

NOTICE D'INFORMATION

Au contrat d'assurance collective emprunteurs à adhésion facultative MALAKOFF HUMANIS PROTECT' EMPRUNTEUR

La présente Notice d'information référencée 202206UTAXCRD-05, valant conditions générales, a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du Contrat collectif « Malakoff Humanis Protect' Emprunteur » (Ci-après désigné par le terme « Contrat ») à adhésion facultative souscrit auprès de Quatrem par l'Association des Assurés pour une Protection Solidaire, sous les n° de conventions 2019UTW01 et 2019UTW02_AERAS. Le Contrat est régi par le droit français et notamment par le code des assurances.

QUATREM (Société du groupe Malakoff Humanis) est une société anonyme au capital de 510 426 261 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724, dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte 75009 PARIS. L'activité de cette entreprise est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09. Elle est également désignée ci-après par le terme « Assureur ».

Le souscripteur du Contrat collectif est l'Association des Assurés pour une Protection Solidaire, association à but non lucratif régie par la Loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé au 2 quai du Commerce 69009 LYON. Elle est également désignée ci-après par le terme « Souscripteur ».

L'organisme gestionnaire du Contrat est, par délégation de l'Assureur, UTWIN Assurances. UTWIN Assurances est le nom commercial de la société TWINSEO, SAS au capital de 250.000 €, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro n°821 873 734, dont le siège social est 2 Quai du Commerce - 69009 Lyon. Société de courtage en assurance immatriculée à l'ORIAS sous le n° 16005411 (www.orias.fr), dont l'activité relève de l'ACPR : 4, place de Budapest – 75009 PARIS. Il est également désigné ci-après par le terme « Gestionnaire ».

L'adhésion au Contrat « Malakoff Humanis Protect' Emprunteur » est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice d'information et le *Certificat d'adhésion*.

ARTICLE 1 – CONDITIONS D'ADMISSION

Pour adhérer au Contrat l'*Adhérent* doit :

- Etre une personne physique âgée de 18 ans au moins au moment de la demande d'adhésion ou une personne morale,
- Remplir les conditions de *Résidence* prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après,
- Avoir contracté un emprunt ou un crédit-bail ou être *Caution* d'un emprunt ou un crédit-bail libellé en euros ou en francs suisses convertis en euros et rédigé en français auprès d'un *Organisme prêteur* d'un montant minimum garanti supérieur à 17 000 euros.

Sont éligibles aux garanties du Contrat, uniquement les types de prêts suivants d'une durée maximale de 360 mois :

- Prêt amortissable à taux fixe ou à taux variable, par échéances constantes, avec ou sans différé (total ou partiel) d'amortissement, à paliers, sans ou avec différé d'amortissement,
- Prêt remboursable in fine. **Pour le proposant n'ayant pas fait l'objet d'une sélection médicale, les prêts in fine sont exclus.**
- Les prêts relais d'une durée maximale de 36 mois.

Ne sont pas éligibles aux garanties du Contrat, les types de prêts suivants :

- Les crédits de trésorerie (le découvert bancaire et la facilité de caisse),
- Les crédits permanents renouvelables,

- Les prêts à la consommation,
- Les prêts viagers hypothécaires,
- Les prêts Europlan,
- Les prêts d'une durée supérieure à trente (30) ans,
- Les prêts entre particuliers,
- Les crédits-vendeurs,
- Les prêts participatifs et obligataires.

Pour être assuré au titre du Contrat, l'*Assuré* doit :

- Etre une personne physique âgée, au moment de la demande d'adhésion, de 18 ans au moins et de 85 ans au plus pour la garantie Décès et de 64 ans au plus pour les autres garanties,
- Remplir les conditions de *Résidence* prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après,
- Etre emprunteur, co-emprunteur ou *Caution* d'une personne physique ou d'une personne morale,
- Avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant,
- Pour les Prêts immobiliers, l'Assuré n'a pas à se soumettre à des formalités médicales sous réserves que :
 - Le montant assuré total de ses Prêts immobiliers (y compris l'emprunt ou les emprunts à assurer au titre de la présente convention) n'excède pas 200 000 euros à la date d'adhésion,
 - Et que l'emprunt ou les emprunts à assurer au titre du présent contrat arrive(nt) à

échéance de remboursement avant son 60ème anniversaire.

Garanties	Conditions d'éligibilité en fonction du lieu de Résidence		
	France continentale	Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Corse	Union Européenne, Espace Economique Européen, Royaume-Uni
Décès	X	X	X
P.T.I.A	X	X	X
I.T.T	X		
I.P.T	X		
I.P.P	X		
Option « Rachat dos et psy »	X		
G.I.S	X		
Lieu de l'Organisme prêteur	L'Organisme prêteur doit être situé en France métropolitaine ou dans l'un des DROM suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane		

L'Assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque et pourra vous demander de communiquer :

- Le tableau d'amortissement de l'emprunt,
- L'acte de cautionnement lorsque l'Assuré a la qualité de Caution.

L'Assureur peut demander tout complément d'information nécessaire à l'étude du dossier d'adhésion.

ARTICLE 2 – OBJET DE L'ASSURANCE

Le Contrat, a pour objet de garantir, en fonction des garanties et de la *Quotité assurée* que l'Adhérent a choisies, le versement par l'Assureur à l'Organisme prêteur :

- D'un capital en cas de décès, de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (P.T.I.A) de l'Assuré,
- De tout ou partie des mensualités du prêt ou des loyers (dans le cadre d'un crédit-bail) venant à échéance, en cas d'*Incapacité Temporaire Totale* (I.T.T.) ou d'*Invalidité Permanente Partielle* (I.P.P.), d'*Invalidité Permanente Totale* (I.P.T.) ou d'*Invalidité Spécifique* de l'Assuré.

