuvent être payées, semestriellement au 1er janvier et au 1er juillet, trimestriellement au 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre ou mensuellement, moyennant en sus frais de fractionnement et d'encaissement correspondant. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels.

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

7.3 - Défaut de paiement

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

À défaut de ce paiement, l'Assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L.113-3 du Code des Assurances.

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion au contrat sera résiliée suivant les modalités indiquées par le Code des Assurances dans les formes et délais prévus par celui-ci.

Les cotisations échues restent acquises à l'Assureur.

ARTICLE 8

LIMITE DES GARANTIES

L'Assureur garantit le versement des prestations prévues sur l'échéancier joint au certificat d'admission.

Il rembourse l'organisme prêteur sur la base du tableau d'amortissement, dans la limite de la garantie accordée telle qu'elle figure au certificat d'admission.

S'il apparaît un excédent, il est versé aux ayants droit de l'Assuré, sauf clause contraire stipulée à la demande d'adhésion ou notifiée postérieurement par l'Assuré.

Pour les adhésions conjointes en vue du financement d'une opération privée :

- si les deux assurés sont garantis pour un(des) même(s) prêt(s) à 100% chacun, soit au total 200%, le décès de l'un entraîne systématiquement la résiliation du contrat de l'autre.

- si le total des quotités assurées pour un(des) même(s) prêt(s) est compris entre 101 et 199%, le décès de l'un entraîne le réajustement du contrat de l'autre qui reste garanti pour le solde du capital restant dû après règlement du sinistre.

En cas de décès des deux assurés à la suite d'un même événement, le capital ne sera payé qu'une seule fois à l'organisme prêteur ou au bénéficiaire désigné.

ARTICLE 9

EFFET DES GARANTIES

La garantie prend effet pour chaque Assuré à la date indiquée sur le certificat d'admission et après paiement de la première cotisation.

ARTICLE 10

BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE

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

À défaut d'autres mentions portées 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

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 prennent fin :

- à la fin de leur terme contractuel ;

- 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) ;

- dans tous les cas de déchéance du terme prévus au contrat de prêt ;

- à la date prévue de cessation du prêt sauf prorogation acceptée par l'Assureur ;

- en cas de non-paiement de la cotisation, dans les termes de l'article 7.3 ;

- lorsque l'Assuré atteint son 85ème anniversaire pour la garantie DÉCÈS, et son 65ème anniversaire ou sa mise à la retraite pour les autres garanties, et ce quelle que soit la durée restant éventuellement à courir jusqu'au terme du prêt ;

- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat sous réserve, toutefois des dispositions du paragraphe 3, article 3.1 ;

- à la date anniversaire du contrat en cas de résiliation par l'adhérent (cf. art. 3.2.), étant rappelé que si le bénéficiaire est un organisme prêteur, il en est avisé systématiquement par courrier AR.

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

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

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

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

ARTICLE 13

LES JURIDICTIONS COMPÉTENTES

1 - L'Assureur fait éléction de domicile à son siège à Paris.

2 - Si l'ayant droit est domicilié hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de Paris.

3 - Les prestations sont payées en euros.

Garanties de base : Décès, Perte Totale et Irreversible d'Autonomie

ARTICLE 14

OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE DÉCÈS

En cas de Décès de l'Assuré, l'Assureur garantit le remboursement du Capital restant dû au moment du Décès tel qu'il résulte de l'échéancier contractuel, (cf Art. 7.1), 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.

ARTICLE 15

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 14).

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 16

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 17

OBJET DES GARANTIES INCAPACITÉ, INVALIDITÉ ET LEURS MONTANTS

17.1 - 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

Si au terme de son Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré est atteint d'une Invalidité Permanente Totale, celle-ci est déterminée sur la base du barème d'Invalidité des accidents du travail.

Le taux d'Invalidité ouvrant droit aux prestations de l'Assureur doit être au moins égal à 66 % et l'Assuré doit être incapable d'exercer une quelconque activité rémunérée.

17.2 - 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.

Quelle que soit la franchise choisie par l'assuré, elle est absolue et dans tous les cas portée à 12 mois en cas :

- d'affection disco-vertébrale par maladie ;
- de maladie mentale et psychiatrique congénitale ou acquise - en particulier de dépression nerveuse - initiale ou venant compliquer une pathologie préexistante différente.

En cas d'hospitalisation et pendant la durée de cette hospitalisation seule est applicable la franchise stipulée aux Conditions Particulières.

