

Notice

Convention d'assurance collective n°1892 à adhésion facultative souscrite par l'Union Française d'Epargne et de Prévoyance (UFEP) auprès de CARDIF Assurance Vie

Lexique

- **Accident** : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents au sens du contrat : le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide, les maladies et leurs conséquences, ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. A titre d'exemple, un «accident vasculaire» ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents.
- **Adhérent** : membre de l'UFEP (l'adhésion à l'UFEP figure dans la Demande d'adhésion à la convention d'assurance collective n°1892). Personne physique ou morale répondant aux conditions d'admission, contractant des prêts en France et ayant signé la Demande d'adhésion à l'assurance. Il est le payeur des cotisations.
- **Assuré** : personne physique ayant signé la Demande d'adhésion, répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties souscrites. Le terme «Assuré» désigne chacun des Assurés.
- **Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)** : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé.
- **Franchise** : nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail au-delà duquel une indemnisation est possible.
- **Fumeur** : personne physique consommant du tabac même à titre occasionnel, ou en ayant consommé au cours des 24 derniers mois.
- **Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)** : est considéré en ITT par l'Assureur, l'Assuré qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, et qui n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.
- **Invalidité Permanente Partielle (IPP)** : est considéré en IPP par l'Assureur, l'Assuré qui présente, à la suite d'une maladie ou d'un accident, un taux d'invalidité supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, le mettant dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein toute activité professionnelle ou toute occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.
- **Invalidité Permanente Totale (IPT)** : est considéré en IPT par l'Assureur, l'Assuré reconnu, après consolidation de son état, inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit, et présentant un taux d'invalidité supérieur à 66 %.
- **Invalidité Professionnelle (IP) réservée aux pharmaciens** : est considéré en IP par l'Assureur, l'Assuré qui à la suite d'une maladie ou d'un accident bénéficie d'un taux d'invalidité fonctionnelle, selon le barème Concours Médical, égal ou supérieur à 66%, et qui à ce titre fait l'objet d'une interdiction définitive (ou d'une suspension supérieure à 24 mois) d'exercer par le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens en application de l'article R 4221-15 du Code de la Santé Publique.
- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : est considéré en PTIA par l'Assureur, l'Assuré reconnu inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit, et devant, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).
- **UFEP** : Union Française d'Epargne et de Prévoyance, Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Les statuts sont disponibles sur simple demande auprès de l'UFEP. L'association a pour objet de souscrire et de mettre en oeuvre des contrats d'assurance collective, de prévoyance et de retraite. A ce titre elle représente ses membres dans les relations avec l'assureur CARDIF Assurance Vie.
- **Vente à distance** : Système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

1 Objet de l'assurance

Cardif Garantie Emprunteur est une convention d'assurance collective à adhésion facultative, régie par le Code des assurances, souscrite par l'UFEP (association définie dans le lexique) auprès de CARDIF Assurance Vie (ci-après dénommée l'Assureur), au profit des membres de l'UFEP.

Le contrat Cardif Garantie Emprunteur liant l'Adhérent et l'Assureur est constitué par la présente Notice, par le certificat d'adhésion, ses annexes et les formalités d'adhésion. Le certificat d'adhésion adressé par l'Assureur, définit les caractéristiques du contrat en fonction des choix exprimés par l'Adhérent sur sa Demande d'adhésion et ses formalités d'adhésion. La présente adhésion couvre les opérations de prêts amortissables à taux fixe et à taux indexé, les prêts in fine, d'une durée maximum de 30 ans. Les prêts à échéances modulables sont couverts sous réserve que la limite de variation entre deux échéances soit au maximum de 30 % et qu'un délai de 12 mois minimum s'écoule entre deux modifications. En outre, la durée des prêts peut être diminuée ou rallongée de 5 ans sans toutefois excéder la durée maximum de 30 ans.

Sous réserve des conditions décrites ci-après, l'objet de l'assurance est de garantir l'Assuré contre tout ou partie des risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Professionnelle des pharmaciens ou d'Incapacité Temporaire Totale de travail, survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident et avant le terme de chaque prêt.