Concernant la garantie *Incapacité Temporaire Totale* (I.T.T.)

- l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle à l'adhésion ou qui a fait l'objet d'une sélection médicale à l'adhésion a le choix entre une Franchise de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours
- l'Assuré n'exerçant pas de manière effective une activité professionnelle à l'adhésion ainsi que l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale à l'adhésion a le choix entre une Franchise de 90, 120 ou 180 jours.

Les garanties et option(s) dont bénéficie l'Assuré sont mentionnées au *Certificat d'adhésion*.

ARTICLE 3 – ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

L'ensemble des garanties décrites à l'article 6 « Détail des garanties » s'exercent dans le monde entier.

En cas d'*Accident* ou de *Maladie* atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de *Franchise* ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale faite, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'*Accident* ou de la *Maladie* par un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Les garanties seront mises en œuvre selon les modalités définies au Contrat.

ARTICLE 4 – DATE D'EFFET DES GARANTIES

4.1 Modalités d'adhésion

4.1.1. Formalités d'adhésion

Pour adhérer au Contrat, chaque proposant doit satisfaire aux formalités médicales et administratives qui lui sont demandées en fonction de son âge, des montants garantis et de son état de santé.

Les formalités doivent être valides au jour de la proposition d'assurance.

A défaut, l'Assuré devra satisfaire à nouveau aux formalités d'adhésion.

L'Assureur rembourse sur la base des tarifs conventionnés et sur présentation des factures originales, les frais et honoraires résultant directement des formalités d'adhésion qu'il a demandées dans les cas suivants :

- si l'Adhésion est effective,
- si l'Adhésion est refusée ou ajournée par l'Assureur,
- si l'Adhésion est proposée sous conditions particulières (surprime, exclusion, restriction sur les garanties) par l'Assureur et que celles-ci sont refusées par le Proposant.

4.1.2. Proposition de l'Assureur et émission du *Certificat d'Adhésion*

Après examen des pièces médicales et financières, l'Assureur, s'il accepte de couvrir le risque, propose une cotisation pour couvrir les garanties avec éventuellement des conditions particulières.

La proposition de l'assureur est valable 6 mois si l'acceptation est au tarif standard et 4 mois en cas de conditions particulières. Le *Certificat d'Adhésion* est émis après signature de la Demande d'Adhésion dans ce délai. Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le Proposant.

4.1.3. Convention sur la preuve

Par dérogation à l'article 1359 du Code Civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à distance par téléphone ou par Internet, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur ou par UTWIN Assurances vaudront signature par l'Assuré et/ou l'Adhérent. Elles lui seront opposables et pourront être admises comme la preuve de son identité et de son consentement relatif tant à l'adhésion au contrat d'assurance qu'aux dispositions générales telles que prévues dans la notice dûment acceptées par lui.

4.2 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à compter de la date de signature de l'offre de prêt relatif à l'emprunt assuré ou de la signature de l'acte de cautionnement et au plus tôt au jour de signature de la demande d'adhésion.

La date d'effet des garanties est indiquée sur le *Certificat d'adhésion*. En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

4.3 Délai d'attente

Pour les prêts déjà en cours au moment de l'adhésion et non précédemment assurés au titre des garanties souscrites au présent Contrat, un *Délai d'attente* de trois (3) mois est applicable lorsque les *Sinistres* ne résultent pas d'un *Accident*.

En cas d'ajout de garantie ou de modification à la hausse de la *Quotité assurée* en cours d'adhésion, un *Délai d'attente* de trois (3) mois est applicable lorsque les *Sinistres* ne résultent pas d'un *Accident*.

Dans cette hypothèse, en cas de *Sinistre*, l'indemnisation s'effectuera sur la base des précédentes garanties et quotité assurées.

Dans tous les autres cas, aucun délai d'attente n'est applicable aux sinistres résultant et/ou provenant d'*Accidents*, de *Maladies* et d'*Affections*.

4.4 Renonciation

La renonciation ne s'applique pas aux adhésions visant à garantir des prêts professionnels.

4.4.1. Délais de la renonciation

- Si l'adhésion au Contrat est réalisée à distance (ou internet) :

Si l'adhésion a été effectuée à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement (c'est-à-dire en dehors des locaux professionnels de l'intermédiaire en assurances), conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, il est possible de renoncer à l'adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus. Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :

« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, (date d'émission du Certificat d'adhésion)

b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au Certificat d'Adhésion. »

- Dans tous les autres cas :

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaire révolus à compter de la date d'effet de l'adhésion, telle que définie à l'article 4.2.

➤ Modalités de la renonciation

Dans tous les cas, pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit notifier sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté au Gestionnaire par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique à l'adresse suivante :

UTWIN Assurances
2 Quai du Commerce 69009 LYON.
Ou gestion@utwin.fr

L'adhérent doit informer l'Organisme prêteur de sa décision de renonciation.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit de transmettre la décision de renonciation avant l'expiration du délai de rétractation de 30 jours susmentionné en utilisant par exemple le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) M (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon Contrat Malakoff Humanis Protect' Emprunteur n°..... que j'ai souscrit.
Fait à le signature de l'Adhérent ».

➤ Effets de la renonciation

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. Les cotisations encaissées font l'objet d'un remboursement dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre.

La garantie Décès est acquise jusqu'au remboursement des cotisations encaissées et au plus tard, jusqu'au 30^{ème} jour suivant la date d'effet des garanties.

5 Durée des garanties

L'adhésion au Contrat a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année, pour autant que le Contrat soit toujours en vigueur.

6 Cessation de l'adhésion au Contrat et des garanties

La cessation de l'adhésion au Contrat met fin à l'ensemble des garanties et aux droits à indemnisation.