Elle s'applique au 1er jour d'hospitalisation.

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.

17.3 - Complémentarité des garanties Incapacité - Invalidité

La prestation Incapacité Temporaire Totale due au-delà de la Franchise est versée aussi longtemps que l'Assuré se trouve dans cet état. Elle est relayée par la prestation Invalidité dès la consolidation si son état de santé correspond aux définitions du droit à cette prestation définie à l'article 17.1.

ARTICLE 18

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

18.1 - Règlement par anticipation

En cas d'Invalidité Permanente Totale telle que définie dans l'article 17.1, l'Assureur se réserve le droit de verser à l'Organisme Prêteur le Capital restant dû. Le versement du Capital restant dû met fin à l'Assurance.

18.2 - 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.

18.3 - Maternité

Pour les femmes enceintes à l'adhésion, les arrêts de travail liés à l'état de maternité sont pris en charge après un délai de carence de 12 mois.

En cours de contrat et en cas de maternité, les Assurées peuvent bénéficier, au-delà de la période de franchise, des prestations si elles se trouvent en état d'Incapacité Totale de Travail pour des causes pathologiques.

Toutefois, le service des prestations n'est pas accordé pendant la durée du congé légal de maternité du Régime de la Sécurité sociale même pour les non-salariées.

18.4 - Sur les invalidités antérieures

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

18.5 - 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 19

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUS LES RISQUES

- Le suicide pendant la première année qui suit l'adhésion, l'augmentation éventuelle des garanties ou la remise en vigueur;
- 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) ;
- En cas de guerre étrangère, le contrat n'aura effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les Assurances sur la Vie en temps de guerre ;
- 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 ;
- Certains sports réputés dangereux peuvent être exclus sous réserve que cette exclusion ait été signifiée à l'Assuré.

ARTICLE 20

EXCLUSIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LES RISQUES PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - INCAPACITÉ - INVALIDITÉ

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 ;
- accidents ou maladies pour lesquels l'Assuré refuse de se soumettre à un traitement médical rationnel et adéquat ;
- la participation active à une guerre civile ou étrangère, à des émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage ;
- la participation de l'Assuré à une rixe (sauf cas de légitime défense) à un crime ou un délit intentionnel ;
- l'alcoolisme ou un état d'ivresse caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur ;
- l'usage de drogue ou de stupéfiant (sauf respect d'ordonnance médicale) ;
- la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- la pratique à titre d'amateur des sports dangereux tels que : 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 tremplin, varappe, alpinisme, parachutisme, parapente, deltaplane, Ultra Léger Motorisé, saut à l'élastique ;
- 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» ;
- d'interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- affections antérieures à la date d'effet des garanties et non déclarées à l'Assureur. Les suites et conséquences des affections déclarées sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'Assuré ou mention particulière faite au certificat d'adhésion.

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

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'exécède 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 les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ont été refusées pour des raisons médicales.

Il ne s'agit pas d'une option : un candidat à l'assurance ne peut directement solliciter cette garantie ; de même une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

L'Invalidité Fonctionnelle Permanente prévoit la couverture d'une Invalidité Fonctionnelle égale ou supérieure à 80% conformément à la définition ci-dessous :

L'Invalidité Fonctionnelle est définie comme la perte d'usage des fonctions physiques ou psychiques de l'Assuré. Elle est établie par accord ou expertise entre les parties, d'après le barème de droit commun (barème du « concours médical » de 1982), quelle que soit la profession de l'Assuré.

En cas d'Invalidité Fonctionnelle de l'Assuré reconnue égale ou supérieure à 80% par une expertise médicale effectuée par un médecin désigné par l'Assureur, 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 l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de ladite Invalidité, augmenté des intérêts contractuels courus entre la date de cette échéance et celle de la reconnaissance de ladite invalidité.

Exclusions

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

- à tous les risques les exclusions visées à l'article 19 ;
- les exclusions visées à l'article 20 pour les risques PTIA, Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité Permanente et Garantie Substitutive d'Invalidité Fonctionnelle Permanente.

Modalités de gestion

ARTICLE 21

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ OU DE SES AYANTS DROIT

21.1 - 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'acquitter 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.

