

NOTICE D'INFORMATION

Au contrat d'assurance collectif emprunteur à adhésion facultative FIDELIDADE SMART' EMPRUNTEUR

Le présent document constitue la notice d'information (référence 202409UTFID-SMART-01) du Contrat **FIDELIDADE SMART' Emprunteur** n°23 170 18 479, régi par le Code des assurances, notamment les articles L 141-1 et suivants. Cette notice reprend les dispositions du contrat collectif **FIDELIDADE SMART' Emprunteur** souscrit par l'Association des Assurés pour une Protection Solidaire auprès de FIDELIDADE Companhia de Seguros S.A., entreprise régie par la législation portugaise, dont la succursale pour la France est sise Tour W – 24^{ème} étage – 102 Terrasse Boieldieu – 92085 Paris La Défense Cedex, immatriculée auprès du Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 413 175 191, ci-après dénommée l'« **Assureur** ».

Fidelidade Companhia de Seguros S.A. est soumise au contrôle de l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), Avenida da Republica, 76, 1600-205 Lisboa- Portugal.

L'organisme gestionnaire du contrat est, par délégation de l'Assureur, **UTWIN ASSURANCES**, nom commercial de **TWINSEO**, société par actions simplifiée au capital de 250.000 €, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro n°821 873 734, dont le siège social est situé 2 Quai du Commerce - 69009 Lyon, société de courtage en assurance immatriculée à l'ORIAS sous le n° 16005411 (www.orias.fr).

L'activité de cette entreprise est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest -CS 92459- 75436 Paris Cedex 09.

SOMMAIRE

ARTICLE 1. DÉFINITIONS	2
ARTICLE 2. OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 3. PRÊTS ASSURABLES	3
ARTICLE 4. PERSONNES ASSURABLES	4
ARTICLE 5. ÉTENDUE TERRITORIALE	4
ARTICLE 6. GARANTIES PROPOSÉES	4
ARTICLE 7. FORMALITÉS d'ADHÉSION	4
7.1. Adhésion au contrat.....	4
7.2. Proposition de l'Assureur et émission du Certificat d'adhésion.....	4
7.3. Convention sur la preuve.....	5
ARTICLE 8. CONVENTION AERAS	5
ARTICLE 9. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET DES PRISES EN CHARGE	5
9.1. La garantie Décès.....	5
9.2. La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.....	5
9.3. Les garanties Incapacité et Invalidité.....	6
9.4. La garantie Invalidité Permanente Professionnelle.....	8
9.5. L'option renfort de couverture des affections dorsales et des affections psychiatriques.....	8
ARTICLE 10. EXCLUSIONS	9
ARTICLE 11. VIE DU CONTRAT	9
11.1. Prise d'effet de l'adhésion.....	9
11.2. Durée de l'adhésion au contrat.....	9
11.3. Modification des conditions d'assurance.....	9
11.4. Cessation de l'adhésion au contrat.....	10
ARTICLE 12. DURÉE DES GARANTIES	10
12.1. Début des garanties.....	10
12.2. Maintien des conditions d'acceptation et de tarifs.....	10
12.3. Fin des garanties.....	11
ARTICLE 13. LES PRIMES	11
13.1. Le tarif.....	11
13.2. Paiement des primes.....	11
13.3. Non-paiement des primes.....	11
13.4. Option Exonération des primes.....	11
ARTICLE 14. GESTION DES SINISTRES	11
14.1. Les documents à communiquer.....	11
14.2. Expertise médicale.....	11
14.3. Modalités de versement des prestations.....	12
14.4. Fausse déclaration en cas de sinistre.....	12

14.5.	Montant maximum d'indemnisation.....	13
ARTICLE 15. EXPERTISE AMIABLE ET EXPERTISE JUDICIAIRE.....		13
15.1.	Expertise médicale arbitrale amiable.....	13
15.2.	Expertise judiciaire.....	13
ARTICLE 16. BASES LÉGALES.....		13
16.1.	Faculté de renonciation.....	13
16.2.	Faculté de résiliation.....	13
16.3.	Traitement et protection des données personnelles.....	13
16.4.	Réclamations - médiation.....	14
16.5.	Prescription.....	14
16.6.	Formalités médicales.....	15
16.7.	Incontestabilité – sanction des omissions ou fausses déclarations.....	15
16.8.	Loi applicable et juridiction compétente.....	16
16.9.	Subrogation.....	16
16.10.	Modification d'une durée de prêt.....	16

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Le lexique ci-dessous est à la disposition de l'Assuré pour une parfaite compréhension des termes techniques utilisés.

Accident : toute atteinte ou lésion corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine, brutale, directe, imprévisible et exclusive d'une cause extérieure, et survenue pendant la période de validité des garanties.

Ne sont pas considérés comme des Accidents, les malaises cardiaques, l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux et la rupture d'anévrisme.

Adhérent : personne physique ou morale dont l'adhésion au Contrat a été acceptée et qui paie les primes.

Association des Assurés pour une Protection Solidaire : association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé 2 quai du Commerce 69009 LYON, souscriptrice du contrat **FIDELIDADE SMART' Emprunteur**. Elle a pour activité principale l'examen des situations des salariés et non-salariés, au regard des domaines de la prévoyance et de la retraite collective, l'information des membres, la sélection, la souscription et le suivi des contrats. Ses statuts sont disponibles sur simple demande auprès d'UTWIN Assurances.

Assuré : personne physique admise à l'assurance sur qui reposent les garanties. Le terme « Assuré » désigne chacun des assurés mentionnés au Certificat d'adhésion.

Bénéficiaire : l'Organisme prêteur désigné au Certificat d'adhésion pour percevoir les prestations du Contrat, sauf accord exprès du prêteur et de l'Adhérent pour la désignation d'un autre Bénéficiaire.

Capital Restant Dû : montant total du prêt dont l'Adhérent est redevable auprès de l'Organisme prêteur à une date déterminée. Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des Échéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités. Le montant maximum assurable au titre des garanties DC/PTIA est de 20 000 000 € et 10 000 000 € au titre de la garantie IPT.

Caution : personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'emprunteur ou le co-emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

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.

Certificat d'adhésion : document contractuel confirmant l'adhésion au Contrat et précisant les caractéristiques des garanties accordées par l'Assureur à l'Assuré ainsi que le montant des primes prévisionnelles.

Consolidation (date de) : moment à partir duquel l'état de santé de l'Assuré n'est plus susceptible de s'améliorer, y compris sous traitement.

Contrat : ensemble des documents qui définit les droits et obligations réciproques de l'Assuré et de l'Assureur. Le Contrat est régi par la présente Notice d'information, le Certificat d'adhésion ainsi que par les dispositions du Code des Assurances.

Délégation de bénéfice : document délivré à l'Adhérent au moment de l'adhésion au Contrat et qui est destiné à l'Organisme prêteur. Elle matérialise l'acceptation du risque par l'Assureur et indique, le(s) prêt(s) couvert(s), la date d'effet des garanties et les éléments sur le coût de l'assurance.

Demande d'adhésion : document papier ou support électronique permettant à une personne physique ou morale de formaliser sa demande d'adhésion au Contrat.

Echéance : montant de remboursement conformément au tableau d'amortissement ou échancier de loyers au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti tels que prévus au Certificat d'adhésion ou avenant au contrat en vigueur au jour du Sinistre. En cas de différé partiel d'amortissement, l'Echéance est limitée aux seuls intérêts du prêt. **L'Echéance ne couvre pas le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement locatif.** Concernant les prêts à paliers intégrant les prêts achat-revente, l'Assureur ne prend pas en charge dans l'Echéance, la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la revente de l'ancien bien de l'Assuré.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'incapacité de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période, aucune prestation n'est due.

Formalités médicales : questionnaire de santé, examens médicaux, questionnaire lié à une pathologie, demande d'informations médicales complémentaires pouvant être réclamés à l'Assuré lorsque la quotité assurée (incluant les prêts immobiliers déjà souscrits ou en cours de souscription) dépasse le montant ou lorsque l'âge assuré en fin de prêt dépasse l'âge indiqués à l'article L113-2-1 du Code des assurances.

Garantie Aide à la Famille : garantie destinée à couvrir le congé de présence parentale défini aux articles L1225-62 et suivants du Code du Travail, et aux articles L632-1 et suivants du Code de la fonction publique permettant, dans les conditions du a) de l'article.9.3.2 de la présente notice d'information, la prise en charge temporaire d'une partie des Echéances dans le cas où l'Assuré est contraint de cesser partiellement ou totalement son activité professionnelle ou sa recherche d'emploi pour assister son enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants. Cette garantie est accordée uniquement aux Assurés couverts au titre de l'Invalidité Permanente Partielle (IPP).