L'adhésion cesse :

De plein droit :

- En cas de dénonciation des conventions par l'Association ou par l'Organisme assureur à l'échéance annuelle. En cas de résiliation du Contrat, les Adhérents et Assurés en seront informés moyennant un préavis de 3 mois et continueront à bénéficier des garanties et options souscrites jusqu'à la date de cessation de leur adhésion. La gestion des adhésions en cours se poursuivra conformément aux dernières dispositions en vigueur et les Adhérents resteront Adhérents de l'Association,
- Au terme du prêt ou de l'acte de cautionnement, le cas échéant
- En cas de résiliation du crédit-bail, le cas échéant
- En cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- Dès que l'Adhérent a entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de son adhésion,
- Dès que l'Assuré perd sa qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur ou de Caution, le cas échéant
- Si l'Adhérent est une personne morale, le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé ou de dirigeant de droit de la société adhérente,
- Lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations, c'est-à-dire :
 - Pour la garantie Décès au jour de son 91^{ème} anniversaire,
 - Pour la garantie PTIA à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à pension de vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au jour de son 71^{ème} anniversaire,
 - Pour toutes les autres garanties, au jour de son 65^{ème} anniversaire.

A l'initiative de l'Adhérent :

- Pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel mentionnés au 1° de l'article L 313-1 du Code de la consommation, à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 113- 12-2 du code des assurances.

En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des 2 dates suivantes :

- Soit 10 jours après réception de la décision du prêteur,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de substitution, l'Assuré devra notifier également au Gestionnaire par courrier recommandé ou Lettre recommandée électronique la décision de l'Organisme prêteur (article L 313-31 du Code de la consommation) ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de refus de la substitution par l'Organisme prêteur, l'adhésion est maintenue et continue de produire ses effets.

- Pour l'ensemble des prêts professionnel ou non professionnel, chaque année au 31 décembre par l'envoi d'un courrier recommandé ou d'une Lettre recommandée électronique adressé au Gestionnaire au plus tard le 31 octobre avec l'accord de l'Organisme prêteur.

Dans tous les cas, l'Adhérent devra adresser son courrier à l'adresse suivante :

UTWIN Assurances
2 Quai du Commerce
69009 LYON.
Ou **gestion@utwin.fr**

A l'initiative de l'Assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues à l'article 5 « COTISATION »,
- en cas de fausse déclaration, conformément à l'article 12 « SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION ».

ARTICLE 5 – COTISATION

Les garanties du Contrat sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

5.1 Comment est déterminée l'assiette de cotisation ?

L'assiette de votre première cotisation correspond au *Montant garanti* initial pour chaque *Assuré* et au capital restant dû garanti au 1er janvier de chaque année, pour les cotisations suivantes.

L'âge de l'Assuré à toute date est déterminé par différence entre cette date et sa date de naissance (âge atteint).

Taxes

A l'adhésion, un tableau récapitulatif des cotisations annuelles prévisionnelles sera adressé à l'Assuré. Le tarif est garanti sauf changement de taux des taxes, instauration de nouvelles impositions ou nouvelles décisions législatives ou réglementaires applicables au contrat Malakoff Humanis Protect' Emprunteur qui s'imposerait aux adhésions en cours et entraînerait une modification du montant de la cotisation.

5.2 Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé dans l'Union Européenne, mensuellement, trimestriellement ou annuellement en fonction de la périodicité de paiement choisi par l'Adhérent au jour de l'adhésion.

5.3 Non- paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties et options sont suspendues. A défaut de paiement, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours. L'Organisme prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

ARTICLE 6 – DETAIL DES GARANTIES

Les garanties s'exercent sous réserve des exclusions prévues à l'article 9 « LES EXCLUSIONS » à moins que celles-ci n'aient fait l'objet d'un rachat mentionné au *Certificat d'adhésion*.

L'attention de l'Adhérent et des Assurés est attirée sur le fait que les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière d'invalidité.

6.1 – Garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- En cas de décès :

Si l'Assuré décède à la suite d'un événement garanti, l'Assureur verse au *Bénéficiaire* désigné le capital restant dû au jour du décès, tel qu'il

est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur dans la limite du *Montant garanti*.

Lorsque l'adhésion porte sur un contrat de crédit-bail, le capital restant dû est égal à la totalité des loyers à échoir toutes taxes comprises et à la valeur résiduelle éventuelle toutes taxes comprises (option d'achat) dans la limite du *Montant garanti*.

Le Bénéficiaire du capital est l'Organisme prêteur désigné sur la demande d'adhésion.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

La garantie Décès cesse au plus tard au jour du 91^{ème} anniversaire de l'Assuré.

- En cas de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)* :

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu en état de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du *Montant garanti*.

Lorsque l'adhésion porte sur un contrat de crédit-bail, le capital restant dû est égal à la totalité des loyers à échoir toutes taxes comprises et à la valeur résiduelle éventuelle toutes taxes comprises (option d'achat) dans la limite du *Montant garanti*.

Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la date de *Consolidation de la P.T.I.A* est fixée par expertise médicale dans les conditions définies à l'article 8.2 « L'expertise médicale ».

Pour bénéficier de cette garantie, la *P.T.I.A* doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au jour du 71^{ème} anniversaire.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

6.2 Garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties Décès / P.T.I.A et ITT et exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat, **pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion.**

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'*Invalidité Permanente Totale*, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur les *Arrérages* de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur à hauteur du *Montant garanti*.

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel il est affilié.

Pour qu'il y ait *Invalidité Permanente Totale*, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par le Concours Médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée au jour du *Sinistre*, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux sont fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de ses *Occupations de la vie quotidienne* constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 66%.

Pour bénéficier de cette garantie, l'*I.P.T* doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré a atteint son 65^{ème} anniversaire.