2 Conditions d'admission

Sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur au vu des formalités d'adhésion, de la demande de levée d'exclusions et d'éventuelles formalités complémentaires d'adhésion, est admissible au présent contrat et sera désignée sous le terme d'Assuré, toute personne physique :

- résidant de l'Espace Economique Européen, qui en outre n'est ni citoyen américain (y compris personne ayant la double nationalité ou née sur le sol américain) ni détenteur de la carte verte,
- membre de l'UFEP,
- âgée à la date de signature de la Demande d'adhésion de :
 - plus de 18 ans,
 - moins de 85 ans pour la garantie Décès,
 - moins de 60 ans pour les garanties PTIA, IPT, IPP et ITT,
 - moins de 55 ans pour la garantie IP,
- emprunteur principal, coemprunteur, dirigeant ou caution de personne morale.

Pour un même contrat de prêt, les garanties peuvent être réparties sur plusieurs Assurés, dans les proportions précisées sur la Demande d'adhésion. En aucun cas, la quotité assurée ne peut être supérieure à 100 % par Assuré.

3 Nature des garanties

L'Assuré peut bénéficier des garanties suivantes :

Formule 1 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, - option Décès seul : si l'Adhérent le souhaite, il peut choisir l'option Décès seul. Il doit alors l'indiquer sur papier libre à remettre à son intermédiaire en assurance.

Formule 2 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Incapacité Temporaire Totale de travail.

Formule 3 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail.

Formule 4 : Cette formule est réservée aux pharmaciens. Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et Invalidité Professionnelle.

Les Formules 2, 3 et 4 peuvent être choisies sous réserve que l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée.

En outre, l'Adhérent peut bénéficier à sa demande de l'option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel, sauf si l'Adhérent est une personne morale. Cette option ne peut être souscrite séparément.

Ces choix sont indiqués lors de l'adhésion. Toutefois, sous réserve de l'accord de l'Assureur et du renouvellement des formalités d'adhésion, ces choix pourront être modifiés, sauf pour l'option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel.

4 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, pour chacun des prêts, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, à la date d'acceptation de l'offre de prêt signée auprès de l'organisme prêteur, et, au plus tôt, à la date de réception de la lettre de couverture ou de la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions envoyée par l'Assureur. La lettre de couverture ou la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions est considérée avoir été reçue 7 jours calendaires après son envoi par l'Assureur.

Dispositions en cas de vente à distance

En cas de vente à distance, les garanties prennent effet, pour chacun des prêts, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus ou à la date d'acceptation de l'offre de prêt si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de réception de la lettre de couverture ou de la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions envoyée(s) par l'Assureur. La lettre de couverture ou la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions est considérée avoir été reçue 7 jours calendaires après son envoi par l'Assureur.

En cas de refus d'un ou plusieurs prêt(s) par l'organisme prêteur, les sommes afférentes à ce(s) prêt(s) éventuellement perçues lors de l'adhésion sont intégralement remboursées à l'exception des frais de dossier. Le contrat est alors réputé ne jamais avoir pris effet pour ce(s) prêt(s).

En cas d'acceptation avec exclusion de certains risques ou avec une majoration de la cotisation, l'Adhérent doit donner son accord par écrit sur les nouvelles conditions. En cas de refus ou de non réponse de l'Adhérent dans un délai de 3 mois, les sommes éventuellement perçues lors de l'adhésion sont intégralement remboursées à l'exception des frais de dossier, et le contrat est réputé n'avoir jamais pris effet.

L'Assureur adresse à l'Adhérent son certificat d'adhésion qui indique notamment la date de prise d'effet des garanties.

L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur de la date de déblocage des fonds. A réception de l'information, l'Assureur modifiera la date de prise d'effet des garanties en conséquence et demandera si nécessaire le renouvellement des formalités d'adhésion.

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'adhésion, l'Assuré est garanti contre le risque de décès consécutif à un accident.