Hospitalisation : fait de recevoir des soins prescrits par une autorité médicale compétente 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 habilité(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques, ainsi que le personnel nécessaire, **à l'exclusion des établissements de soins de suite et réadaptation et des centres de thermalisme.**

Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) : état qui place l'Assuré, suite à un Accident ou une Maladie garantie, dans l'impossibilité temporaire, complète et continue, médicalement justifiée, d'exercer sa profession. L'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre est considéré

en ITT si son état le place dans l'impossibilité temporaire, complète et continue d'accomplir ses Occupations de la Vie Quotidienne. La prise en charge liée à cet état ne débute qu'à l'issue d'une période de Franchise choisie à l'adhésion par l'Assuré et mentionné sur le Certificat d'adhésion.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : inaptitude de l'Assuré, constatée à la date de Consolidation, d'exercer sa profession. Cette invalidité est couverte à compter d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33% et inférieure à 66%, selon le barème croisé fonctionnel et professionnel (article 9). Pour l'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre, l'IPP sera établie sur la base de la seule incapacité fonctionnelle.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : inaptitude de l'Assuré, constatée à la Date de Consolidation, d'exercer sa profession. Cette invalidité est couverte à compter d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, selon le barème croisé fonctionnel et professionnel (article 9). Pour l'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre, l'IPT sera établie sur la seule incapacité fonctionnelle.

Invalidité Permanente Professionnelle (IPPRO) : invalidité spéciale professions médicales (médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, interne, pharmacien, vétérinaire). Ces professionnels de santé doivent être inscrits sur le fichier ADELI.

Maladie : toute altération de l'état de santé d'origine non accidentelle constatée par un médecin. Est considéré comme une Maladie le décès qualifié de mort naturelle.

Médecin expert : médecin mandaté par UTWIN Assurances pour examiner l'Assuré dans le cadre d'un Sinistre.

Occupations de la Vie Quotidienne : travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles.

Organisme prêteur : organisme qui a consenti l'opération de crédit qui fait l'objet des garanties accordées par l'Assureur au titre du contrat.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : état qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, met l'Assuré dans l'incapacité physique ou mentale définitive permanente, médicalement constatée, de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit et le met dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance totale et permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer et s'alimenter).

Profession : métier exercé par l'Assuré lui procurant un salaire, une rémunération ou des revenus.

Proposant : personne physique ou morale qui formule une demande d'adhésion au contrat.

Quotité : correspond pour chaque Assuré, à la part, en pourcentage du capital emprunté auprès de l'Organisme prêteur, couverte par l'assurance de l'opération de crédit. Elle doit être inférieure ou égale à 100 %. Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'une même opération de crédit, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une quotité assurée de 100%.

Rechute : tout nouvel arrêt de travail ou tout nouvel arrêt des Occupations de la Vie Quotidienne qui résulte d'une Maladie ou d'un Accident ayant déjà fait l'objet d'une prise en charge par l'Assureur. Pour être indemnisé sans application d'une nouvelle période de franchise la rechute doit intervenir dans les quatre (4) mois de la reprise du travail ou des Occupations de la Vie Quotidienne.

Résidence habituelle : désigne le foyer d'une personne physique (conjoint et/ou enfants) ou le lieu de séjour principal (plus de 183 jours par an).

Sinistre : tout événement survenu pendant la durée de validité de l'adhésion susceptible de mettre en jeu une garantie souscrite au titre du Contrat.

Taux de change : est ainsi dénommé le taux de change applicable aux montants cités dans la présente notice qui sera déterminé selon le cours de référence de la Banque de France.

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat **FIDELIDADE SMART' Emprunteur** permet l'adhésion à un contrat d'assurance qui a pour objet de garantir l'Assuré, dans le cadre de prêts personnels ou professionnels contractés auprès d'un Organisme prêteur, contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) incluant la garantie Aide à la famille (en cas de congé de présence parentale pour assister un enfant malade, handicapé ou accidenté), d'Invalidité Permanente Totale (IPT) et d'Invalidité Professionnelle (IPPRO) consécutives à une Maladie ou à un Accident.

ARTICLE 3 - PRÊTS ASSURABLES

Sont assurables les prêts :

- libellés en euros ou francs suisses convertis en euros et rédigés en français ;
- souscrits auprès d'un établissement de crédit situé en France Continentale, Corse, la Réunion, Guadeloupe, Martinique et Guyane
- d'un montant minimum à assurer de 17 000 euros dont les caractéristiques sont les suivantes :
 - *prêt amortissable avec ou sans différé,*
 - *prêt relais achat-revente, (l'Assureur ne prend pas en charge dans l'Echéance la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la revente de l'ancien bien de l'Assuré),*
 - *prêt à taux zéro,*
 - *prêt in fine,*
 - *crédit-bail,*
 - *crédit de restructuration (constitué d'au moins 60% d'immobilier).*
- à taux fixe et/ou révisable, à échéances constantes ou progressives, indexées et/ou modulables ;
- dont la durée, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 360 mois, sauf pour les prêts relais où la durée maximale autorisée est de 36 mois (3 ans).

Ne sont pas assurables les prêts suivants :

- *Les crédits de trésorerie (le découvert bancaire et la facilité de caisse, crédits renouvelables) ;*
- *Les crédits permanents renouvelables ;*
- *Les prêts viagers hypothécaires ;*
- *Les prêts Europlan ;*
- *Les prêts d'une durée supérieure à 360 mois.*
- *Les prêts entre particuliers,*
- *Les crédits-vendeurs,*
- *Les prêts participatifs et obligataires.*

Prêts libellés en francs suisses :

L'assurance de prêts accordés en francs suisses par des établissements de crédit situés en France Continentale, Corse, la Réunion, Guadeloupe, Martinique et Guyane est possible aux conditions suivantes :

- *lors de l'adhésion au contrat, le montant du prêt à assurer et le tableau d'amortissement correspondant sont convertis en euros selon le Taux de change en vigueur à la date d'adhésion majoré d'un coefficient multiplicateur compris entre 100 et 120% ;*
- *les primes d'assurances sont prélevées en euros sur la base du tableau d'amortissement en euros ainsi obtenu ;*
- *en cas de réalisation du risque, l'indemnisation se fera en euros sur la base du tableau d'amortissement en devises en vigueur au jour du Sinistre, du Taux de change au jour de survenance du sinistre et dans la limite du montant tel que prévu au dernier tableau d'amortissement figurant au Certificat d'adhésion en vigueur à la date du Sinistre.*

Une réactualisation du tableau d'amortissement et des primes afférentes pourra être demandée annuellement par l'Adhérent avant le 20 décembre,

pour tenir compte de l'impact de l'évolution du Taux de change sur le tableau d'amortissement exprimé en euros. Cette modification devra correspondre exactement à l'évolution du Taux de change entre le 1er décembre de l'année précédant la réactualisation et le 1er décembre de l'année de la réactualisation, dans la limite de plus ou moins 10%. Toute réactualisation non demandée par l'Adhèrent pour une année donnée ne pourra être prise en compte ultérieurement. Toute modification est subordonnée à l'acceptation préalable de l'Assureur qui se réserve le droit de renouveler les formalités d'adhésion.

L'attention de l'Adhèrent est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'Assureur étant exprimé en euros, l'Adhèrent, ou ses héritiers, pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'Organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

ARTICLE 4 - PERSONNES ASSURABLES

Sont admissibles au Contrat, les personnes physiques, les représentants de personnes morales, exerçant des fonctions de dirigeant de la personne morale emprunteuse, ayant exclusivement la qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur au contrat de prêt ou de Caution et respectant les conditions cumulatives suivantes :

- âgées à la date de signature de la demande d'adhésion, d'au moins 18 ans et de :
 - *Moins de 81 ans pour la garantie décès,*
 - *Moins de 65 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPP, IPT, IPPRO,*
 - *Ayant satisfait aux formalités d'adhésion,*
 - *Remplissant les conditions de Résidence habituelle en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après :*

GARANTIES	LIEU DE RÉSIDENCE	
	France continentale	La Réunion Guadeloupe Martinique Guyane Corse
Décès /PTIA	x	x
ITT/IPT	x	x
IPP	x	x
Renfort couverture des affections dorsales et des affections psychiatriques	x	
IPPPO	x	
GIS	x	x

Les personnes assurables ont la qualité d'Assuré dès la date de prise d'effet des garanties.

ARTICLE 5 - ÉTENDUE TERRITORIALE

Les 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.

L'Assureur 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.

ARTICLE 6 - GARANTIES PROPOSÉES

Les garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

Garanties obligatoires :

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),

Garanties optionnelles :

- Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT),
- Invalidité Permanente Totale de travail (IPT),
- Invalidité Permanente Partielle de travail (IPP),
- Garantie Aide à la famille (GAF),
- Invalidité Permanente Professionnelle (IPPPO),
- Garantie Invalidité Spécifique (GIS),
- Exonération des primes en cas d'arrêt de travail,
- Renfort couverture des affections dorsales et/ou des affections psychiatriques.

Les garanties sont définies en référence aux exigences de l'Organisme prêteur et en plein accord avec le ou les emprunteurs/Assurés. Elles sont structurées pour répondre aux besoins de protections individuelles au regard de leur situation familiale et professionnelle et de la Quotité assurée.

Seules les garanties mentionnées au Certificat d'adhésion sont accordées à l'Assuré.

ARTICLE 7 - FORMALITES D'ADHÉSION

7.1 Adhésion au contrat

Lors de l'adhésion au Contrat, chaque Assuré doit satisfaire aux formalités administratives ainsi qu'aux éventuelles Formalités médicales qui lui sont demandées en fonction de son âge et des montants garantis.

Les opérations de crédit contractées sont assurables sous réserve de la signature de l'offre de l'opération de crédit au plus tard dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion mentionnée au Certificat d'adhésion, et d'un premier déblocage des fonds au plus tard dans les 24 mois qui suivent la signature de l'offre de l'opération de crédit. Si ces deux conditions ne sont pas remplies, l'Assuré devra satisfaire à nouveau aux formalités d'adhésion. Les prêts en cours sont assurables sous réserve d'un déblocage des fonds déjà effectué ou à venir dans les 24 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt.