La prise en charge des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de l'*I.P.T* proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- En cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 66%,
- Au jour du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- Et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 4.6 « Cessation de vos garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'*I.P.T* ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie *I.P.T* :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'*I.P.T* persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

6.3 Garantie Incapacité Temporaire Totale (I.T.T)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties Décès, P.T.I.A et I.P.T et pour une Quotité assurée égale à celle de l'I.P.T et exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat, pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion.

L'Assureur verse à l'Organisme prêteur selon la Franchise souscrite à l'adhésion à compter du 31^{ème}, 61^{ème}, 91^{ème}, 121^{ème} ou du 181^{ème} jour d'*Incapacité Temporaire Totale* de l'Assuré, les Arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

La prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'*I.T.T* proportionnellement à cette durée.

Pour donner droit aux versements définis ci-dessus, l'incapacité doit entraîner une interruption réelle et complète des activités professionnelles de l'Assuré ou des *Occupations de la vie quotidienne* pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du *Sinistre*.

L'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré, l'Assureur versera pendant six (6) mois maximum les Arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance à hauteur de 50% du Montant garanti sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins deux (2) mois au titre de l'*Incapacité Temporaire Totale*.

Toute *Rechute* dans les deux (2) mois de la reprise du travail ou des *Occupations de la vie quotidienne* sera considérée comme un seul et même *Sinistre*.

Sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'Assureur et que votre garantie *I.T.T* soit toujours en vigueur à la date de la *Rechute*, le service des prestations sera repris dès le 1^{er} jour de la cessation des activités, sans nouvelle application du délai de Franchise.

Les prestations cesseront d'être versées :

- En cas de reprise totale ou partielle du travail (sauf si elle est justifiée pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré) ou des *Occupations de la vie quotidienne* pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du *Sinistre*,
- En cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité totale physiquement ou mentalement de travailler ou d'accomplir les *Occupations de la vie*

quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du *Sinistre*,

- À la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré,
- Au jour du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- Et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 4.6 « Cessation des garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'*I.T.T* ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie *I.T.T* :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'*I.T.T* persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

6.4 Garantie Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)

En complément des garanties *I.T.T* / *I.P.T*, cette garantie peut être souscrite :

- Exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion,
- Au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion, si l'Organisme prêteur l'exige.

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'*Invalidité Permanente Partielle*, l'Assureur verse les Arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur à hauteur de 50% du Montant garanti au titre des garanties *I.T.T* / *I.P.T*, déterminé au jour du *Sinistre*.

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel il est affilié.

Pour qu'il y ait *Invalidité Permanente Partielle*, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par le Concours Médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée au jour du *Sinistre*, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de ses *Occupations de la vie quotidienne* constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

Pour bénéficier de cette garantie, l'*I.P.P* doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré a atteint son 65^{ème} anniversaire.

La prise en charge des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de l'*I.P.P* proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- En cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33%,
- En cas d'indemnisation au titre de la garantie *Invalidité Permanente Totale*,
- Au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- Et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 4.6 « Cessation des garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.P.P ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.P.P :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'I.P.P persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

6.5 Option « Rachat dos et psy »

L'option Rachat dos et psy permet de racheter les exclusions liées aux affections disco vertébrales et/ou para vertébrales et les affections de type psychiatrique prévues à l'article 9 « Exclusions

Cette option peut être souscrite exclusivement en complément des garanties I.T.T/ I.P.T /I.P.P et :

- Exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat, **pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion**

- Au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'Adhésion.

En cas d'incapacité ou d'invalidité, l'option « Rachat dos et psy » permet la prise en charge, **sans condition d'Hospitalisation**, des Sinistres résultant et/ou provenant :

- des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale);
- des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique et d'un burn-out, ainsi que des suites et conséquences de ces affections

En cas de résiliation de l'Option, l'Adhérent ne pourra plus la souscrire.

6.6 Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S)

Cette garantie prévue par la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), pour les opérations qui y sont éligibles, ne peut être proposée qu'en complément des garanties Décès /P.T.I.A.

Dans le cas où la garantie *I.P.T* a été refusée pour raisons médicales au niveau 1, elle est proposée par l'Assureur au niveau 2, sous réserve d'acceptation médicale.

En cas d'*Invalidité Spécifique*, l'Assureur verse les *Arrérages* de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

Pour être éligible à l'*Invalidité Spécifique*, l'Assuré doit présenter une incapacité professionnelle et conjointement une incapacité fonctionnelle d'un taux au moins égal à 70%.

L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires.

Pour bénéficier de cette garantie, l'*Invalidité Spécifique* doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieure.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'*Invalidité Spécifique* doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieure.

La prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de l'*Invalidité Spécifique* proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- En cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si le taux d'incapacité fonctionnelle devient inférieur à 70%,
- En cas de non-production du justificatif attestant de l'incapacité professionnelle de l'Assuré de manière administrative,
- Au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- Et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 4.6 « Cessation des garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'*Invalidité Spécifique* ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de cette garantie :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'invalidité persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

ARTICLE 7 – PARTICULARITES

7.1 Prêt en francs suisses

Les présentes dispositions s'appliquent aux prêts libellés en francs suisse et sont complétées par les dispositions suivantes :

L'*Adhérent* mentionne dans sa demande d'adhésion le montant initial du prêt libellé en francs suisses et sa contre-valeur en euros. Le montant du prêt converti en euros sert de base de calcul du *Montant garanti*.

Le montant initial du prêt libellé en francs suisses converti en euros peut être majoré par l'*Adhérent* au moment de l'adhésion, par l'application d'un coefficient multiplicateur pouvant atteindre 120%.