Cette garantie est accordée pour le montant du capital assuré, dans la limite de 350 000 euros et sous réserve des exclusions énoncées à l'Article 7 ci-dessous. La date d'effet de cette garantie est la date de signature de la Demande d'adhésion. La garantie prend fin à la date de réception de la lettre de couverture ou de la lettre de notification des surprimes et/ou exclusions et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie.

5 Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement, et ce pendant toute la durée du(des) prêt(s) communiquée par l'Assuré lors de l'adhésion.

L'adhésion prend fin pour chaque Assuré dans les cas mentionnés ci-dessous :

- à la date à laquelle le contrat de prêt a fait l'objet d'un remboursement anticipé total quelle qu'en soit la cause,
- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,
- à la date d'expiration des engagements de l'Assuré, tels que définis dans l'acte de prêt et de ses avenants éventuels,
- en cas de mise en place d'un plan conventionnel ou de mesures recommandées dans le cadre d'une procédure de traitement du surendettement des particuliers et ne prévoyant pas le maintien du paiement de la cotisation,
- en raison du non-paiement des cotisations,
- à la date de départ de l'Assuré de l'entreprise adhérente,
- en cas de résiliation par l'Assureur ou l'UFEF de la convention d'assurance collective n°1892, à la date de renouvellement de l'adhésion suivant la date de résiliation. L'Adhérent sera informé 3 mois avant la date de résiliation par lettre recommandée,
- en cas de résiliation par l'Adhérent par lettre recommandée avec avis de réception au moins 2 mois avant la date de renouvellement de l'adhésion, le cachet de la poste faisant foi. Une copie de la lettre sera envoyée à chaque organisme prêteur.

en outre, pour la garantie Décès :

- à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré,

en outre, pour l'option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel :

- à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré,

en outre, pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit la survenance de l'un des événements suivants : cessation d'activité professionnelle, départ ou mise en préretraite ou retraite, 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,

en outre, pour la garantie Invalidité Professionnelle des pharmaciens :

- à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit la survenance de l'un des événements suivants : cessation d'activité professionnelle, départ ou mise en préretraite ou retraite, 60^{ème} anniversaire de l'Assuré,

en outre, pour les garanties Invalidité Permanente Totale, Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Partielle :

- à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit la survenance

de l'un des événements suivants : cessation d'activité professionnelle, départ ou mise en préretraite ou retraite, 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

6 Prestations

Aucune prise en charge ne peut intervenir si le déblocage des fonds n'a pas été effectué.

Le montant du capital assuré et le montant des prestations assurées sont calculés sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'annexe au certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants, **multipliés par la quotité assurée sur la tête de la personne pour laquelle il y a mise en jeu de la garantie.**

6.1. En cas de Décès

Le capital assuré en cas de Décès est égal au capital restant dû à la date de survenance du sinistre calculé sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants.

6.2. En cas de Décès Accidentel si l'option Capital supplémentaire à été choisie

Le capital supplémentaire assuré en cas de Décès Accidentel est égal au montant choisi par l'Adhérent et éventuellement le 2^{ème} Assuré lors de l'adhésion et figurant sur le certificat d'adhésion ou sur ses éventuels avenants. Le décès doit intervenir dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

6.3. En cas d'Invalidité Professionnelle des pharmaciens ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le capital assuré en cas d'Invalidité Professionnelle des pharmaciens ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est égal au capital restant dû à la date de constatation médicale par l'Assureur de l'état d'Invalidité Professionnelle ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, calculé sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants. Le paiement du capital en cas d'Invalidité Professionnelle ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie entraîne l'extinction de toutes les garanties pour l'Assuré concerné.

6.4. En cas d'Invalidité Permanente Totale

L'Assureur prend en charge le paiement des échéances calculées sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants, pendant la durée de l'invalidité, sous réserve que l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné l'invalidité.