L'Assureur rembourse sur la base des tarifs conventionnés et sur présentation des factures originales, les frais et examens médicaux résultant directement des Formalités médicales 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, exclusions, restriction sur les garanties) par l'Assureur et que celles-ci sont refusées par le Proposant.*

7.2 Proposition de l'Assureur et émission du Certificat d'adhésion

Après examen des pièces financières et médicales lorsque l'Assuré a été soumis à des Formalités médicales, l'Assureur, s'il accepte de couvrir le risque, propose une prime 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 valable 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.

7.3 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 de l'Adhèrent /

l'Assuré, lui seront opposables et pourront être admis comme 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.

ARTICLE 8 - CONVENTION AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) concernant les personnes dont l'état de santé ne leur permet pas d'obtenir une couverture d'assurance sans majoration de tarif ou exclusions de garanties.

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

Pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels (uniquement pour l'acquisition de locaux et de matériels), la Convention AERAS prévoit un dispositif d'examen approfondi et automatique de la demande d'assurance selon trois niveaux. Les dossiers refusés sont soumis à un dispositif dit de « 2^{ème} niveau » permettant le réexamen individualisé du dossier.

À l'issue des deux premiers niveaux, si une proposition d'assurance ne peut pas être établie, le dossier de l'emprunteur sera analysé à un troisième niveau, dans la mesure où il répond aux conditions suivantes :

- Pour les prêts professionnels et les prêts immobiliers autres que la résidence principale :
- encours cumulés de prêts inférieurs ou égaux à 420 000 euros,
- durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale :
- prêt inférieurs ou égaux à 420 000 euros (hors prêts relais),
- durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

Malgré ce dispositif, certaines personnes peuvent ne pas être assurables. Par ailleurs, si en raison de l'état de santé de l'Assuré, la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et la garantie Invalidité Permanente Totale ne peuvent être accordées sans restriction, l'Assureur étudiera la possibilité d'accorder à l'emprunteur la Garantie Invalidité Spécifique de la Convention AERAS (GIS).

Cette garantie couvre l'Assuré en cas d'invalidité professionnelle permanente totale et consolidée avec un taux d'incapacité fonctionnelle de 70% en référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Lorsqu'elle est accordée, la GIS ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'Assuré. Si l'Assureur n'a pas pu proposer la GIS, il étudiera la possibilité de proposer la couverture du risque de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Par ailleurs, en cas d'adhésion soumise à sélection médicale, l'Assuré peut bénéficier, dans les conditions prévues par la Convention AERAS, du dispositif du Droit à l'oubli en vigueur à la date de conclusion de son adhésion. La Convention AERAS met également en place une Grille de référence définissant les conditions dans lesquelles, pour certaines pathologies, l'Assuré peut accéder à des conditions d'assurance standard ou s'y approchant. Dans le cadre de cette grille de référence, l'Assuré doit déclarer les informations relatives à son état de santé lors de son adhésion. Les dispositions de la présente notice s'entendent sans préjudice de celles de la Convention AERAS.

ARTICLE 9 - DÉFINITIONS DES GARANTIES ET DES PRISES EN CHARGE

Pour chaque garantie concernée, les quotités assurées reposant sur la tête de l'assuré seront appliquées aux prestations prévues ci-après en fonction des conditions d'admissibilité figurant sur le Certificat d'adhésion.

Rappel : le contrat d'assurance étant un contrat par nature aléatoire, tout sinistre (arrêt de travail, état d'invalidité reconnu, maladie d'un enfant pour la garantie enfant malade) en cours lors de l'adhésion au contrat ne pourra être garanti et ne fera l'objet d'aucune indemnisation. Le règlement des prestations s'effectue sur la base du tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre.

9.1 La garantie Décès

L'assurance s'applique en cas de décès de l'Assuré **sous réserve d'acceptation du risque par l'Assureur et des exclusions prévues au chapitre « Exclusions »**.

En cas de décès de l'Assuré par suite de Maladie ou d'Accident avant le jour de son 91^{ème} anniversaire, l'Assureur verse le capital restant dû à la date d'échéance qui précède le décès majoré des intérêts courus jusqu'à la date du Décès, multiplié par la Quotité assurée.

Dispositions spécifiques :

Prêts avec différé : durant la phase de différé, l'Assureur verse le montant défini ci-dessous, affecté de la Quotité assurée :

- Pour les prêts avec différé d'amortissement en capital et intérêts : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès ;
- Pour les prêts avec différé d'amortissement en capital : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès ;

Prêts à débloques successifs : Si le décès de l'Assuré survient avant que la totalité du capital n'ait été débloquée par l'Organisme Prêteur, le règlement de l'Assureur inclura le montant des fonds non encore versés à la date du décès, affecté de la Quotité assurée, sous réserve que les primes correspondantes aient été réglées et que le contrat de prêt stipule expressément que l'opération pour laquelle le prêt a été consenti demeure.

Contrats de crédit-bail : l'Assureur prend en charge le montant des loyers restant dus au jour du décès augmenté de la valeur résiduelle du bien, affecté de la Quotité assurée, dans la limite du Montant Garanti. Le règlement est calculé sur la base du montant des loyers toutes taxes comprises (TTC).

Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

Le règlement s'effectue sur la base du tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre.

Les éventuelles échéances impayées, pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme prêteur ne sont pas couverts au titre de la garantie Décès.

Le versement du capital met fin à l'adhésion au contrat et à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

Cas particulier lié à la mise en place d'un séquestre avec accord de l'Organisme prêteur :

Le bénéfice du capital garanti en cas de décès de l'Assuré revient à la ou aux personne(s) désignée(s) dans la clause stipulée au contrat de séquestre intervenu entre l'Organisme prêteur et l'emprunteur déposée chez un notaire. Le règlement du capital garanti s'effectuera auprès du notaire et libérera entièrement, valablement et définitivement l'Assureur. Si, au décès de l'Assuré, le notaire informe l'Assureur, avant le règlement de la prestation, de la caducité du séquestre, l'Assureur procédera au règlement dudit capital.

9.2 La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

L'assurance s'applique en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré **sous réserve des exclusions prévues au chapitre « Exclusions »**.

Par « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (PTIA), il faut entendre l'état, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, qui place l'Assuré après Consolidation de son état de santé, dans l'incapacité totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, lui procurant gain ou profit. En outre, son état doit nécessiter l'assistance permanente d'une tierce personne pour l'accomplissement de l'ensemble des actes essentiels et ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Le versement du capital en cas de PTIA met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

En cas de PTIA de l'Assuré reconnu par le Médecin expert de l'Assureur pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur effectue, par anticipation, le versement de la prestation due selon les modalités définies pour la garantie Décès, ce qui met fin à l'adhésion et à l'ensemble des garanties de l'Assuré. Le montant de la prestation est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de PTIA par le Médecin expert.

L'état de PTIA doit faire suite à une Maladie ou un Accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le 71^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Pour donner lieu à garantie, l'état de santé de l'Assuré doit correspondre à la définition contractuelle de la PTIA. La date de Consolidation de la PTIA doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'Assuré, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

9.3 Les garanties Incapacité et Invalidité

L'assurance s'applique en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou Spécifique (GIS) de l'Assuré **sous réserve des exclusions prévues au chapitre « Exclusions »** et prévoit le règlement de tout ou partie des mensualités au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) du prêt ou des loyers (dans le cadre d'un crédit-bail) venant à échéance.

Pendant ou à la suite d'une période d'ITT ou d'IPP/IPT, ou durant la Franchise, aucune modification du plan d'amortissement du prêt ne peut être prise en compte sans l'accord exprès et écrit de l'Assureur.

En aucun cas la prise en charge ne pourra être supérieure aux mensualités de remboursement dues à l'Organisme prêteur.

9.3.1 La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

L'Assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail s'il se trouve à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti, dans l'impossibilité totale et temporaire, médicalement justifiée, d'exercer sa profession sous réserve qu'à la date d'Arrêt de travail il exerce effectivement une activité professionnelle rémunérée. Le premier jour d'Arrêt de travail doit nécessairement être postérieure à la date d'effet de la garantie. L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale s'il est temporairement contraint, suite à un Accident ou à une Maladie garantie, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la Vie Quotidienne.

La garantie prévoit la prise en charge du versement des mensualités assurées mentionnées au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre, pendant la durée de l'ITT, à l'issue d'une période de Franchise choisie à l'adhésion par l'Adhérent et mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

L'Adhérent a le choix, à l'adhésion, entre une Franchise de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours s'il exerce de manière effective une activité professionnelle au moment de l'adhésion au Contrat.

S'il n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au moment de l'adhésion au Contrat ou s'il est éligible aux conditions de l'article L.113-2-1 du Code des assurances, il a le choix entre une Franchise de 90, 120 ou 180 jours.

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.