A réception du tableau d'amortissement définitif libellé en francs suisses, le *Gestionnaire* actualise le *Montant garanti* selon le barème contre-valeur en vigueur à la date d'émission dudit tableau.

Ce barème reste valable pendant toute la durée du prêt et ne sera en aucun cas actualisé sauf en cas de renégociation du prêt ou de remboursement anticipé partiel du prêt.

Le *Montant garanti*, les cotisations et les prestations sont exprimés en euros.

En cas de *Sinistre*, le montant des prestations est déterminé à partir du tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur*, converti en euros selon le barème contre-valeur en vigueur au jour du *Sinistre*, dans la limite du *Montant garanti*.

Le risque de change reste à la charge de l'Adhérent et des Assurés.

7.2 Condition de mise en œuvre des garanties lorsque l'assuré a la qualité de Caution d'un emprunteur personne physique

Lorsque l'Assuré a la qualité de *Caution* d'un emprunteur personne physique, les garanties souscrites peuvent être mises en œuvre uniquement si, au jour du *Sinistre*, la caution a été

appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'**Organisme prêteur** par suite de la défaillance du cautionné.

7.3 En présence de co-emprunteurs et co-cautions

En cas de décès simultané de co-emprunteurs ou de co-Cautions assurés, le capital versé par l'Assureur au titre d'un même prêt, ne pourra être supérieur au capital restant dû par les Assurés à l'**Organisme prêteur** au jour du décès, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'**Organisme Prêteur**.

En cas d'incapacité ou d'invalidité simultanée de co-emprunteurs ou de co-Cautions assurés, le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt ne pourra excéder le montant de l'échéance de remboursement due par les Assurés à l'**Organisme prêteur**, telle qu'elle est mentionnée au tableau d'amortissement remis par l'**Organisme Prêteur**.

7.4 Montant maximum de l'indemnisation

Les prestations versées pour l'ensemble des prêts couverts par Assuré dans le cadre du Contrat, sont limitées à :

- 3 000 000 euros au titre des garanties Décès / P.T.I.A,
- 15 000 euros par mois au titre des garanties ITT / I.P.T / I.P.P et G.I.S.

7.5 Modification de la délégation de bénéfice

Toute modification de la délégation de bénéfice nécessite au préalable le consentement écrit de l'**Organisme prêteur**.

ARTICLE 8 – MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout état d'Incapacité Temporaire Totale doit être déclaré à l'Assureur dans un délai de cent quatre-vingt (180) jours suivant la date de début de l'arrêt de travail. De même toute prolongation d'incapacité doit être communiquée à l'Assureur dans les trente (30) jours.

En cas de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique**, l'Assuré devra le déclarer à l'Assureur dans les quatre (4) mois qui suivent sa survenance.

Passé ces délais, l'Assuré perdra ses droits à indemnisation si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, sauf dans les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

En cas de décès, le Bénéficiaire ou les ayants droit de l'Assuré doivent en informer l'Assureur dans les plus brefs délais.

Les déclarations doivent être adressées au Gestionnaire du Contrat à l'adresse suivante :

UTWIN Assurances
2 Quai du Commerce 69009 LYON.

Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du Gestionnaire.

8.1 Les documents à communiquer

En cas de **Sinistre**, le médecin conseil du Gestionnaire pourra demander à l'Assuré ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'Assuré, agissant pour son compte et celui de ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que le Gestionnaire s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré ou ses ayants droit, devront communiquer au Gestionnaire avec la déclaration de **Sinistre**, tous les justificatifs (rédigés en français ou en anglais) jugés

nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge).

Sans réponse aux renseignements et documents demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

➤ En cas de décès :

- La copie intégrale de l'acte de décès,
- Le certificat médical fourni par le Gestionnaire à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- En cas d'**Accident**, une déclaration écrite précisant les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- Une attestation de l'**Organisme prêteur** indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès,
- Le tableau d'amortissement au jour du décès,
- la copie de l'offre de prêt,
- Si l'Assuré à la qualité de **Caution** de l'emprunteur personne physique, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie officiel par l'**Organisme prêteur** par suite de la défaillance du cautionné,
- Toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles les ayants droit peuvent avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

➤ En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- Un certificat médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la **Maladie** ou les conséquences prévisibles de l'**Accident**, ainsi que le degré de l'incapacité au travail, la date de **Consolidation**, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel,
- La notification de la Sécurité Sociale de prise en charge de la **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** avec assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré n'est pas assujéti à la Sécurité Sociale, il sera nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité,
- En cas d'**Accident**, une déclaration écrite précisant les circonstances du **Sinistre**, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- Une attestation de l'**Organisme prêteur** indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Assureur de la **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** ou de l'**Invalidité Professionnelle Permanente à 100%**,
- Le tableau d'amortissement du prêt concerné,
- La copie de l'offre de prêt,
- Si l'Assuré à la qualité de **Caution** de l'emprunteur personne physique, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie officiel par l'**Organisme prêteur** par suite de la défaillance du cautionné,
- Toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

➤ En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale et d'Invalidité Spécifique :

- L'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- En cas d'**Hospitalisation**, le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie,
- Le certificat médical fourni par le Gestionnaire, à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé

par le médecin de l'Assuré indiquant la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'incapacité ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état,

- En cas de *Rechute* un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même *Affection* et/ou d'une nouvelle *Affection* résultant du *Sinistre* initial ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la *Rechute*,
- La production d'un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.
- En cas d'*Accident*, une déclaration écrite précisant les circonstances du *Sinistre*, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- Le tableau d'amortissement du prêt concerné,
- La copie de l'offre de prêt,
- Si l'Assuré à la qualité de *Caution* de l'emprunteur personne physique, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie officiel par l'*Organisme prêteur* par suite de la défaillance du cautionné,
- Toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

8.2 Expertise médicale

L'état d'*Incapacité Temporaire Totale*, d'*Invalidité Permanente Partielle*, d'*Invalidité Permanente Totale*, de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* ou d'*Invalidité Spécifique* (pour l'incapacité fonctionnelle) peut être contrôlé par expertise médicale. Les décisions prises par les organismes sociaux dont l'Assuré dépend sont inopposables à l'Assureur sauf pour la Garantie Invalidité Spécifique.

