



NOTICE D'INFORMATION DESTINÉE À L'ASSURÉ

Relative au contrat d'assurance n°7295 Souscrit par :

L'UNION GENERALE INTER-PROFESSIONNELLE (UGIP) « la Contractante » Association loi 1901 (Déclaration Préfecture de Paris n° 74-1389) - 73-75, Rue Brillat-Savarin – 75013 Paris

Auprès de : GENERALI VIE « l'Assureur » Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 299 197 104 euros Immatriculée au RCS Paris sous le N°602 062 481 - 11 bd Haussmann – 75009 PARIS Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le N°026.

OBJET DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat a pour objet de garantir le paiement de prestations en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T.) et d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) des assurés, au titre des opérations de prêts définies à l'article « OPERATIONS DE PRÊT COUVERTES ET OPTIONS DE GARANTIES PROPOSEES ».

CONDITIONS D'ADHÉSION

Toutes les personnes physiques résidentes de l'Union Européenne, des DOM/DROM/COM/POM, de la Suisse, de Monaco ou d'Amérique du Nord, bénéficiaires ou cautions d'un prêt consenti par un organisme financier (établissements de crédits français ou succursales françaises d'établissements de crédits étrangers) pour le compte d'une personne morale ou d'une personne physique, peuvent demander à adhérer au contrat et seront garanties dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance de ce prêt.

Les personnes à assurer peuvent être âgées lors de leur demande d'adhésion de (âge exact) :

ÂGES POSSIBLES À L'ADHÉSION	
Option 1	18 à 65 ans inclus
Option 2	18 à 65 ans inclus
Option « senior »	66 à 70 ans inclus

DÉTAIL DES MODALITÉS D'ADHÉSION

MODALITÉS D'ADHÉSION

La personne à assurer, après avoir pris connaissance de la présente notice d'information, remplira avec soin la demande d'adhésion et le(s) questionnaire(s) de santé.

Les frais occasionnés par les formalités médicales demandées par l'assureur seront pris en charge par l'UGIP.

Elle devra en outre reconnaître préalablement adhérer à l'association contractante (UGIP), pour laquelle il est rappelé qu'une cotisation sera à régler lors de l'adhésion au contrat.

DÉCISION DE L'ASSUREUR

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 à caractère médical ou technique, ou encore ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

Dans ce cas, l'assureur fait connaître sa décision par lettre à la personne à assurer. La décision ne sera définitive pour les acceptations avec surprimes ou exclusions, qu'à réception par l'assureur de l'accord de la personne à assurer sur ses conditions d'acceptation.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ) :

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2^{ème} niveau » et, le cas échéant, de « 3^{ème} niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être couverte pour raison de santé par le présent contrat d'assurance.

Attention : 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.

OBLIGATION DE L'ASSURÉ OU DE SES AYANTS DROIT À L'ADHÉSION ET EN COURS D'ASSURANCE

La personne à assurer s'engage à se soumettre aux formalités d'adhésion reprises ci-avant au titre « DÉTAIL DES MODALITÉS D'ADHÉSION » et à s'acquitter de ses cotisations.

Elle 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 120 jours de toutes modifications le concernant (changement d'adresses, de bénéficiaire ...) ou touchant le prêt objet de l'assurance (renégociation du prêt, désolidarisation, remboursement anticipé total ou partiel).

Il est par ailleurs précisé qu'en cas de remboursement anticipé total ou partiel du prêt, l'assuré devra adresser à l'Assureur un justificatif de l'organisme prêteur dans les 120 jours suivant le remboursement. A défaut, le remboursement ne sera pris en compte qu'à réception dudit justificatif.

VIE DE L'ADHÉSION

Les garanties prennent effet à compter de la date de signature de l'offre de prêt, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, 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.

L'adhésion se renouvelle ensuite le 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, pendant toute la durée du prêt assuré, sauf application des dispositions prévues au paragraphe « FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS ».

L'Assuré peut résilier son engagement par lettre recommandée, moyennant un préavis de deux mois avant la date de renouvellement. A défaut d'accord de l'organisme prêteur, bénéficiaire acceptant, la résiliation de l'adhésion entraînera l'exigibilité anticipée du prêt.