En cas de reprise de l'activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, l'Assureur verse les prestations à hauteur de **50% du montant de l'échéance du prêt ou loyer du crédit-bail, affecté de la Quotité assurée, pendant une durée maximale de 360 jours.**

Toute Rechute dans les quatre (4) 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'Organisme assureur et que votre garantie ITT 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. **Toute nouvelle cessation d'activité postérieure à la date de résiliation de votre garantie ITT ne pourra être prise en charge.**

Les prestations ITT cesseront d'être versées :

- o en cas de reprise totale du travail ;
- o en cas de reprise partielle du travail (sauf mi-temps thérapeutique prescrit médicalement pour une durée maximale de 360 jours) ;
- o en cas de reprise des Occupations de la Vie Quotidienne ;
- o en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité totale de travailler ou d'accomplir les Occupations de la Vie Quotidienne ;
- o à la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- o pendant la période de congé légal de maternité pour les Assurées ;
- o en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite ;
- o et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 11.4 « Cessation de l'adhésion au contrat ».

L'état d'ITT cesse à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard à l'expiration de la prise en charge du régime obligatoire de l'Assuré dans le cadre de cette garantie.

A la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard, 1095 jours après le début de l'Incapacité Temporaire Totale, le versement des prestations au titre de la garantie ITT cessera. La poursuite de l'indemnisation sera étudiée au titre des garanties IPP ou IPT.

9.3.2 La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) et la Garantie Aide à la Famille (GAF)

a) L'Invalidité Permanente Partielle (IPP)

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle, lorsque, après Consolidation de son état de santé, il est reconnu par le Médecin expert de l'Assureur, suite à une Maladie ou un Accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le jour de son 65^{ème}, 67^{ème} ou 71^{ème} anniversaire (selon l'option choisie), atteint d'un degré d'invalidité (n) supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assureur verse les mensualités venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées 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.

Le degré d'invalidité (n), évalué par voie d'expertise médicale, est déterminé selon le barème figurant à l'article 9.3.3 de la présente Notice. Il est révisable en fonction de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'Assuré.

Les prestations cesseront d'être versées :

- o en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient supérieur à 66% ;
- o en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33% ;
- o à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour des raisons médicales) et au plus tard au jour de son 65^{ème}, 67^{ème}, 71^{ème} anniversaire (selon l'option choisie à l'adhésion) en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée ;
- o en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- o et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 12.3 « Fin des garanties ».

Aucune modification à la hausse des remboursements du prêt pendant une période d'IPP ne peut être prise en compte dans le calcul des prestations versées par l'assureur.

b) la Garantie Aide à la Famille (GAF)

L'Assuré bénéficie de la Garantie Aide à la Famille sous réserve d'être couvert au titre de la garantie IPP prévue au paragraphe a) ci-dessus et qu'au cours de l'adhésion, les conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- *L'enfant doit être à la charge effective et permanente de l'Assuré ou du foyer fiscal et être âgé de moins de 20 ans ;*
- *L'enfant est atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants dans le cadre défini par les articles L544-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et dont le diagnostic ou la survenance sont intervenus postérieurement à la date d'effet des garanties ;*
- *L'Assuré bénéficie de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale,*
- *L'Assuré doit cesser partiellement ou totalement son activité professionnelle ou sa recherche d'emploi pour assister son enfant,*
- *Le ou les crédits immobiliers finance(nt) l'achat d'une résidence principale,*
- *La prise en charge de garantie intervient avant le 20^{ème} anniversaire de l'enfant.*

Prestations versées au titre de la Garantie Aide à la Famille :

La prise en charge de la garantie Aide à la Famille intervient avant le 20^{ème} anniversaire de l'enfant.

Les prestations sont versées sous forme de rente et calculée en fonction de la quotité assurée sur la base suivante :

- *50 % des échéances en capital et intérêts, et augmentée de la prime d'assurance que l'Assuré a avancée, pour les crédits amortissables et pour la phase d'amortissement des crédits comportant un différé,*
- *50 % des échéances en intérêts seulement et augmentée de la prime d'assurance que l'Assuré a avancée pour les crédits non amortissables, ou une période de différé d'amortissement du capital (pendant la phase de différé).*
- *Les prestations sont plafonnées au titre de cette garantie à 3 500 euros par mois et par Assuré. Ce plafond s'entend pour l'ensemble des prêts consentis par l'Organisme prêteur et assurés au titre du présent Contrat,*
- *Les prestations sont versées pour une même mise en jeu de la garantie tant que l'Assuré bénéficie de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), et pour une durée maximale de 12 mois. Le versement des prestations peut être continu ou discontinu.*

Les prestations versées au titre de la Garantie Aide à la Famille ne se cumulent pas avec une autre garantie du Contrat. En cas de décès ou de PTIA de l'Assuré en cours d'indemnisation au titre de la Garantie Aide à la Famille, le Capital Restant Dû au titre du Décès ou de la PTIA, versé par l'Assureur, sera alors diminué des sommes réglées au titre de la Garantie Aide à la Famille qui se rapporteraient à des périodes postérieures à la date du Décès ou de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur.

Dans le cas de parents co-emprunteurs et co-assurés, la Garantie Aide à la Famille ne pourra pas être accordée simultanément aux deux Assurés. Les prestations ne seront versées qu'une fois par Sinistre indemnisé, sur le Contrat du parent bénéficiant de cette garantie

Les prestations cesseront d'être versées :

- *A la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension de vieillesse (sauf pour des raisons médicales) et au plus tard au*

jour de son 65^{ème}, 67^{ème} ou 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée et selon l'option choisie et mentionnée au Certificat d'adhésion ;

- *Lorsque l'Assuré ne bénéficie plus de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) et n'est plus en mesure d'en fournir les justificatifs de versement ;*
- *Lorsque l'enfant concerné atteint son 20^{ème} anniversaire ;*
- *et dans tous les autres cas de cessation de l'adhésion au Contrat prévus à l'article 12.3 « Fin des garanties ».*

9.3.3 La garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, lorsque, après Consolidation de son état de santé, il est reconnu par le Médecin expert de l'Assureur, suite à une Maladie ou un Accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le jour de son 65^{ème}, 67^{ème} ou 71^{ème} anniversaire (selon l'option choisie), atteint d'un degré d'invalidité (n) supérieur ou égal à 66%.

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

L'Assuré qui a souscrit la garantie IPT a le choix, au moment de l'adhésion, du mode de versement de la prestation et peut opter entre un versement sous forme de capital ou sous forme de rente.

Versement sous forme de Capital

Si l'Assuré a opté pour l'option versement de l'IPT sous forme de capital, il sera versé à l'Organisme Prêteur le montant du capital restant dû au prorata de la quotité assurée au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT.

Versement sous forme de rente

Si l'Assuré a opté pour le versement de la prestation sous forme de mensualité, l'Assureur verse, au prorata temporis et à terme échu une indemnité correspondant à 100% de l'échéance des prêts garantis, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'Organisme Prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement accepté par l'Assureur, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'Invalidité Permanente Totale médicalement justifiée. S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé), de prêts relais ou de prêts in fine, il sera versé, prorata temporis et à terme échu, les seuls intérêts annuels dus par l'Assuré au titre du prêt garanti réduits à la Quotité assurée. Pour les prêts relais ou in fine, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital). Sont également exclus de la garantie les échéances échues et non réglées ainsi que les intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du Contrat de prêt au jour de la survenance du Sinistre.

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% ;*
- *à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au jour de son 65^{ème}, 67^{ème}, 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée ;*
- *en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite ;*
- *et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 12.3 « Fin des garanties ».*

Aucune modification à la hausse des remboursements du prêt pendant une période d'IPT ne pourra être prise en compte dans le calcul des prestations versées par l'Assureur.

Détermination du taux d'Invalidité Permanente

Le taux d'Invalidité Permanente est apprécié en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle. L'invalidité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, d'après le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun édité par le Concours Médical en vigueur au jour du Sinistre.

Le tableau figurant ci-après, indiquant le taux d'invalidité permanente en fonction des divers degrés d'invalidité tant fonctionnelle que professionnelle, est un extrait de celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC).

		TAUX D'INVALIDITE FONCTIONNELLE								
		20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
TAUX D'INVALIDITE PROFESSIONNELLE	10%					33%	37%	40%	43%	46%
	20%				37%	42%	46%	50%	55%	58%
	30%			36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
	40%		33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
	50%		36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
	60%		38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
	70%		40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
	80%		42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
	90%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
	100%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

	Le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 66%, l'Assuré est en Invalidité Permanente Totale.
	Le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, l'Assuré est en Invalidité Permanente Partielle.
	Le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33%, l'Assuré ne sera pas indemnisé au titre du présent Contrat.

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 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, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Pour 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 par le Médecin expert, le taux d'invalidité permanente est apprécié uniquement en fonction de l'invalidité fonctionnelle.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un quelconque organisme de régime obligatoire d'Assurance

Maladie ou le cas échéant par celles du médecin qui a établi le certificat médical.

9.4 Garantie Invalidité Permanente Professionnelle (IPPRO)

En complément de la garantie Décès/PTIA, cette garantie peut être souscrite exclusivement par les Assurés exerçant la profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, d'interne, de pharmacien ou de vétérinaire, au moment de l'adhésion et au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion. L'Assuré est considéré en IPPRO s'il est par suite d'une maladie ou d'un accident dans l'impossibilité permanente totale et définitive d'exercer sa profession.