Le Gestionnaire se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin que l'Assureur aura désigné doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Ledit médecin expert missionné par le Gestionnaire sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'Assuré. Chacune des parties désignera alors un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Si lesdits médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

8.3 Modalités de versement des prestations

Les sommes dues sont payables après que le Gestionnaire ait réceptionné et étudié le dossier complet. Elles sont toujours versées en euros au profit de l'*Organisme prêteur*.

En cas de *Sinistre* provoqué par un tiers responsable, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré et de l'*Adhérent* c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

8.4 Fausse déclaration en cas de Sinistre

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré et l'*Organisme prêteur* à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

En cas de *Sinistre* Décès, toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose l'*Organisme prêteur* et les ayants droit à une déchéance de garanties, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

ARTICLE 9 – LES EXCLUSIONS

Sont exclus de l'ensemble des garanties les *Sinistres* résultant et/ou provenant :

- Lorsque l'Assuré a fait l'objet d'une sélection lors de son adhésion, des suites ou conséquences de Maladies, Accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature du questionnaire de santé (sous réserve de la réglementation relative au « droit à l'oubli ») ; Les garanties s'exercent cependant sur les suites et conséquences de Maladies, Accidents et infirmités qui ont été déclarés lors de la sélection médicale à l'adhésion, sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée au Certificat d'adhésion. Sont également exclus les *Sinistres* survenus antérieurement à la date de prise d'effet des garanties ou antérieurement à l'expiration du Délai d'attente, ainsi que leurs suites et conséquences,
- Lorsque l'Assuré n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de son adhésion, sont exclus au titre de l'ensemble des garanties, les *Sinistres* en cours à la date de prise d'effet des garanties ou à l'expiration du Délai d'attente.
- de toute participation à des exhibitions, paris, essais et tentatives de records, de quelle que nature que ce soit,
- de la pratique de tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat rémunéré par l'Assuré à l'adhésion sauf si elle a été acceptée par le Gestionnaire,
- de tout sport et/ou activité sportive non représentés par une fédération française agréée par l'Autorité de Tutelle,
- de la pratique de tout sport nécessitant l'usage d'un véhicule à moteur (terrestre, nautique ou aérien) et/ou de tout sport aérien (à voile, aile ou moteur), sauf dans le cadre d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état. Ces sports peuvent être garantis s'ils ont été déclarés par l'Assuré à l'adhésion ou en cours d'adhésion et acceptés par l'Assureur,
- des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires ou de rixes (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), de la participation active à des actes terroristes,
- d'accidents de circulation alors que l'Assuré se trouve en état d'ébriété caractérisé par un taux d'alcoolémie dans son sang supérieur au taux prévu par la législation du code de la route en vigueur au jour du *Sinistre*,
- de l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement ou à des doses non prescrites.

En complément des exclusions qui précèdent, sont exclus au titre de la garantie Décès, les *Sinistres* résultant et/ou provenant :

- du suicide la première année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation éventuelle des garanties ou la remise en vigueur de celle-ci. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide pour les garanties supplémentaires, est garanti à compter de la deuxième année qui suit la date de prise d'effet de l'augmentation. Toutefois les prêts destinés à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la première année dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R. 132-5 du code des assurances).

En complément des exclusions qui précèdent, sont exclus au titre de la garantie Décès et P.T.I.A les *Sinistres* résultant et/ou provenant :

- d'*Accidents* de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé

et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même.

En complément des exclusions qui précèdent, sont exclus au titre des garanties P.T.I.A, I.T.T, I.P.P, I.P.T et G.I.S, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoqués par l'accélération artificielles de particules. Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garanties si elles produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de *Maladie* ou d'*Accident* garanti,
- d'une tentative de suicide de l'Assuré,
- du fait volontaire de l'Assuré ou du *Bénéficiaire*.

En complément des exclusions qui précèdent, sont exclus au titre des garanties I.T.T, I.P.P, I.P.T et G.I.S les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique et d'un burn-out, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sauf si ces cas donnent lieu à une *Hospitalisation* continue de plus de huit (8) jours.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au cours des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à la fin du délai de *Franchise*.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au-delà des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'*Hospitalisation*.

Les Assurés ayant souscrit l'Option « *Rachat dos et psy* » sont garantis pour ces affections sans condition d'*Hospitalisation*.

- des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale), sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale nécessitant une *Hospitalisation* continue de plus de huit (8) jours. Cette exclusion ne s'applique pas aux affections fracturaires post-traumatiques ou tumorales liées au dos.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au cours des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à la fin du délai de *Franchise*.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au-delà des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'*Hospitalisation*.

Les Assurés ayant souscrit l'Option « *Rachat dos et psy* » sont garantis pour ces affections sans condition d'*Hospitalisation*.

Il appartient à l'Assureur d'établir que le *Sinistre* résulte et/ou provient d'une des causes d'exclusions précitées.

Disposition spécifique relative au congé légal de 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 légal, 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 légal dans les conditions et limites prévues au Contrat pour les garanties I.T.T, I.P.P et I.P.T.
- si, avant le début de ce congé légal, l'Assurée était indemnisée par l'Assureur dans le cadre du présent Contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'Assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites prévues au Contrat pour les garanties I.T.T, I.P.P et I.P.T.