Il est par ailleurs précisé que la résiliation entraîne la cessation des garanties et des prestations, à la date de fin de l'exercice considéré.

Couverture provisoire en cas de décès par accident :

Une garantie provisoire en cas de décès par accident est acquise dès la date de signature de la demande d'adhésion, **pendant une durée maximale de 60 jours**, dans les conditions suivantes :

- Elle est limitée à 150 000 euros par assuré, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés ou à assurer sur sa tête,
- Elle cesse automatiquement si l'assureur refuse ou ajourne la demande d'assurance ou si la personne à assurer ne répond pas, dans un délai de **15 jours**, aux demandes de renseignements complémentaires de l'assureur.

(Par accident il faut entendre : tout dommage corporel provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure)

DEFINITION DES GARANTIES

Quatre risques 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 l'activité professionnelle procurant gain ou profit à l'Assuré.
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)** : invalidité supérieure ou égale à 66 %, le taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.

Les décisions du Comité Médical, de la Commission de Réforme, de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

OPERATIONS DE PRÊT COUVERTES ET OPTIONS DE GARANTIES PROPOSEES

L'assurance concerne les opérations de prêt suivantes, réalisées en euros et consenties par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédit étrangers :

1) LES PRÊTS IMMOBILIERS AMORTISSABLES DESTINÉS AUX PARTICULIERS, d'une durée maximale de **360 mois** (y compris l'éventuel différé d'une durée maximale de 36 mois), d'un montant maximal de **1 500 000 euros**, amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec débloccages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.

Options de garanties proposées :

- Option 1 : Décès / P.T.I.A.
- Option 2 : Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.P.T.
- Option « senior » : Décès seul

2) LES PRÊTS RELAIS, d'une durée maximale de 36 mois et d'un montant maximal de **1 500 000 euros**.

Options de garanties proposées : options 1, 2 et 3

MONTANT MAXIMAL DES CAPITAUX ASSURABLES :

Le total des capitaux assurés au titre du contrat, pour une même personne, ne pourra en aucun cas excéder 1 500 000 euros et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.

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, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- La durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
- La nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 360 mois,
- Le prêt est amortissable.

COTISATIONS

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties. Un complément de cotisation sur la totalité du capital assuré sera dû entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de première échéance. Les garanties définies sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en pourcentage du capital initial, communiquée lors de l'adhésion au contrat.

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies lors de l'adhésion, la cotisation indiquée sur le certificat d'adhésion remis à l'assuré, reste valable pendant toute la durée de l'assurance du prêt concerné.

Les cotisations seront appelées et encaissées par l'UGIP, pour le compte de l'Assureur, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance moyennant en sus frais de fractionnement et d'encaissement correspondant. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 30 jours de son échéance, l'UGIP adresse à l'assuré, pour le compte de l'Assureur, une lettre recommandée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L.141-3 du Code des Assurances.

Remarque : outre la cotisation d'assurance, l'Adhérent devra payer lors de l'adhésion au contrat, la cotisation destinée à l'association contractante (UGIP).

PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Décès ou de P.T.I.A., tels que définis dans la présente notice d'information, l'assureur garantit, dans la limite de la quotité assurée :

TYPE DE PRÊTS	PRESTATION
PRÊT IMMOBILIER AMORTISSABLE	<p>Pendant la phase de différé (le cas échéant) : le montant du capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.</p> <p>Pendant la phase d'amortissement : le montant du capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date</p>
PRÊT RELAIS	<p>Le montant du capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.</p>

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIÉS AUX GARANTIES DÉCÈS ET P.T.I.A. :

1/ En cas de sinistre avant tout déblocage des fonds et alors que l'assurance a pris effet : 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 (cf. paragraphe « BÉNÉFICIAIRES »).

2/ En cas de sinistre sur un prêt avec déblocage échelonné : l'assureur prend en charge le montant du capital garanti 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 (cf. paragraphe « BÉNÉFICIAIRES »).