En cas d'invalidité, appréciée par rapport au barème d'invalidité professionnelle spécifique aux professions médicales, il sera versé les mensualités assurées mentionnées au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre. Le versement des prestations débute au jour de la Consolidation de l'Invalidité Permanente Professionnelle qui est fixée par expertise médicale par le Médecin expert.

Le taux d'invalidité est calculé en fonction du taux d'invalidité professionnelle évalué sur la base du barème d'Invalidité Professionnelle spécifique aux professions médicales. Il est apprécié en tenant compte de la profession médicale déclarée à l'adhésion et éligible à cette garantie et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

La reconnaissance de l'IPPRO doit intervenir 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 de son 65^{ème}, 67^{ème} ou 71^{ème} anniversaire (selon l'option choisie), 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 antérieur.

Les prestations cesseront d'être versées :

- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour des raisons médicales) et au plus tard au jour de son 65^{ème}, 67^{ème}, 71^{ème} anniversaire (selon l'option choisie à l'adhésion) en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée ;
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 12.3 « Fin des garanties ».

9.5 L'option renfort de couverture des affections dorsales et des affections psychiatriques

En cas d'incapacité ou d'invalidité, cette garantie optionnelle permet la prise en charge des Sinistres résultant et/ou provenant :

- des affections de la colonne vertébrale (option affections dorsales) : disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale) sans condition d'Hospitalisation ;
- des affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques, névrotiques, d'états dépressifs de toute nature, 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 leurs suites et conséquences sans condition d'Hospitalisation.

Cette garantie optionnelle est choisie à l'adhésion par l'Assuré en complément des garanties ITT, IPT et IPP, sous réserve d'acceptation par l'Assureur et moyennant une tarification spéciale. En cas de résiliation de l'Option, cette garantie optionnelle prend fin et l'Adhérent ne pourra plus la souscrire à nouveau.

ARTICLE 10 - EXCLUSIONS

Sont exclues de l'ensemble des garanties les suites et conséquences des événements suivants :

- de la guerre lorsque la France est partie prenante ;
- des événements causés ou aggravés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome, ou tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou toute autre source de rayonnements ionisants. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsque le sinistre provient du mauvais fonctionnement d'un instrument médical, ou d'une mauvaise manipulation de celui-ci, dans le cadre d'un traitement suivi par l'Assuré ;
- de la participation active de l'Assuré à des faits de rixe, d'émeute, d'insurrection, de délit, de crime, de mouvement populaire, de guerre civile ou étrangère, d'acte de terrorisme et/ou de sabotage. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsque ces faits ont été commis en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel ;
- de suicide survenu au cours de la première année du contrat et/ou de la date d'effet des garanties, de leur augmentation ou de leur remise en vigueur. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal de l'Assuré, dans la limite d'un montant fixé par décret et conformément aux dispositions de l'article L 132-7 du Code des assurances ;
- d'une tentative de suicide de l'Assuré ;
- d'un fait causé ou provoqué intentionnellement par l'Assuré ou du Bénéficiaire ;
- de l'usage de médicaments, de stupéfiants, de tranquillisants et/ou de drogues non prescrits par une autorité médicale, ou à des doses non prescrites ;
- de la conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la Route français, ou du pays où a lieu l'accident si le taux d'alcool maximum autorisé par la réglementation locale est plus faible ;
- d'accident aérien, lorsque l'Assuré se trouve à bord d'un appareil aérien non pourvu d'un certificat de navigabilité ou lorsque celui-ci est conduit par un pilote possédant un brevet non valable pour l'appareil ou une licence périmée ;
- de la participation de l'Assuré à un record, une tentative de records, une exhibition, un pari ou un essai, de toutes natures ;
- du saut à l'élastique ;
- de la pratique de tout sport ou activité sportive :
 - non représenté(e) par une fédération française agréée par le Ministère des Sports français,
 - à titre professionnel ou à titre amateur sous contrat rémunéré,
 - nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre à moteur ; toutefois cette exclusion ne s'applique pas à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'Etat,
 - nécessitant l'utilisation d'une embarcation à moteur, toutefois cette exclusion ne s'applique pas à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'Etat,
 - nécessitant l'utilisation d'un quelconque engin aérien (à moteur, à aile ou à voile), toutefois cette exclusion ne s'applique pas à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'Etat ;
- Des suites et conséquences d'affections dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'émission du Certificat d'adhésion. Cependant, les suites et conséquences des affections déclarées lors de l'adhésion, ainsi que celles non visées au questionnaire de santé, sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'assuré. Il en est de même pour les affections non déclarées car frappées du droit à l'oubli et pour les assurés dispensés de formalités médicales conformément à l'article L 113-2-1 du Code des assurances.

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1225-17 du Code du Travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'ITT

susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus de la durée de Franchise, que l'Assurée soit salariée ou non.

En complément des exclusions qui précèdent, ne sont pas garantis au titre des garanties ITT, IPP, IPT et IPPRO, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques, névrotiques, 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 leurs suites et conséquences, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation* continue de plus de huit (8) jours.

Les Assurés placés sous tutelle ou curatelle sont garantis pour ces affections sans condition d'Hospitalisation. Si le placement sous tutelle ou curatelle intervient après le délai de Franchise, l'indemnisation commencera à compter de la date du placement.

- des affections de la colonne vertébrale, disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale), sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation* continue de plus de huit (8) jours ; Toutefois, l'Assuré est garanti en cas de fractures ou d'affections tumorales de la colonne vertébrale.

*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 renfort couverture des affections dorsales et psychiatriques sont garantis pour ces affections sans condition d'hospitalisation comme indiqué au Certificat d'adhésion.

ARTICLE 11 - VIE DU CONTRAT

11.1 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au Contrat prend effet à la date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion remis à l'Assuré. La date d'effet de l'Adhésion correspond à la date à laquelle la Demande d'Adhésion a été signée électroniquement.

11.2 Durée de l'adhésion au Contrat

L'adhésion est conclue pour une période initiale se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année pendant toute la durée de remboursement de l'opération de crédit, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion prévus au paragraphe « Cessation de l'adhésion au contrat ».

11.3 Modification des conditions d'assurance

Afin d'établir l'avenant au contrat d'assurance, l'Adhérent est tenu d'informer UTWIN Assurances de toute modification du tableau d'amortissement, échéancier des loyers ou des caractéristiques de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement qui ne relève pas du fonctionnement initialement prévu de l'opération de crédit, dans un délai de 60 jours à compter de la date de prise d'effet de cette modification.

Pour les opérations de crédit à taux d'intérêt variable, l'Adhérent doit, dans le même délai, informer UTWIN Assurances de la modification du tableau d'amortissement résultant d'une variation du taux d'intérêt.

En cas de remboursement anticipé partiel de l'opération de crédit, la nouvelle assiette de prime est alors le Capital restant dû à la date de remboursement anticipé partiel.

Si l'Assuré ne remplissait pas les conditions d'admissibilité pour souscrire à toutes les garanties qu'il souhaitait au moment de la signature de la demande d'adhésion, il peut demander à UTWIN Assurances à être couvert en cours d'adhésion pour les garanties non souscrites antérieurement dès lors qu'il réunit ces conditions en cours de contrat.

L'Assureur s'engage alors à étudier sa demande qui sera subordonnée à l'accomplissement de nouvelles formalités d'adhésion dans les conditions prévues à l'article « Formalités d'adhésion ».

Les frais et éventuels examens médicaux engendrés par ce nouveau processus d'adhésion sont, dans ce cas précis, entièrement à la charge de l'Assuré.

Toute adhésion à une nouvelle garantie prendra effet au jour de son acceptation par l'Assureur.

Cependant, en cas d'adhésion à une nouvelle garantie ou d'augmentation des échéances ou de la durée de l'opération de crédit intervenue dans les 6 mois précédant la date du Sinistre ou postérieurement à la date du Sinistre, l'indemnisation n'en tiendra pas compte, ces modifications résultant du seul fait de l'Adhérent.

L'Adhérent peut demander une modification de la Quotité assurée :

- **en cas de diminution de la Quotité assurée**, l'Adhérent devra envoyer à UTWIN Assurances un accord écrit de l'Organisme prêteur ;
- **en cas d'augmentation de la Quotité assurée**, l'Assureur se réserve le droit d'appliquer ou de renouveler les Formalités médicales dans les conditions prévues à l'article « Formalités d'adhésion ».

En outre, l'Assureur pourra refuser la modification ou revoir les conditions d'acceptation et/ou le tarif.

L'Assureur et l'Adhérent, sous réserve de l'accord de l'Organisme prêteur, ont la possibilité de résilier l'adhésion à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la notification du refus ou de la nouvelle proposition de l'Assureur.

Dans ce cas, la résiliation doit être signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée de l'accord de l'Organisme prêteur. Elle prendra effet à la date de paiement de la prime qui suit sa notification. À défaut de résiliation ou si l'Adhérent n'a pas accepté la nouvelle proposition ou l'a expressément refusée dans le même délai de 30 jours, l'adhésion est maintenue aux conditions antérieures sans modification des garanties et des conditions d'acceptation.

Jusqu'à la date d'effet indiquée à l'avenant et sauf cas de résiliation de l'adhésion, les garanties continueront de s'appliquer dans les conditions initialement prévues.

En cours de contrat, les changements intervenus dans la situation personnelle ou professionnelle de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties accordées par l'Assureur qui sont maintenues aux mêmes conditions.