Le montant des échéances prises en charge par l'Assureur est calculé au prorata (1/30^{ème}, 1/90^{ème}, 1/180^{ème}, 1/360^{ème}) des jours d'Invalidité Permanente Totale, selon la périodicité de remboursement des échéances du(des) prêt(s) (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). **Ce montant est toutefois limité à 7 500 € par mois et par Assuré, sauf pour les Demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier par l'Assureur.**

Pour les prêts in fine, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du (des) prêt(s), le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation. **Toute reprise d'activité, même partielle, ou le déplacement de l'Assuré sur un lieu de travail même pour exercer un rôle de surveillance ou de direction, entraîne la cessation des prestations.**

La garantie cesse d'être due si l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et pris en charge à ce titre.

6.5. En cas d'Invalidité Permanente Partielle

L'Assureur prend en charge pendant la durée de l'invalidité, le paiement partiel des échéances calculées sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhèrent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants, sous réserve que l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné l'invalidité.

L'Assureur prend en charge (N-33)/33 fois le montant de l'échéance prévue au titre de l'Invalidité Permanente Totale (N étant le taux d'invalidité reconnu).

Le taux "N" d'invalidité est révisable à la hausse ou à la baisse selon l'évolution de l'invalidité de l'Assuré. Le montant de la prestation varie en conséquence.

Le montant des échéances prises en charge par l'Assureur est calculé au prorata (1/30^{ème}, 1/90^{ème}, 1/180^{ème}, 1/360^{ème}) des jours d'invalidité selon la périodicité de remboursement des échéances du(des) prêt(s) (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). **Ce montant est toutefois limité pour l'ensemble des prêts à 7 500 € par mois et par Assuré, sauf pour les Demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier par l'Assureur.**

Pour les prêts in fine, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du (des) prêt(s), le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation. **Toute reprise d'une activité professionnelle à temps plein entraîne la cessation des prestations.**

La garantie cesse d'être due si l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Professionnelle ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et pris en charge à ce titre.

6.6. Définition du taux contractuel d'invalidité pour les garanties Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Professionnelle

Le taux contractuel d'invalidité qui détermine le droit aux prestations et leur montant est calculé en fonction du taux d'Incapacité Fonctionnelle et du taux d'Incapacité Professionnelle. Ces taux sont appréciés par le Médecin Conseil de l'Assureur conformément au tableau ci-dessous.

Le taux d'Incapacité Fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'Incapacité Professionnelle est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'Incapacité Fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le tableau figurant ci-après indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

Taux d'Incapacité Professionnelle	Taux d'Incapacité Fonctionnelle								
	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %				29,24	33,02	35,69	40,00	43,27	46,42
20 %			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30 %		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40 %	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50 %	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60 %	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70 %	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80 %	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90 %	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100 %	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	92,22	100,00

6.7. En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

Après une période de 90 jours consécutifs d'incapacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assureur prend en charge le paiement des échéances calculées sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhèrent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants, à

partir du 91^{ème} jour, et ce pendant la durée de l'incapacité, sous réserve que l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné l'Incapacité Totale de travail.

Le montant des échéances prises en charge par l'Assureur est calculé au prorata (1/30^{ème}, 1/90^{ème}, 1/180^{ème}, 1/360^{ème}) des jours d'arrêt de travail, selon la périodicité de remboursement des échéances du(des) prêt(s) (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). **Ce montant est toutefois limité à 7 500 € par mois et par Assuré, sauf pour les Demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier par l'Assureur.** Pour les prêts in fine, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du (des) prêt(s), le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation. **Toute reprise d'activité, même partielle, ou le déplacement de l'Assuré sur un lieu de travail même pour exercer un rôle de surveillance ou de direction, entraîne la cessation des prestations.**

Si l'Assuré est victime d'une rechute provenant du même accident ou de la même maladie survenant après une reprise d'activité professionnelle inférieure à 60 jours, celle-ci ne sera pas considérée comme un nouveau sinistre. En conséquence, il ne sera pas fait application de la franchise de 90 jours.

Toutefois, une rechute survenant plus de 60 jours après une reprise d'activité professionnelle sera considérée comme un nouveau sinistre. En conséquence, la franchise de 90 jours jouera à nouveau.