ARTICLE 10 – MODIFICATIONS EN COURS D'ADHESION

L'adhésion au Contrat est établie d'après les déclarations de l'*Adhérent* ainsi que celles de chaque *Assuré* lors de l'adhésion.

A compter de l'émission du certificat d'adhésion, les changements intervenus dans la situation des *Assurés* n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Toutefois, si en cours d'adhésion l'*Adhérent* souhaite garantir une pratique sportive exclue (article 9) ou si les conditions de la pratique sportive déclarée garantie évoluent, une acceptation préalable de l'Assureur sera nécessaire.

Afin de procéder à la mise à jour de l'adhésion, l'*Adhérent* doit communiquer au Gestionnaire par écrit, dès qu'il en a connaissance, toute modification des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement (allongement de la durée, modification du taux d'intérêt, remboursement partiel ou total anticipé, renégociation.).

Toutes modifications des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement non déclarées au Gestionnaire sont inopposables à l'Assureur dès lors qu'elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire.

Le service fourni est de nature exclusivement électronique.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, l'*Adhérent* doit ainsi que les *Assurés*, avertir le Gestionnaire dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 11 – CONVENTION AERAS (« S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE »)

Lorsque le candidat à l'assurance est soumis à des formalités médicales d'adhésion et que les garanties sollicitées ne peuvent être accordées aux conditions standard avec le cas échéant exclusion(s) et/ou surprime (niveau 1 de la convention AERAS), elles sont alors examinées individuellement au titre du niveau 2 de la convention AERAS.

Les demandes d'adhésion au Contrat acceptées par l'Assureur au niveau 2 bénéficient d'une tarification spécifique.

Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

ARTICLE 12 – SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION

ATTENTION :

Conformément aux articles L 113-8 et L113-9 du Code des assurances, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré et/ou de l'Adhérent portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion est sanctionnée par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat, dès lors qu'elle est établie par l'Assureur et ce même si elle a été sans influence sur le *Sinistre*.

Article L113-8 du Code des assurances :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le *sinistre*.

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

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L 113-9 du Code des assurances :

« L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

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

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

ARTICLE 13 – RECLAMATIONS

Pour toute réclamation relative au Contrat, l'Adhérent, l'Assuré (ou ses ayants droit), le Bénéficiaire désigné ci-après comme le « réclamant », peut s'adresser à son interlocuteur habituel.

Si la réponse apportée ne le satisfait pas, le réclamant peut adresser sa réclamation via son espace assuré ou par courrier à l'adresse ci-dessous :

Service Clients - UTWIN Assurances
2 quai du Commerce 69009 Lyon

Il est recommandé au réclamant de détailler de la manière la plus précise possible les motifs de sa réclamation, d'indiquer le nom de son Contrat, la référence de son adhésion et de joindre le cas échéant les pièces justificatives.

Le Service Clients accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 mois suivant sa date de réception.

Médiation

Si le désaccord persiste et qu'aucune solution amiable ne peut être trouvée, le réclamant peut, sans préjudice des autres voies de recours légales à sa disposition, faire appel au médiateur compétent dont les coordonnées lui seront communiquées par le Service Clients sur simple demande écrite.

Le Médiateur examinera le litige si toutes les voies de contestation prévues par le contrat, et détaillées ci-dessus, ont été préalablement épuisées et que l'Assureur a communiqué sa position définitive sur le dossier ou si aucune réponse n'a été apportée à la réclamation depuis plus de 2 mois à compter de la 1ère formulation de celle-ci.

Si et seulement si ces conditions sont réunies, La Médiation de l'Assurance acceptera de se saisir de la réclamation qui lui sera adressée par l'Assuré, l'Adhérent ou le Bénéficiaire :

- soit par voie électronique en complétant le formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance ;
- soit par courrier adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50100 75441 Paris cedex 09.

L'Assuré, l'Adhérent ou le Bénéficiaire devra joindre à sa requête les pièces de son dossier, les échanges concernant l'objet du litige ainsi que la copie du courrier de l'Assureur indiquant sa position définitive.

Si l'adhésion au Contrat a été faite à distance par Internet, l'Adhérent, l'Assuré ou le Bénéficiaire peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent 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 dans les conditions énoncées à l'article L 114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L 114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

ARTICLE 15 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

UTWIN Assurances, responsable des traitements listés ci-dessous, met en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour l'adhésion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec ses clients.

Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- L'étude des besoins du client,
- L'adhésion et la gestion administrative du contrat,
- La gestion commerciale du contrat,
- La réalisation d'études marketing,
- La prospection commerciale, sauf si le client s'y est opposé.

L'Assureur et UTWIN Assurances, responsables conjoints des traitements listés ci-dessous, mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec leurs clients. Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- La gestion des Sinistres,
- La gestion des réclamations,

- La réalisation de statistiques et d'études actuarielles,
- La réponse aux obligations légales.

Les données collectées, y compris les données de santé, sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés d'UTWIN Assurances et de l'Assureur, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants, partenaires, prestataires, mandataires, réassureurs ou aux organismes professionnels concernés.

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées. En application de la législation en vigueur, toute personne physique partie ou intéressée au contrat dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de ses données, d'un droit d'opposition aux traitements, d'un droit à la portabilité de ses données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après le décès, qui s'exercent en justifiant de son identité via l'Espace Assuré ou à l'adresse suivante :

UTWIN ASSURANCES
2 Quai du Commerce, 69009 Lyon.

Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ». UTWIN ASSURANCES a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : **dpo@utwin.fr**

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse :

3 place de Fontenoy
- TSA 80715 -
75334 Paris Cedex 07.