L'Adhérent doit informer UTWIN Assurances de tout changement de domicile, d'adresse postale et/ou électronique. À défaut, les courriers envoyés à la dernière adresse déclarée à UTWIN Assurances par l'Adhérent sont réputés produire tous leurs effets.

11.4 Cessation de l'adhésion au contrat

L'adhésion cesse automatiquement et de plein droit :

- **à la dernière échéance prévue à l'origine de l'opération de crédit concernée, sauf accord de l'Assureur sur la modification de la durée ;**
- **à la date à laquelle le paiement du solde du prêt ou la restitution du bien loué devient exigible au profit de l'Organisme prêteur ;**
- **en cas de résiliation du prêt pour déchéance du terme prononcée par l'Organisme prêteur ;**
- **en cas de résiliation du contrat de crédit-bail ;**
- **à la date à laquelle cessent les engagements de l'emprunteur envers l'Organisme prêteur c'est-à-dire :**
- **au remboursement total et définitif de l'opération de crédit, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale prévue ou par anticipation,**
- **à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par l'Assureur,**

- **au terme prévu de chaque garantie comme défini à l'article 12.3 « Fin des garanties » ;**
- **en cas de non-paiement de tout ou partie des primes ;**
- **si l'Adhérent est une personne morale, le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé ou de dirigeant de droit de la personne morale adhérente ;**
- **si l'Assuré est Caution, à la date de cessation du contrat de cautionnement ;**
- **à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt ou au 31 décembre qui suit la demande de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent. L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur deux mois avant la date anniversaire de la signature de son offre de prêt ou avant le 31 octobre de l'exercice concerné et après accord de l'Organisme prêteur ;**
- **à la date de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent, dans les conditions définies au paragraphe « Faculté de résiliation ».**

ARTICLE 12 – DURÉE DES GARANTIES

12.1 Début des garanties

Sous réserve du paiement par l'Adhérent de la première prime, les garanties prennent effet :

- **En cas de Vente à distance : à la date de la signature de l'offre de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu au sous-chapitre « Faculté de renonciation » ; délai qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion. Les garanties peuvent prendre effet à la date de la signature de l'offre de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement, lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation, à condition que l'Adhérent le demande dans l'espace prévu sur la Demande d'adhésion pour la mise en œuvre des garanties.**
- **Dans les autres cas : à la date de la signature de l'offre de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt à la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat d'adhésion. Dans tous les cas, les garanties ne peuvent pas prendre effet avant la date d'effet de l'adhésion au Contrat. En cas de refus d'une opération de crédit par l'Organisme prêteur, les primes d'assurance afférentes à cette opération de crédit et éventuellement perçues lors de l'adhésion, sont intégralement remboursées. L'adhésion au Contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet.**

12.2 Maintien des conditions d'acceptation et de tarifs

À compter de la prise d'effet de l'adhésion, l'Assureur s'engage à maintenir les conditions d'acceptation et de tarifs notifiés sur le Certificat d'adhésion pour les garanties souscrites, tant que les garanties seront en vigueur **et sous réserve** :

- **des dispositions prévues aux paragraphes « Modification des conditions d'assurance », « Demande de rachat d'exclusions » et « Détermination du montant des primes » ;**
- **du paiement régulier des primes conformément à l'échéancier prévu ;**
- **que la signature de l'offre de l'opération de crédit intervienne dans un délai de 6 mois à compter de la date de signature de la date mentionnée au Certificat d'adhésion et que, dans le cadre d'un prêt, le premier débloqué des fonds intervienne dans un délai de 24 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt.**

12.3 Fin des garanties

D'une façon générale, les garanties prennent fin en même temps que l'adhésion telle que prévu au paragraphe « Cessation de l'adhésion au contrat ».

À l'égard de chaque Assuré, les garanties cessent :

- **le jour de son 91^{ème} anniversaire, pour la garantie Décès ;**
- **le jour de son 71^{ème} anniversaire pour la garantie PTIA ;**

- pour les garanties ITT, IPP, Aide à la Famille, IPT et IPPRO, le jour du départ ou mise en préretraite ou retraite, (sauf en cas de mise en retraite anticipée pour inaptitude), et, au plus tard en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, le jour de son 65^{ème}, 67^{ème} ou 71^{ème} anniversaire (selon l'option choisie et mentionnée au Certificat d'adhésion).

ARTICLE 13 – LES PRIMES

13.1 Le tarif

Les primes - tous frais et taxes compris - sont calculées sur le montant du Capital initial et sont fixées en fonction des informations recueillies à l'adhésion et notamment de l'âge de l'Assuré, de sa catégorie socioprofessionnelle, de la Quotité assurée, des garanties et des options souscrites ainsi que des éventuelles conditions particulières.

Au montant des primes d'assurance, s'ajoutent lors de l'adhésion celui des frais de dossier (dont le montant est indiqué dans la demande d'adhésion) ainsi que celui de la prime à l'Association s'élevant à 1,50 €.

À l'adhésion, un tableau récapitulatif des primes annuelles prévisionnelles sera adressé à l'Assuré. Le tarif est garanti sauf changement du taux des taxes, instauration de nouvelles impositions ou nouvelle décision législative ou réglementaire applicables au contrat FIDELIDADE SMART' Emprunteur qui s'imposerait aux adhésions en cours et entraînerait une modification du montant de la prime.

13.2 Paiement des primes

La cotisation est payable par prélèvement bancaire sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé dans un pays de la zone euros, en fonction de la périodicité de paiement choisie lors de l'Adhésion ; à terme échu si la périodicité choisie est mensuelle, à terme à échoir si la périodicité choisie est trimestrielle ou annuelle. Par ailleurs tout mois commencé est dû.

13.3 Non-paiement des primes

À défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, l'Assureur adresse, au dernier domicile connu de l'Adhérent, une lettre recommandée informant que le contrat sera résilié dans un délai de 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la prime est toujours impayée à l'issue de ce délai (article L. 141-3 du Code des assurances). L'Adhérent restera alors débiteur des primes dues et des frais liés à la gestion de ces impayés. L'Organisme prêteur en sera alors informé et pourra, s'il le souhaite, demander à UTWIN Assurances de maintenir le Contrat en vigueur en se substituant à l'Adhérent pour le paiement des primes.

13.4 Option Exonération des primes

Cette garantie optionnelle permet à l'Assuré de bénéficier de la prise en charge par l'Assureur du paiement des primes dans les conditions suivantes : dès lors que l'Assuré ou le bénéficiaire désigné perçoivent des prestations périodiques au titre des garanties ITT, IPT sous forme de rente ou IPPRO, l'Adhérent bénéficie de la prise en charge du paiement des primes payables au titre de l'ensemble des garanties souscrites, au prorata du nombre de jours indemnisés, et ce durant toute la période de prise en charge du Sinistre par l'Assureur. Pour l'Assuré qui bénéficie de la prise en charge au titre de l'IPP, l'exonération visée ci-dessus s'effectue à hauteur de 50% du montant de ces primes.

ARTICLE 14 – GESTION DES SINISTRES

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 initial. 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.

14.1 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 ou 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). Si les justificatifs originaux ne sont pas rédigés en français ou en anglais, ces documents devront être traduits en français par un traducteur agréé.

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, d'invalidité permanente professionnelle 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 2ème ou 3ème 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.
- 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.

En cas de mise en jeu de la Garantie Aide à la famille :

- Un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit l'enfant de l'Assuré, attestant du caractère indispensable de la présence parentale soutenue auprès de l'enfant,

- Les justificatifs de versement de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 à L544-9 du Code de la sécurité Sociale.

Pour la poursuite de la prise en charge au titre de la Garantie Aide à la famille, les justificatifs doivent être fournis au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné.

14.2 Expertise médicale

L'état d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Professionnelle, 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.

14.3 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 pourra exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

14.4 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.

14.5 Montant maximum d'indemnisation

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

- 20 000 000 € au titre des garanties DC/PTIA ;
- 30 000 € par mois au titre des garanties ITT, IPT sous forme de rente, IPP, GIS et IPPRO ;

- o 10 000 000 € au titre de l'IPT sous forme de capital.

Pluralité d'Assurés : si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt ou crédit-bail, l'Assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une personne assurée avec une quotité à 100 %.

ARTICLE 15 – EXPERTISE AMIABLE ET EXPERTISE JUDICIAIRE

15.1 Expertise médicale arbitrale amiable

En cas de désaccord de l'Assuré ou des ayants droit sur les conclusions du Médecin expert, ce ou ces derniers désigne(nt) un médecin pour donner son avis. Une expertise commune est alors organisée. Si les médecins désignés ne sont pas d'accord, ils s'en adjoignent un troisième. Les trois médecins opèrent en commun à la majorité des voix. A défaut d'entente entre les médecins pour en désigner un troisième, celui-ci sera choisi, à la requête la plus diligente, par le président du Tribunal Judiciaire du domicile déclaré de l'Assuré ou son domicile élu ; l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Chacune des parties supporte les honoraires et frais du médecin qu'elle a désigné et supportera par moitié ceux du troisième.

15.2 Expertise judiciaire

Le recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations est possible dès que survient un différend entre l'Assuré et le Médecin expert. Ce recours est également possible si, à l'issue de l'expertise amiable, une des parties est en désaccord avec l'avis du médecin expert.