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

4/ En cas de Décès ou P.T.I.A. simultané(e) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant total réglé par l'assureur n'excèdera pas, selon les cas, le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes, et n'excèdera en aucun cas le montant total du prêt.

BÉNÉFICIAIRES : l'organisme prêteur est désigné comme 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 :

- en cas de P.T.I.A. : à l'assuré lui-même,
- en cas de Décès : au conjoint de l'assuré, à défaut aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut aux héritiers de l'assuré, sauf désignation particulière indiquée sur la demande d'adhésion.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES: INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Ces garanties ne peuvent être souscrites :

- Qu'en complément de l'assurance Décès / P.T.I.A.,
- Que si la personne à assurer exerce une activité professionnelle rémunérée lors de son adhésion.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) :

En cas d'I.T.T., l'Assureur règle à l'organisme prêteur le montant des mensualités, dans la limite de la quotité assurée.

Franchise : les prestations sont versées au plus tôt, selon le cas :

- **Assuré ayant le statut de fonctionnaire à la date de l'I.T.T.** : à compter du jour ou il ne bénéficie plus du maintien à 100% de son salaire (hors prime, gratification ou bonification éventuelles), étant toutefois précisé qu'en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'assureur interviendra à compter du 91^{ème} jour continu d'incapacité et ce, même si l'assuré bénéficie toujours à cette date du maintien à 100% de son salaire (hors prime, gratification ou bonification éventuelles),
- **Assuré n'ayant pas le statut de fonctionnaire à la date de l'I.T.T.** : à compter du 91^{ème} jour continu d'incapacité.

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 les mensualités entières et dans la limite de la quotité assurée, à l'exclusion de tout prorata.

Rechutes : Toute reprise de l'activité procurant gain ou profit à l'assuré, 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 à 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 90 jours, avant prise en charge des échéances.

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.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) :

Il s'agit de la persistance d'une incapacité au travail 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.

Les taux sont déterminés par voie d'expertise :

- Le taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle par référence au guide barème "Les séquelles traumatiques" Evaluation médico-légale des incapacités permanentes en droit commun. Edition 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.

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

- Si le taux est égal ou supérieur à 66 % : l'assureur règle au prêteur le montant des mensualités venant à échéance, dans la limite de la quotité assurée,
- Si le taux est inférieur à 66 % : aucune prestation n'est due.

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

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIÉS AUX GARANTIES I.T.T. ET I.P.T. :

1/ 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 de remboursement du prêt.

2/ Prêt avec différé :

- s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : aucune prestation n'est due,
- s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : seules les échéances d'intérêts sont prises en charge.

3/ Prêt relais : le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement n'est jamais pris en charge par l'assureur.

4/ En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt :

En cas de variation à la hausse :

- aucune augmentation des échéances (en nombre ou en montant), n'est prise en compte par l'assureur pendant la durée de l'incapacité ou de l'invalidité de l'assuré,
- Si l'assuré se trouve en incapacité ou en invalidité dans les 90 jours qui suivent une variation à la hausse des échéances, le montant d'échéance pris en compte par l'assureur est celui qui était en vigueur avant l'augmentation.

Toutefois, si l'assuré est en incapacité ou en invalidité au moment de l'augmentation de ses échéances ou se trouve en incapacité ou en invalidité dans les 90 jours qui suivent l'augmentation de ses échéances et que cette hausse :

- Résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt,
- Est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur,
- Intervient au plus une fois par an,

le montant d'échéance pris en compte par l'assureur est alors celui qui résulte de cette variation à la hausse (aucune autre augmentation n'est toutefois prise en compte par l'assureur pendant la période d'incapacité ou d'invalidité).

En cas de variation à la baisse :

Si l'assuré se trouve en incapacité ou en invalidité après une variation à la baisse des échéances, qu'elle soit programmée et appliquée automatiquement ou non, le montant d'échéance pris en compte par l'assureur est celui qui résulte de cette variation à la baisse et ce, même si l'incapacité ou l'invalidité intervient moins de 90 jours après cette variation.