La garantie cesse dans les cas suivants :

- au 1005^{ème} jour suivant le premier jour de prise en charge,
- en cas de mise en jeu des garanties PTIA, IPT ou IPP.

6.8. Dispositions applicables à toutes les garanties énoncées au présent article

- L'Adhèrent est tenu d'informer l'Assureur de toutes modifications relatives au(x) prêt(s) déclaré(s) lors de l'adhésion, et ceci dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet des nouvelles caractéristiques du(des) prêt(s). En cas d'omission ou de déclaration tardive, le montant des prestations est calculé sur la base des dernières informations communiquées par l'Assuré, selon les conditions de l'article L113-9 du Code des assurances.
- Il est rappelé que le contrat est exclusivement lié à un ou des prêt(s) et ne peut, en aucune façon, donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % en cas de sinistres concomitants pour deux Assurés d'un même contrat de prêt.
- Toutefois, ces dispositions ne s'appliquent pas à l'option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel.
- Dans le cas d'un prêt à échéances modulables, si l'Adhèrent modifie le montant de ses échéances en cours de prise en charge, le montant des prestations ne tiendra pas compte de cette modification et restera inchangé.

7 Exclusions

7.1. Les conditions d'indemnisation au titre du contrat Cardif Garantie Emprunteur s'appliquent à tout accident ou maladie survenu(e) après la date de prise d'effet des garanties, à l'exclusion des cas suivants et de leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

- le suicide intervenu au cours de la première année d'assurance. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si le prêt contracté, qui sert à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, est inférieur à 120 000 €,
- résultant des tentatives de suicide de l'Assuré,
- résultant des faits intentionnels de l'Assuré, de l'état d'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre), de

l'alcoolisme chronique de l'Assuré, de l'usage par l'Assuré de stupéfiants ou de médicaments à doses non prescrites médicalement,

- les guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les attentats, les émeutes. Toutefois, dans les pays de l'Union Européenne, la Suisse, l'Islande, la Norvège, les Etats-Unis, le Japon et le Canada, ces exclusions ne s'appliquent pas en cas de légitime défense, en cas d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements,
- la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes,
- les maladies ou les accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties et dont l'exclusion a été notifiée par écrit à l'Adhérent et acceptée par celui-ci,
- les risques spéciaux dont l'exclusion a été notifiée par écrit à l'Adhérent et acceptée par celui-ci,
- les accidents résultant de comportements inadaptés de l'Assuré qui n'a pas respecté les prescriptions réglementaires applicables à l'exercice des sports et activités qu'il pratique,
- la pratique de raids, de tentatives de record, de sports en tant que professionnel, du saut à l'élastique, de la tauro-machie, de la randonnée en montagne en solitaire, de la planche à voile à plus de 1 mile des côtes.

7.2. En outre, sont exclus les cas suivants, leurs suites et conséquences :

- la pratique des sports aériens et/ou l'utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel navigant des lignes commerciales régulières et de vols charters),
- la pratique des sports de combat, du cyclisme professionnel en compétition, de l'équitation à titre professionnel ainsi que les compétitions équestres à titre amateur et la chasse à courre, des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste du ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade, de la randonnée en montagne au-dessus de 3000 mètres, de l'alpinisme, du canyoning, de la spéléologie, du motonautisme en compétition (y compris scooter des mers), de la voile à plus de 25 miles des côtes, de la plongée sous-marine (autre que la pratique amateur à moins de 20 mètres de profondeur), des sports automobiles, de la moto en compétition.

Toutefois, à la demande expresse de l'Adhérent, tout ou partie de ces activités peuvent être assurées moyennant une tarification spéciale.

7.3. En outre, sont exclues les Incapacités Temporaires Totales de travail, les Invalidités Permanentes Totales, les Invalidités Permanentes Partielles, et les Invalidités Professionnelles des pharmaciens résultant :

- d'affections psychiatriques (notamment et non exclusivement : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, y compris les dépressions nerveuses et les dépressions post-partum, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation),
- des fibromyalgies et du syndrome de fatigue chronique.