ARTICLE 16 – BASES LÉGALES

FIDELIDADE SMART' Emprunteur est un contrat régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances. Les risques sont garantis par FIDELIDADE Companhia de Seguros S.A., soumise au contrôle de l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF°, Avenida da Republica, 76, 1600-205 Lisboa- Portugal).

Le service fourni est de nature exclusivement électronique.

16.1 Faculté de renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer à l'adhésion dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet de l'adhésion et doit avoir averti l'Organisme Prêteur par lettre recommandée avec accusé de réception. Il doit signifier la renonciation à UTWIN Assurances par lettre recommandée avec accusé de réception ou lettre recommandée électronique à :

**Service Clients-UTWIN Assurances
2 quai du Commerce
69009 Lyon**

Cette lettre pourrait être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) Nom :.....Prénom :.....Adresse complète : déclare par la présente renoncer à mon adhésion au Contrat **FIDELIDADE SMART' Emprunteur** n°.....et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le Le Signature »

Dans ce cas, l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé. Les primes éventuellement versées lui sont alors remboursées dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

L'adhésion ne peut normalement prendre effet tant que le délai de renonciation ci-dessus indiqué n'est pas expiré. Néanmoins, il peut être dérogé à ce principe si l'Adhérent en fait la demande lors de sa demande d'adhésion. Dans ce cas l'Adhérent conserve le bénéfice de son droit à renonciation, et s'il demande la renonciation, la part des cotisations versées, hors frais d'association, correspondant à la période non couverte lui sera restituée dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

L'Adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il demande la prise en charge d'un sinistre mettant en jeu une garantie du Contrat.

16.2 Faculté de résiliation

Pour les prêts immobiliers à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du Code de la consommation, conformément à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'Adhérent peut résilier l'adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

Pour les autres prêts, l'Adhérent peut résilier son adhésion chaque année, en adressant à UTWIN Assurances une notification deux mois au moins avant la date d'échéance de l'adhésion soit le 1^{er} janvier.

La notification de la résiliation peut être effectuée au choix de l'Adhérent :

- *soit par lettre ou tout autre support durable ;*
- *soit par déclaration faite auprès de UTWIN Assurances ;*
- *soit par acte extrajudiciaire ;*
- *soit via son Espace Assuré ;*

L'Adhérent doit également notifier à UTWIN Assurances par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique la décision de l'Organisme prêteur, visée à l'article L. 313-31 du Code de la consommation, d'accepter ou de refuser l'assurance de substitution en précisant, le cas échéant, la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution.

En cas d'acceptation de la substitution par l'Organisme prêteur, la résiliation de l'adhésion prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- o *soit 10 jours après la réception par l'Assureur de la décision de l'Organisme prêteur ;*
- o *soit à la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution par l'Organisme prêteur.*

En cas de refus par l'Organisme prêteur, l'adhésion n'est pas résiliée.

16.3 Traitement et protection des données 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 :

- o *L'étude des besoins du client ;*
- o *L'adhésion et la gestion administrative du contrat ;*
- o *La gestion commerciale du contrat ;*
- o *La réalisation d'études marketing ;*
- o *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 :

- o *La gestion des sinistres ;*
- o *La gestion des réclamations ;*
- o *La réalisation de statistiques et d'études actuarielles ;*
- o *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

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, elle peut introduire une réclamation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

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

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.

16.4 Réclamations – Médiation

Pour toute réclamation relative au Contrat, l'Adhérent, l'Assuré (ou ses ayants droit), désignés ci-après comme le « réclamant », doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si le réclamant ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser une réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à l'adresse ci-dessous :

Service Clients - UTWIN Assurances
2 quai du Commerce
69009 Lyon

Ce service accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date d'envoi (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 d'envoi.

Si la réponse apportée ne convient pas ou en cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par le Service Réclamations du Gestionnaire, le réclamant peut alors s'adresser à l'Assureur :

Via l'adresse mail reclamations@fidelidade.fr ou par voie postale à l'adresse suivante :

FIDELIDADE FRANCE - Service Réclamations
Tour W-102 Terrasse Boieldieu-CS 50134
92085 Paris La Défense Cedex

Il est recommandé au réclamant de détailler de la manière la plus précise possible les motifs de sa réclamation et d'indiquer le nom de son Contrat ainsi que la référence de son adhésion.

Le Service Réclamations de l'Assureur accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date d'envoi (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 d'envoi.

Dans tous les cas, au-delà de 2 mois à compter de votre première réclamation auprès de nos services que vous ayez ou non obtenu un retour de notre part, vous pouvez, avant toute demande en justice, soumettre votre réclamation au Médiateur de l'Assurance, en adressant un dossier complet par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris Cedex 09 ou via <https://www.mediation-assurance.org/contact/>. La saisine du médiateur interrompt la prescription. Le médiateur rend un avis motivé dans un délai de 3 mois maximum à compter de la réception d'un dossier complet.

16.5 Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du Contrat sont fixées par les articles L114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 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. »

Article L114-2 du Code des assurances : « 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. »

Article L114-3 du Code des assurances : « 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. »

Article L. 192-1 du Code des assurances : « Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1^{er}, est porté à cinq ans en matière d'assurance sur la vie pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. »

Information complémentaire : les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil : « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil : « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil : « L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil : « Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil : « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

Report du point de départ ou suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après :

Article 2233 du Code civil : « La prescription ne court pas : 1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ; 2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ; 3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé. »

Article 2234 du Code civil : « La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. »

Article 2235 du Code civil : « Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts. »

Article 2236 du Code civil : « Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité. »

Article 2237 du Code civil : « Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession. »

Article 2238 du Code civil : « La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. »

Article 2239 du Code civil : « La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. »

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances et 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.

16.6 Formalités médicales

Article L. 113-2-1 du Code des assurances :

« Par exception au 2° de l'article L. 113-2, lorsque le contrat d'assurance a pour objet de garantir, en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant restant dû au titre d'un contrat de crédit mentionné au 1° de l'article L. 313-1 du

code de la consommation, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt, aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical de l'assuré ne peut être sollicité par l'assureur, sous réserve du respect de l'ensemble des conditions suivantes :

1° La part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;

2° L'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

Un décret en Conseil d'Etat peut définir des conditions plus favorables pour l'assuré en termes de plafond de la quotité assurée et d'âge de l'assuré. »

16.7 Incontestabilité – sanction des omissions ou fausses déclarations

Les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré concernant son âge, son état civil, son état de santé, ses antécédents médicaux, la nature de son projet, ses activités professionnelles et ses conditions d'exercice ainsi que la Quotité assurée sur les prêts immobiliers déjà souscrits ou en cours de souscription servent de base à l'adhésion au Contrat qui devient incontestable dès son entrée en vigueur.

La nullité du Contrat pourra être soulevée conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle. L'Assureur conservera alors les primes versées à titre de dédommagement. De plus, l'Assureur est fondé, à titre de dédommagement, à réclamer à l'Adhérent le paiement de toutes les primes dues jusqu'au terme du Contrat. L'Adhérent devra également rembourser à l'Assureur les indemnités versées à l'occasion des Sinistres réglés au cours de l'adhésion.

Si après un Sinistre, l'Assureur constate une omission ou une déclaration inexacte de nature à atténuer son appréciation du risque, les indemnités pourront être réduites, conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances. Si elle est constatée avant la survenance d'un Sinistre, une telle omission ou déclaration inexacte donnera lieu soit au maintien du contrat moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Adhérent, soit à la résiliation du contrat.

Rappel des dispositions des articles L 113-8, L 113-9 et L 132-26 du code des assurances :

Article L.113-8 du Code des assurances : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le Contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le Sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts ».

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 avec accusé de réception, 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 au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

Article L.132-26 du Code des assurances : « L'erreur sur l'âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'Assureur. Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

16.8 Loi applicable et juridiction compétente

Le Contrat est régi par la législation française, à laquelle les parties déclarent se soumettre. La langue utilisée pendant toute la durée du contrat est le français.

L'Assureur fait élection de domicile à son siège à Paris.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence du Tribunal du domicile de l'Assuré ou de l'ayant droit, si ce dernier est domicilié en France.

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

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le Contrat est de plein droit applicable à la date de son entrée en vigueur.

« Fidelidade - Companhia de Seguros S.A. » est tenue, à peine de sanction pénale, à un devoir de vigilance, en application des articles L.561-2 et suivants du Code monétaire et financier relatifs aux obligations qui incombent notamment aux entreprises d'assurance en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

16.9 Subrogation

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, UTWIN Assurances peut exercer un recours conformément aux dispositions légales, à concurrence des prestations et indemnités versées.

L'Assuré s'engage dès à présent à subroger UTWIN Assurances intégralement dans ses droits et actions qu'il détiendrait à l'encontre d'un tiers responsable en cas de Sinistre. À cet effet, l'Assuré s'engage à signer et à retourner à UTWIN Assurances la quittance subrogative adressée en contrepartie du règlement des prestations dues au titre du contrat **FIDELIDADE SMART' Emprunteur**.

16.10 Modification de durée d'un prêt

L'Assureur doit couvrir sans demande de formalités médicales les emprunts immobiliers dans la limite de 5 ans et des limites prévues au contrat d'assurance en cas d'allongement de la durée de son prêt dans les conditions prévues par le contrat de prêt initial, avec des garanties et des grilles tarifaires inchangées.