Conformément à l'article L 223-1 du Code de la consommation, l'*Adhérent* qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors de sa relation avec l'Assureur et le distributeur, peut s'inscrire, gratuitement, sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr

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

LEXIQUE

Accident : Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. **Toutefois sont considérées comme des Maladies et non comme des Accidents, les lésions organiques provoquées par un effort, les insolations, congélations et congestions.**

Adhérent : La personne physique ou morale qui adhère à l'association et au présent Contrat et en paie les cotisations.

Affection : Toute altération de l'état de santé de l'Assuré quelle qu'en soit l'origine (*Accident* ou *Maladie*).

Arrérage : Somme d'argent due périodiquement par l'emprunteur à l'Organisme prêteur.

Assuré : Personne qui bénéficie des garanties du contrat. L'Assuré est inscrit au *Certificat d'adhésion*.

Bénéficiaire : l'organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant, désigné sur la demande d'adhésion.

Certificat d'adhésion : Document remis à l'adhérent confirmant l'adhésion au Contrat qui précise notamment : les garanties souscrites, leur date d'effet et leur montant ainsi que la durée de la Franchise.

Caution :

La personne physique qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur personne physique, lorsque ce dernier ne peut y parvenir, Le dirigeant de droit ou associé d'une personne morale emprunteuse qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur.

Consolidation : Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de son état de santé.

Délai d'attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties mentionnées au Certificat d'adhésion. **Tout sinistre survenu pendant ce délai, ses suites et conséquences sont définitivement exclus des garanties.**

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période aucune prestation n'est due.

Hospitalisation : Fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimum de 24 heures ou d'une nuit. Est considéré comme établissement hospitalier un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes ou des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques, ainsi que le personnel nécessaire.

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T) : L'Assuré, exerçant de manière effective une activité professionnelle au jour du *Sinistre*, est considéré en *Incapacité Temporaire Totale* si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer sa profession. L'Assuré n'exerçant pas ou n'exerçant plus une activité professionnelle au jour du *Sinistre* est considéré en *Incapacité Temporaire Totale* s'il est temporairement contraint en raison d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses *Occupations de la vie quotidienne*.

Incapacité Permanente Partielle (I.P.P) : L'Assuré est considéré comme étant en état d'Incapacité Permanente Partielle si à la suite d'un accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une incapacité supérieure ou égale à 33% et inférieure à 66%.

Incapacité Permanente Totale (I.P.T) : L'Assuré est considéré comme étant en état d'Incapacité Permanente Totale si, à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti (e), il présente une incapacité supérieure ou égale à 66%.

Lettre Recommandée Electronique : Pour être conforme et recevable, une Lettre Recommandée Electronique doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier le tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire d'établir si le document a été déposé et remis au destinataire, conformément aux dispositions de l'article L100 du Code des Postes et des Communications Electroniques.

Maladie : Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Montant garanti : Montant du capital emprunté assuré par le Contrat et calculé à partir de la *Quotité assurée*.

Occupations de la Vie Quotidienne : Faculté pour les *Assurés* n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

Organisme prêteur : Le prêteur personne morale, mentionné sur la demande d'adhésion ayant consenti le prêt au titre de l'adhésion au Contrat. L'Organisme Prêteur doit être situé en France Métropolitaine ou dans l'un des DROM suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) : Etat qui place l'Assuré dans l'incapacité totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Prêt immobilier : Contrat de crédit visé à l'article L313-1 1° du code de la consommation destiné à financer l'acquisition ou la construction d'un bien à usage d'habitation ou à usage mixte d'habitation et professionnel ou à financer l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de ce bien.

Quotité assurée : Pourcentage du capital emprunté assuré par le Contrat pour chaque Assuré. Ce pourcentage peut être inférieur ou égal à 100% pour chaque Assuré.

Rechute : Est considéré comme une rechute tout nouvel arrêt de travail ou tout nouvel arrêt des Occupations de la vie quotidienne résultant de l'Affection initiale, toute aggravation de l'Affection initiale ou toute apparition d'une nouvelle Affection résultant du *Sinistre* initial.

Résidence : Désigne le lieu d'habitation, actuel ou futur déclaré à l'adhésion, de plus de 6 mois par an pour une personne physique et le lieu du siège social ou de l'établissement pour une personne morale.

Sinistre: Evénements survenant durant la période de validité de l'adhésion au Contrat et donnant lieu à garantie au titre du Contrat : *Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Incapacité Permanente Totale, Incapacité Permanente Partielle, Incapacité Spécifique*.

ANNEXE

Le taux d'invalidité permanente attribué à l'Assuré est déterminé selon le barème ci-dessous, en fonction des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle qui lui sont reconnus par expertise médicale :

TAUX PROFESSIONNEL	TAUX FONCTIONNEL									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10						33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20					36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30				36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40			33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50			35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60			37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70			39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80			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



Le taux contractuel est inférieur à 33%
L'Assuré n'est pas garanti



Le taux contractuel est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%
L'Assuré est en Invalidité Permanente Partielle



Le taux contractuel est supérieur ou égal à 66%
L'Assuré est en Invalidité Permanente Totale

Conditions applicables pour les opérations gestion du Contrat d'Assurance Collective emprunteurs à adhésion facultative.

MALAKOFF HUMANIS PROTECT' EMPRUNTEUR

UTWIN Assurances, intermédiaire d'assurance, est gestionnaire du contrat d'assurance Malakoff Humanis Protect' Emprunteur.
Les actes effectués par UTWIN Assurances entraînent des frais de gestion.

Le barème actuellement en vigueur est le suivant :

- Avenant au contrat : 10 €
- Rejet de prélèvement bancaire: 10 €
- Mise en demeure suite au non-paiement de la cotisation : 25 €
- Remise en vigueur du contrat suite à une résiliation pour non-paiement : 25 €.