Toutefois, ne sont pas exclus les affections psychiatriques, les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique et leurs conséquences, s'ils ont nécessité une hospitalisation de plus de 30 jours continus dans les 6 mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail.

- des atteintes discales et/ou vertébrales, sauf si elles nécessitent une hospitalisation d'au moins 7 jours ou s'il s'agit de fractures,
- de traitements esthétiques, d'opérations de chirurgie esthétique.

7.4. En outre, la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail ne prévoit pas la prise en charge :

- des arrêts de travail liés à la maternité sauf la grossesse pathologique et ses conséquences,
- des arrêts de travail pour séjours hospitaliers dans les conditions suivantes : cures thermales, maisons de repos ou de plein air, maisons dites de santé médicale, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication ou de sommeil.

8 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance, le 5 du mois de paiement, mensuellement, trimestriellement, ou annuellement selon la périodicité choisie lors de l'adhésion.

Si le fractionnement des cotisations choisi par l'Adhérent aboutit à une cotisation d'un montant inférieur à 15 €, l'Assureur se réserve le droit de modifier le fractionnement. Le premier prélèvement s'effectuera même en cas de décès de l'Assuré. Les frais de dossier sont prélevés une seule fois et en même temps que la première cotisation. Ils s'élèvent à 20 € par Demande d'adhésion.

Le montant de la première cotisation est fonction du montant du capital financé, de la quotité assurée, de l'âge de l'Assuré à la date de prise d'effet des garanties, de la formule de garanties choisie lors de l'adhésion, de la périodicité choisie lors de l'adhésion, du barème en vigueur et de la(des) majoration(s) éventuelle(s) due(s) aux résultats des formalités d'adhésion.

Les cotisations suivantes sont calculées en fonction du montant du capital restant dû à la date de renouvellement de l'adhésion précédant la date de prélèvement de la cotisation, de la quotité assurée, de l'âge atteint par l'Assuré à la date de renouvellement de l'adhésion, de la formule de garanties choisie lors de l'adhésion, de la périodicité choisie lors de l'adhésion, du barème en vigueur et de la(des) majoration(s) éventuelle(s) due(s) aux résultats des formalités d'adhésion.

Le montant du capital restant dû est celui du dernier échéancier émis par l'Assureur. Il incombe à l'Adhérent d'informer l'Assureur de toutes modifications du tableau d'amortissement initial, et ceci dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet du nouveau tableau d'amortissement.

Le montant de la cotisation de l'option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel est fonction du choix du capital assuré et de la périodicité choisie.

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de réviser le taux de cotisation :

- conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances, à la date de renouvellement de l'adhésion, si l'évolution des caractéristiques actuarielles de l'ensemble des Adhérents à la convention d'assurance n° 1892 le justifie. Le nouveau taux des cotisations sera porté à la connaissance de l'Adhérent moyennant un préavis de trois mois avant la date de renouvellement de l'adhésion. Dans le mois suivant cette notification, l'Adhérent pourra refuser cette modification en résiliant son adhésion par simple lettre. A défaut, il sera réputé l'accepter.
- à la prochaine échéance des cotisations, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisation(s) ou fraction de cotisation due(s) n'est (ne sont) toujours pas payée(s), l'Adhérent sera exclu du contrat (article L 141-3 du Code des assurances). Une copie de cette lettre sera envoyée à chaque organisme prêteur.

9 Conditions de prise en charge

Les pièces suivantes sont à adresser, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse des bureaux de l'Assureur, dans les 6 mois suivant la survenance du sinistre. Les sinistres déclarés au-delà de 6 mois sont considérés comme s'étant produits le jour de la déclaration sans qu'il soit fait application de la franchise. Au-delà de 24 mois, les sinistres ne seront pas pris en charge.