L'Assuré s'engage à informer l'Assureur dans les 90 jours, par lettre recommandée, de toutes modifications le concernant (changement de profession, d'adresse, de bénéficiaire...) ou touchant le prêt, objet du contrat (renégociation du prêt, désolidarisation, remboursement anticipé total ou partiel du prêt)

En cas de changement, dans les conditions prévues à l'article L. 113-16 du code des assurances, l'adhérent ou l'assureur a la faculté de résilier l'adhésion, cette résiliation prenant effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

21.2 - En cas de décès

Les ayants droit devront adresser :

- la demande d'adhésion revêtue de l'accord d'acceptation de l'Assureur ;
- l'acte de décès comportant l'indication de la 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 si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- le tableau d'amortissement de l'Organisme Prêteur détaillant le Capital restant dû au jour du décès ;
- toutes autres pièces jugées utiles par l'Assureur.

21.3 - En cas d'Incapacité Temporaire Totale

La preuve de cet état incombe à l'Assuré. En conséquence, il doit adresser :

- une déclaration d'arrêt de travail signée par lui ;
- 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.

Il doit adresser, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Assureur, un certificat 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.

La déclaration d'Incapacité doit être adressée à l'Assureur dans les quatre mois suivant le début de l'arrêt de travail. Passé ce délai, 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.

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

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

La preuve de cet état incombe à l'Assuré qui est tenu de le déclarer à l'Assureur dans les quatre mois de sa survenance.

Il doit adresser, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Assureur, un certificat précisant la nature des blessures ou de la maladie, leurs séquelles permanentes et la date de consolidation. 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 début de l'Invalidité 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 aux garanties du présent contrat pour le sinistre en cause.

ARTICLE 22

EXPERTISE ET CONTRÔLE

22.1 - Le contrôle

À toute époque, les médecins délégués par l'Assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours, un libre accès auprès de l'Assuré en état d'Incapacité ou d'Invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile, tous les jours ouvrables jusqu'à 20 heures, afin de pouvoir constater la gravité de son état.

Si l'Assuré s'oppose aux visites ou examens médicaux demandés ou n'apporte pas la preuve du maintien de l'Incapacité ou de l'Invalidité, l'Assureur est autorisé à interrompre de plein droit le versement des prestations.

22.2 - L'arbitrage médical

En cas de désaccord entre l'Assureur et l'Assuré (ou, en cas de décès, les ayants droit 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 délégué, sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; 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 lettre recommandée.

ARTICLE 23

OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

23.1 - 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.

23.2 - En cas de sinistre

L'Assureur s'engage à régler le montant des sinistres dans les délais suivants :

- DÉCÈS, dans les 15 jours suivant la réception des pièces justificatives.
- INVALIDITÉ, dans un délai de 15 jours suivant la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité.
- INCAPACITÉ, dans un délai de 15 jours suivant les périodes d'Incapacité mentionnées dans les certificats médicaux en sa possession, sauf en cas d'expertise ou de demande d'information complémentaire, celle-ci devant être exprimée dans le même délai.

ARTICLE 24

MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION

Le contractant peut renoncer dans un délai de 30 jours à compter soit de la conclusion du contrat, soit à la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties).

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée au siège social de l'Assureur, reproduisant le texte indiqué ci-après :

« Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le....., demeurant....., déclare renoncer expressément à la souscription du contrat d'assurance pour lequel j'ai versé..... € en date du..... entre les mains de M....., et demande le remboursement des sommes versées.

Fait à....., le..... et signature.»

Informatique et Libertés

Médiation - Contrôle

ARTICLE 25

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à l'article 32 de la Loi N° 78-17 du 6 Janvier 1978 dite « Informatique et Libertés », modifiée par la Loi N° 2004-801 du 06 Août 2004, il est indiqué à l'Assuré que le responsable du traitement de ses données personnelles est l'Association UGIP 22-24, rue Saint Georges 75009 PARIS, auprès de laquelle il peut exercer ses droits d'accès et de rectifications prévus par les articles 39 et 40 de la Loi précitée.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi de son dossier et l'envoi de documents concernant les produits proposés par l'UGIP, destinataire, avec ses mandataires de l'information. Si l'Assuré souhaite cependant ne pas être sollicité, il est invité à le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

ARTICLE 26

MÉDIATION

Les réclamations des Adhérents, des Assurés et de leurs Bénéficiaires concernant l'application du présent contrat sont à formuler par écrit auprès de :

Secrétariat Général de SWISSLIFE FRANCE
86, boulevard Haussmann
75008 Paris

Si un désaccord subsiste, le différend est soumis à l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont l'adresse sera communiquée par le Secrétariat Général de SwissLife France.

ARTICLE 27

CONTRÔLE

Société SWISSLIFE France est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles (ACAM) 61, rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09.