ANNEXES

BARÈME INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES (INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE)

	Barème des praticiens effectuant des actes chirurgicaux	Barème des praticiens n'effectuant pas d'actes chirurgicaux
PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE & RACHIS		
Aliénation totale incurable	100 %	100 %
Névralgie, sciatique persistante (avec signes objectifs)	5 à 40 %	5 à 40 %
Syndrome subjectif ou post-commotionnel d'origine traumatique	5 à 20 %	5 à 20 %
Névrose traumatique constituée avec retentissement fonctionnel important	20 à 100 %	20 à 100 %
Epilepsie post-traumatique avec crise, traitée avec retentissement fonctionnel	20 à 100 %	20 à 100 %
Déficit sensitif ou moteur d'origine médullaire, hémisphérique, tronculaire ou cérébelleux selon l'importance des signes neurologiques ou du retentissement fonctionnel	15 à 100 %	15 à 100 %
Trouble de l'équilibre en fonction des retentissements fonctionnels	10 à 100 %	10 à 100 %
Séquelles douloureuses des traumatismes vertébraux :		
Au niveau du rachis cervical, thoraco lombaire et lombaire, sans complications neurologiques	10 à 35 %	10 à 35 %
Au niveau du rachis cervical, thoraco lombaire et lombaire, sans complications neurologiques ou vasculaires en fonction des séquelles	30 à 100 %	30 à 100 %
Traumatismes costal, sternal du bassin suivant les séquelles fonctionnelles	0 à 25 %	0 à 25 %
ORL & OPHTALMOLOGIE & STOMATOLOGIE		
Nez		
Anosmie totale associée à agueusie	20 %	20 %
Anosmie, agueusie	5 à 8 %	5 à 8 %
Trouble de la ventilation nasale :		
Gêne respiratoire :		
- Unilatérale permanente	3 %	3 %
- Bilatérale	6 %	6 %
Œil et oreille		
Altération de la fonction visuelle (en tenant compte de la possibilité de correction)	5 à 85 %	5 à 85 %
Perte vision d'un œil	25 à 100 %	25 à 100 %
Perte totale d'un œil	80 à 100 %	80 à 100 %
Cécité complète	100 %	100 %
Déficit auditif :		
Perte complète et bilatérale de l'audition	100 %	100 %
Perte partielle unilatérale ou bilatérale, en fonction du degré de la perte auditive en tenant compte des possibilités d'appareillage auditif	10 à 100 %	10 à 100 %
Acouphènes et hypoacousie, trouble de l'équilibre d'origine labyrinthique	5 à 40 %	5 à 40 %
Mâchoires et dents		
Amputation de la langue, suivant le degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition	10 à 100 %	10 à 100 %
Fracture du maxillaire inférieur avec consolidation vicieuse avec trouble de l'articulé dentaire et selon la possibilité de prothèse	5 à 20 %	5 à 20 %

Fracture du maxillaire avec trouble de l'articulé dentaire : - Ecartement interosseux inférieur à 10 mm suivant causes - Ecartement interosseux entre 10 et 30 mm suivant le degré de mastication	25 à 60 % 5 à 20 %	25 à 60 % 5 à 20 %
	Barème des praticiens effectuant des actes chirurgicaux	Barème des praticiens n'effectuant pas d'actes chirurgicaux

MEMBRES SUPERIEURS				
	Dominant	Non Dominant	Dominant	Non Dominant
Désarticulation ou ankylose de l'épaule	100 %	100 %	100 %	100 %
Limitation des mouvements de l'épaule	15 à 100 %	15 à 100 %	15 à 100 %	15 à 100 %
Ankylose importante du coude (amplitude minime de fonction)	80 à 100 %	60 à 100 %	20 à 100 %	20 à 80 %
Ankylose du coude : déficit de la flexion : extension dans les secteurs utiles, déficit de la pronosupination, dans les secteurs utiles	40 à 70 %	20 à 50 %	40 à 70 %	20 à 50 %
Ankylose du coude déficit de la flexion, extension dans le secteur dit « de luxe », déficit isolé de la pronosupination au-delà de 60° dans chaque secteur	15 à 35 %	10 à 25 %	5 à 15 %	5 à 10 %
Ankylose du poignet avec blocage de la pronosupination	55 %	45 %	25 %	15 %
Raideur du poignet, atteinte combinée flexion, extension, pronosupination	30 à 100 %	10 à 75 %	15 à 85 %	5 à 60 %
Paralysie complète du circonflexe	15 à 60 %	15 à 60 %	15 à 60 %	15 à 60 %
Paralysie complète du cubital au coude	60 à 85 %	60 à 85 %	15 à 80 %	10 à 60 %
Paralysie complète du cubital au poignet	40 à 65 %	25 à 50 %	25 à 65 %	25 à 50 %
Paralysie complète du plexus brachial	100 %	100 %	60 à 100 %	60 à 100 %
Paralysie complète du radial au-dessous du coude	90 %	80 %	20 à 60 %	15 à 50 %
Paralysie complète du radial au-dessus du coude	100 %	100 %	30 à 90 %	20 à 60 %
Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant-bras, non appareillable	100 %	100 %	80 à 100 %	80 à 100 %
Paralysie totale du nerf médian du bras	100 %	100 %	35 à 100 %	35 à 100 %
Paralysie totale du nerf médian du poignet	100 %	100 %	10 à 55 %	10 à 45 %
Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	100 %	100 %	100 %	100 %

Barème des praticiens effectuant des actes chirurgicaux	Barème des praticiens n'effectuant pas d'actes chirurgicaux
---	---

MEMBRES SUPERIEURS				
Mains				
	Dominant	Non Dominant	Dominant	Non Dominant
Amputation ou perte fonctionnelle totale :				
De la main	100 %	100 %	60 à 100%	50 à 100%
Du pouce	100 %	100 %	20 à 100%	20 à 100%
De l'index	100 %	100 %	15 à 80 %	15 à 80 %
Du médus	5 à 80 %	5 à 80 %	5 à 80 %	5 à 80 %
De l'annulaire	25 %	15 %	10 %	5 %
De l'auriculaire	20 %	20 %	10 à 20 %	5 à 10 %
De la phalange terminale du pouce	80 %	70 %	10 à 100%	10 à 100%
De la phalange terminale de l'index	80 %	45 %	15 à 80 %	5 à 80 %
De la phalange terminale du médus	30 %	20 %	5 à 80 %	5 à 80 %
De la phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire	10 %	5 %	5 %	0 à 5 %
ABDOMEN & APPAREIL GENITO URINAIRE				
Néphrectomie avec second rein normal	15 à 35 %		15 à 35 %	
Insuffisance rénale légère avec peu de retentissement sur la vie professionnelle	10 à 20 %		10 à 20 %	
Insuffisance rénale avec retentissement professionnel selon les cas	20 à 80 %		20 à 80 %	
Lésion urétrale, lésion vésicale selon le retentissement	10 à 60 %		10 à 60 %	
Cicatrice de la paroi abdominale, éventration	5 à 25 %		5 à 25 %	
Splénectomie	15 %		15 %	

MEMBRES INFERIEURS		
Fracture du bassin, selon les séquelles (troubles statiques, moteurs et urinaires)	0 à 50 %	0 à 50 %
Amputation de la cuisse au tiers moyen	60 à 100 %	50 à 80 %
Désarticulation ou ankylose de la hanche	100 %	100 %
Perte des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)	100 %	100 %
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe	100 %	100 %
Amputation de jambe au tiers moyen	40 à 70 %	30 à 60 %
Amputation des cinq orteils	25 %	25 %
Amputation de syme ou désarticulation tibio-tarsienne	60 %	60 %
Amputation du gros orteil	15 %	15 %
Amputation d'un des quatre autres orteils	4 %	4 %
Amputation du pied	25 à 60 %	25 à 60 %
Ankylose du cou-de-pied	30 %	10 à 30 %
Ankylose du genou en bonne position rectitude ou flexion de 10° qui raccourcit le membre et permet un meilleur passage au pas	30 %	30 %
Ankylose du genou en mauvaise position	60 %	60 %
Genou :		
- Désarticulation du genou	80 %	60 à 80 %
- Ablation de la rotule	10 %	10 %
Paralysie du nerf crural	40 %	20 à 40 %
Paralysie sciatique poplitée interne ou sciatique poplitée externe	30 %	15 à 30 %
Paralysie du nerf sciatique	65 %	10 à 60 %
Perte complète de l'usage des deux jambes	100 %	100 %
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe, non appareillable	100 %	40 à 100 %
Pseudarthrose de la cuisse ou de la jambe appareillable	30 à 100 %	30 à 100 %
Raccourcissement d'un membre inférieur	5 à 30 %	5 à 30 %
Raideur et ankylose de la hanche avec attitude vicieuse en adduction et rotation	50 à 70 %	50 à 70 %
Raideur et ankylose de la hanche avec limitation moyenne des mouvements de la hanche	20 à 50 %	20 à 50 %
Rupture du tendon d'Achille	5 à 15 %	5 à 15 %

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

FIDELIDADE SMART' EMPRUNTEUR

UTWIN Assurances, intermédiaire d'assurance, est gestionnaire du contrat d'assurance FIDELIDADE SMART' 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 prime : 25 €
- Remise en vigueur du contrat suite à une résiliation pour non-paiement : 25 €.