Pour le Décès :

- un acte de décès de l'Assuré,
- le questionnaire médical qui est fourni par l'Assureur, sur simple demande, à remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès,
- si nécessaire, une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du(des) bénéficiaire(s) et un acte de notoriété,
- l'attestation de dissolution du PACS pour cause de décès si le bénéficiaire est le partenaire d'un PACS,
- un certificat de concubinage de moins d'un mois si le bénéficiaire est le concubin notoire.

Pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- le questionnaire médical qui est fourni par l'Assureur, sur simple demande, à remplir et signer par le médecin traitant,
- la notification de mise en invalidité 3^{ème} catégorie pour les assujettis à la Sécurité sociale et, pour les non-assujettis, toute preuve attestant de l'invalidité.

Pour l'Invalidité Permanente Totale et Invalidité Professionnelle des pharmaciens :

- le questionnaire médical qui est fourni par l'Assureur, sur simple demande, à remplir et signer par le médecin traitant,
- la notification de mise en invalidité 2^{ème} catégorie pour les assujettis à la Sécurité sociale et, pour les non-assujettis, toute preuve attestant de l'invalidité,
- si l'Assuré est pharmacien, la notification de l'interdiction définitive ou d'une suspension supérieure à 24 mois, d'exercer par le Conseil de l'ordre des pharmaciens en application de l'article R 4221-15 du Code de la Santé Publique.

Pour l'Invalidité Permanente Partielle ou l'Incapacité Temporaire Totale de travail :

- le questionnaire médical de déclaration de sinistre qui est fourni par l'Assureur, sur simple demande, à remplir et signer par le médecin traitant,

- un certificat médical précisant la période prévue d'arrêt de travail,
- un avis de prolongation du médecin le cas échéant,
- les décomptes de règlement des indemnités journalières de la Sécurité sociale si l'Assuré est salarié.

En outre, si le Décès, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Invalidité Permanente Totale, l'Invalidité Permanente Partielle, l'Invalidité Professionnelle des pharmaciens ou l'Incapacité Temporaire Totale de travail sont consécutifs à un accident :

- un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident,
- les preuves de l'accident telles que : rapport de police, procès verbal de gendarmerie.

Et dans tous les cas :

- le(s) tableau(x) d'amortissement du(des) prêt(s) en vigueur à la date du sinistre,
- une copie du(des) contrat(s) de prêt.

L'Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête, de réclamer des documents complémentaires. En outre, pour apprécier le bien-fondé de la mise en jeu des garanties PTIA, IPT, IPP, IP et ITT, l'Assureur se réserve, à ses frais, le droit de soumettre l'Assuré à un examen médical auprès d'un médecin indépendant qu'il désignera à cet effet. **En cas de refus, l'Assuré ou ses ayants droit seront considérés comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.**

L'Assureur peut également procéder à tout contrôle en cours de prise en charge dont la conséquence peut être l'arrêt de l'indemnisation.

L'examen médical et les éventuels contrôles seront réalisés sur le sol français métropolitain et conditionnent le versement des prestations ITT, IPT, IPP, IP et PTIA.

L'appréciation par l'Assureur de la notion d'incapacité ou d'invalidité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale, du médecin du travail ou tout autre organisme.

Le règlement des sommes dues intervient dans les 15 jours suivant la réception par l'Assureur de l'ensemble des pièces justificatives.

10 Bénéficiaire des garanties

Si l'Adhérent est l'Assuré :

- En cas de Décès, le capital assuré est versé à l' (aux) organisme(s) prêteur(s) dans la limite des sommes dues par l'Adhérent ; le solde résiduel, le cas échéant, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants. Si l'option Capital supplémentaire a été choisie, celui-ci est versé au conjoint de l'Assuré à la date du décès, à défaut à son partenaire d'un PACS à la date du décès, à défaut à son concubin notoire à la date du décès, à défaut à ses enfants vivants ou représentés, à défaut à ses héritiers.
- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le capital assuré est versé à l' (aux) organisme(s) prêteur(s) dans la limite des sommes dues par l'Adhérent. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'Adhérent.
- En cas d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Professionnelle du pharmacien ou d'Incapacité Temporaire Totale de travail, les prestations assurées sont versées