EXCLUSIONS

1/ EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES :

- Le suicide : tout suicide n'est pas couvert lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Cette franchise s'applique à chaque adhésion nouvelle, suite à l'obtention d'un nouveau prêt ou à l'augmentation d'un prêt existant. Toutefois le suicide est garanti dès la prise d'effet de l'adhésion, dans la limite de 120 000 euros, lorsque l'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré.

- Le risque aérien : les risques survenus à l'occasion de navigation aérienne ne sont couverts que si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote titulaire d'un brevet ou d'une licence non périmés, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même. Lorsque l'assuré emprunte une ligne commerciale régulière, les conditions ci-dessus sont réputées être réalisées.

- En cas de guerre : les garanties n'auront d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en cas de guerre.

2/ EXCLUSIONS APPLICABLES AUX GARANTIES P.T.I.A., I.T.T. ET I.P.T. : outre les exclusions prévues au paragraphe 1/ « EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES », sont également exclus des garanties P.T.I.A., I.T.T. et I.P.T., les maladies et accidents :

- occasionnés par les tentatives de suicide ou mutilations volontaires par l'assuré,

- dont la première constatation médicale est antérieure à la date de la signature de la demande d'adhésion,

- consécutifs à la participation de l'assuré aux compétitions aériennes suivantes et à l'entraînement s'y rapportant : raids aériens, acrobaties, voltige, parachutisme (sauf situation critique de l'appareil), parachutisme ascensionnel et vols de formation de parachutisme,

- consécutifs à la pratique de sports dangereux tels que : deltaplane ou ULM, montgolfière, homme oiseau, et autres engins spéciaux, saut à l'élastique, parapente et vol à voile (sauf sur planeur),

- consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome,

- 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,

- occasionnés par les émeutes, mouvements populaires et rixes, si l'assuré y prend une part active, sauf dans les cas suivants : accomplissement du devoir professionnel, légitime défense, assistance à personne en danger,

- occasionnés par le terrorisme ou les actes d'attentats terroristes en rapport avec des guerres civiles ou étrangères.

- occasionnés par l'alcoolisme chronique, l'usage de drogues ou l'usage de stupéfiants hors de toute prescription médicale,

- consécutifs à la participation de l'assuré aux compétitions sportives suivantes et à l'entraînement s'y rapportant : motocyclistes, automobiles, aquatiques avec engin à moteur, de neige ou de glace, sports de combat (sauf judo). Toutefois, en ce qui concerne les compétitions de neige ou de glace, celles effectuées à titre exceptionnel pendant les périodes de loisirs sont garanties,

- consécutifs à la participation de l'assuré aux compétitions hippiques suivantes et à l'entraînement s'y rapportant : saut d'obstacle (jumping), raid, course d'endurance steeple et cross,

Pour les personnes qui exercent une activité dangereuse ou pratiquant un sport dangereux, les exclusions des deux paragraphes ci-dessus peuvent être supprimées ou adaptées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.

3/ EXCLUSIONS APPLICABLES AUX GARANTIES I.T.T. ET I.P.T. : outre les exclusions prévues aux paragraphes 1/ « EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES » et 2/ « EXCLUSIONS APPLICABLES AUX GARANTIES P.T.I.A., I.T.T. ET I.P.T. », sont également exclus des garanties I.T.T. et I.P.T., les maladies et accidents :

- qui sont 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 d'une arme) ou de toute pratique sportive professionnelle ou sous contrat avec rémunération,

- qui sont les conséquences de la pratique des sports et activités suivantes : sports aériens, alpinisme de haute montagne, hockey sur glace, bobsleigh, sport de combat, spéléologie, skysurf, kitesurf et plongée sous-marine avec appareil autonome.

Pour les personnes qui exercent une activité dangereuse ou pratiquant un sport dangereux, les exclusions des deux paragraphes ci-dessus peuvent être supprimées ou adaptées 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.

FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations cessent pour tous les risques :

- À la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- En cas d'exigibilité anticipée du prêt par suite de non paiement d'une ou plusieurs échéances et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- En cas de non-paiement de la cotisation dans les termes prévus au paragraphe « COTISATIONS »,

• Au jour du règlement par l'assureur du capital en cas de Décès ou de P.T.I.A.,

• En cas de reprise d'activité, même partielle, pour la garantie I.T.T.,

• Au 85^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès,

• Au 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie P.T.I.A., ou, à la date de sa mise à la retraite ou préretraite pour quelle que cause que ce soit, si celle-ci intervient avant son 70^{ème} anniversaire.

• Dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal de la profession ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'incapacité ou travail en ce qui concerne les garanties I.T.T. et I.P.T. et au plus tard le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré,

• À la date d'effet de la résiliation de son adhésion par l'adhérent (cf. paragraphe « VIE DE L'ADHÉSION »).

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :

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

FORMALITÉS ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR :

Dans tous les cas, il conviendra de fournir à l'Assureur le certificat d'adhésion et le tableau d'amortissement actualisé à la date de survenance du risque, ainsi que les pièces listées ci-après. L'Assureur pourra toutefois demander toute autre pièce nécessaire au règlement des prestations.

1/ EN CAS DE DÉCÈS

• 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.

Cas particulier : Si le décès survient hors de la France Métropolitaine ou d'un DOM, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

2/ EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

• 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, si l'assuré est assuré social,

• l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme pour l'assuré ayant le statut de fonctionnaire.

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

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

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'assureur, avant l'expiration du délai de franchise, sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé en cas d'accident, au jour de sa survenance, ou en cas de maladie, au jour de la première visite du 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.

Les incapacités de travail d'une durée inférieure au délai de franchise ne donneront lieu à aucun paiement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

• une déclaration de l'Assuré (sur l'imprimé établi par l'Assureur),

• un certificat médical (sur imprimé établi par l'Assureur),

• les volets ou l'attestation de prestations de la Sécurité Sociale si l'adhérent est assuré social,

• l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme pour l'assuré ayant le statut de fonctionnaire, précisant notamment s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

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 attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'adhérent est assuré social,

• l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme pour l'assuré ayant le statut de fonctionnaire.

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.

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

2/ En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en

justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2/, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARBITRAGE MÉDICAL

A toute époque, les médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'Assuré en état de P.T.I.A., d'I.T.T. ou d'I.P.T., afin de pouvoir constater son état de santé. Le contrôle continuera à s'exercer même après la dénonciation du contrat par l'association contractante (UGIP).

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

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 sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'Assuré (ou ses ayants droit) ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à Generali - Service Réclamations - 7 Bd Haussmann - 75456 PARIS Cedex 09 servicereclamations@generali.fr

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré (ou ses ayants droit) ou par l'Assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'Assuré (ou ses ayants droit) et l'Assureur après examen de la demande par le service réclamations, l'Assuré (ou ses ayants droit) peut saisir le Médiateur indépendant auprès de Generali, en écrivant à M. le Médiateur auprès de Generali – 7 Bd Haussmann – 75456 PARIS Cedex 09.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de la demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité légale de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61, rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09.

INFORMATIQUES ET LIBERTÉS

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004, l'Adhérent et l'Assuré disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données les concernant et d'opposition auprès du Siège social du responsable du traitement, UGIP – 73-75 rue Brillat-Savarin – 75013 PARIS.

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de votre contrat.

Par la signature du document « demande d'adhésion », vous acceptez expressément que les données vous concernant leurs soient ainsi transmises.

RENONCIATION A L'ADHÉSION

L'adhérent peut renoncer son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé qu'elle 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) étant précisé qu'à défaut d'accord de l'organisme prêteur, bénéficiaire acceptant, la renonciation pourra entraîner l'exigibilité anticipée du prêt.

Pour ce faire, l'adhérent doit adresser à UGIP – 73-75 rue Brillat-Savarin – 75013 PARIS, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné _____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe emprunteurs n°7295 effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion) et demande le remboursement des cotisations éventuellement versées. Signature ».

Dans tous les cas, l'UGIP avertira par écrit l'organisme prêteur de cette renonciation.