à l' (aux) organisme(s) prêteur(s) dans la limite des sommes dues par l'Adhérent. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'Adhérent. **Tout règlement s'effectue dans la limite de la quotité assurée.**

Si l'Adhérent est une entreprise :

- En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, le capital assuré est versé à l' (aux) organisme(s) prêteur(s) dans la limite des sommes dues par l'Adhérent. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'entreprise adhérente.
- En cas d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Professionnelle ou d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, les prestations assurées sont versées à l' (aux) organisme(s) prêteur(s) dans la limite des sommes dues par l'Adhérent. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'entreprise adhérente.

Tout règlement s'effectue dans la limite de la quotité assurée.

11 Acceptation

Compte tenu de l'objet de l'assurance, dans tous les cas chaque organisme prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties prévues par ledit contrat. Toutefois, en accord avec chaque organisme prêteur, l'Adhérent peut modifier cette désignation lors de l'adhésion.

12 Faculté de renonciation

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre de couverture ou de la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions envoyée par l'Assureur, et être intégralement remboursé à l'exception des frais de dossier. La lettre de couverture ou la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions est considérée avoir

été reçue 7 jours calendaires après son envoi par l'Assureur. L'Adhérent doit pour cela adresser à l'Assureur une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat Cardif Garantie Emprunteur N°.....

Le (date) Signature"

Une copie de la lettre sera envoyée à chaque organisme prêteur. L'Assureur rembourse à l'Adhérent l'intégralité des sommes éventuellement versées à l'exception des frais de dossier dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation.

A compter de la date d'envoi de cette lettre, l'adhésion et les garanties prennent fin.

13 Prescription

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption.

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent.

14 Changement dans la situation de l'Assuré

L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, dans les 30 jours qui suivent tout changement de situation, de domicile, de pratique des activités déclarées à l'adhésion ou de consommation de tabac. Il en est de même pour tout changement d'activité professionnelle ou modification des conditions d'exercice de

celle-ci. En fonction des éléments fournis, l'Assureur peut revoir le montant des cotisations. **A défaut d'information par l'adhérent, l'Assureur se réserve le droit d'appliquer la règle de proportionnalité conformément aux dispositions de l'article L 113-9 du Code des assurances.**

15 Généralités

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises. Les éventuelles réclamations au sujet de la présente convention d'assurance collective peuvent faire l'objet d'un examen par le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (F.F.S.A.) si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, sans préjudice pour l'Adhérent d'exercer une action en justice. Tout renseignement sur la procédure de médiation peut être obtenu auprès de CARDIF Assurance Vie – Relations Clientèle Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex.

L'Assuré au titre du présent contrat bénéficie du Fonds de Garantie des Assureurs de Personnes dans les limites de la réglementation applicable.

16 Informatique et Libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, CARDIF Assurance Vie est amenée à recueillir auprès de l'Adhérent et de l'Assuré des données personnelles protégées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'Adhérent et de l'Assuré d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Le responsable du traitement de ces données personnelles est CARDIF Assurance Vie qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect du secret

médical : gestion de la relation d'assurance, prospection, animation commerciale et études statistiques, enquêtes et sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent. A ce titre, l'Adhérent et l'Assuré sont informés que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

- aux établissements et sous-traitants liés contractuellement à CARDIF Assurance Vie pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;
- aux partenaires commerciaux de CARDIF Assurance Vie qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par l'Adhérent et l'Assuré aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de l'Adhérent et de l'Assuré ou de CARDIF Assurance Vie ;
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à CARDIF Assurance Vie ;
- vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite.

Il est précisé qu'aucune prospection commerciale ne sera effectuée à l'attention des Assurés mineurs. Enfin, toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude. L'ensemble de ces données peut donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. A cet effet, l'Adhérent et l'Assuré peuvent obtenir une copie des données personnelles les concernant par courrier adressé au Service Relations Clientèle - Gestion Prévoyance de CARDIF Assurance Vie, 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison cedex.