

## NOTICE D'INFORMATION

### Au contrat d'assurance collective emprunteurs à adhésion facultative PRÉVOIR ÉLIT' EMPRUNTEUR

Le présent document constitue la notice d'information (référence 202206UTPR-ELIT-01) du Contrat **PRÉVOIR ÉLIT' EMPRUNTEUR**, régi par le Code des assurances, notamment les articles L 141-1 et suivants. Cette notice reprend les dispositions du contrat collectif **PRÉVOIR ÉLIT' EMPRUNTEUR** souscrit par l'Association des Assurés pour une Protection Solidaire auprès de **PRÉVOIR-VIE GROUPE PRÉVOIR**, entreprise d'assurance mixte (ci-après dénommée l'« **Assureur** ») dont le siège social est situé 19 rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09, société anonyme au capital de 81 000 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n°343 286 183 qui couvre le risque de Décès (branche 20 vie-décès) et les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle et Totale (branches 1 et 2 – accidents et maladie).

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](http://www.orias.fr)).

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

#### 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 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 cotisations.

**Association des Assurés pour une Protection Solidaire** : association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, dont le siège social est situé 2 quai du Commerce 69009 LYON, souscriptrice du contrat PRÉVOIR ÉLIT' 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.

**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.

**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 cotisations provisionnelles.

**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.

**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 reprend, 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 échéancier 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 vente 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 l'âge en fin de prêt indiqué à l'article L113-2-1 du Code des assurances.

**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 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 de vaquer à 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. Pour l'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre, l'IPP sera établie sur la base de la seule incapacité fonctionnelle. L'incapacité fonctionnelle est établie par le Médecin expert selon le barème du Concours Médical. L'incapacité professionnelle est évaluée par le Médecin expert. Cette garantie est proposée en extension de la garantie ITT/IPT, au même niveau, si elle est nécessaire pour apporter l'équivalence du niveau de garantie avec le contrat standard de son Organisme prêteur. Si elle est accordée, cette garantie figure au Certificat d'Adhésion.

**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. Pour l'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre, l'IPT sera établie sur la seule incapacité fonctionnelle. L'incapacité fonctionnelle est établie par le Médecin expert selon le barème du Concours Médical. L'incapacité professionnelle est évaluée par le Médecin expert.

**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.

**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)** : invalidité 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.

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

**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%.

En cas d'investissement locatif effectué dans le cadre d'une SCI non-familiale, la quotité assurée en ITT, IPP et IPT ne peut en aucun cas être supérieure à la part détenue par l'Assuré dans la SCI au moment de l'adhésion au Contrat.

**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 **PRÉVOIR ÉLIT' EMPRUNTEUR** permet de souscrire dans le cadre de prêts personnels ou professionnels contractés auprès d'un Organisme prêteur, une garantie en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) et d'Invalidité Permanente Totale (IPT) consécutives à une Maladie ou à un Accident.

## ARTICLE 3 - PRÊTS ASSURABLES

**Sont assurables les prêts :**

- libellés en euros et rédigés en français ;
- souscrits auprès d'un établissement de crédit situé en France ;
- d'un montant minimum à assurer de 17 000 euros ;
- dont les caractéristiques sont les suivantes :
  - **prêt amortissable (y compris les prêts accordés dans le cadre d'une vente en l'état futur d'achèvement) avec ou sans différé,**
  - **prêt 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 d'une durée maximale de 240 mois (20 ans),**
  - **prêt relais d'une durée maximale de 36 mois (3 ans),**
  - **crédit-bail.**
- 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 480 mois soit quarante (40) 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 480 mois soit quarante (40) ans.

**Limitation des capitaux et garanties :**

Le montant total des capitaux assurés est limité à 10 000 000 euros pour un même Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'Assureur dans le cadre du contrat **PRÉVOIR ÉLIT' EMPRUNTEUR**.

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 %.

**Prêts libellés en devises :**

L'assurance de prêts accordés en devises par des établissements de crédit français situés en France ou succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un État membre de l'Union Européenne, au Royaume-Uni ou en Suisse, 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 cotisations 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 cotisations 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'Adhérent 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'Adhérent est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'Assureur étant exprimé en euros, l'Adhérent 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 :

- Âgées à la date de signature de la demande d'adhésion, d'au moins 18 ans et de :
  - Moins de 80 ans pour la garantie décès,
  - Moins de 66 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPP, IPT,
  - 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 Saint-Barthélémy Saint-Martin	Corse Mayotte
	L'Organisme prêteur doit être situé en France		
Décès	x	x	x
PTIA	x	x	x
ITT	x	x	
IPP	x	x	
IPT	x	x	
Renfort couverture des affections dorsales et/ou des affections psychiatriques	x	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 :

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT),
- Invalidité Permanente Partielle de travail (IPP),
- Invalidité Permanente Totale de travail (IPT),
- Invalidité Spécifique (GIS),
- 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 cotisation pour couvrir les garanties avec éventuellement des conditions particulières.

La proposition de l'assureur est valable 6 mois si l'acceptation est au tarif standard et 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'Adhérent / 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](http://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.

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 320 000 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 320 000 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.

### ARTICLE 9 - DÉFINITIONS DES GARANTIES ET DES PRISES EN CHARGE

La Quotité assurée reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée 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) en cours lors de l'adhésion au contrat ne pourra être garanti et ne fera l'objet d'aucune indemnisation.**

#### 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 85<sup>ème</sup> 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 de 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 :**
  - **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 ;**
  - **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 déblocages 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 cotisations 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. 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'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 ».

Lorsque l'Assuré est reconnu en état de PTIA, l'Assureur effectue, par anticipation, le versement de l'indemnité prévue en cas de décès, ce qui met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré. Le montant de l'indemnité 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 jour du 71<sup>ème</sup> 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 la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard à son 71<sup>ème</sup> anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, la date de Consolidation doit intervenir avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge

légal de départ à la retraite, 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 du prêt ou des loyers (dans le cadre d'un crédit-bail) venant à échéance.

Les cotisations restent dues en cas d'ITT ou d'IPP/ IPT.

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)

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 mentionné sur le Certificat d'adhésion.

L'Adhérent a le choix 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 réside dans un Département et Région d'Outre-Mer hors Mayotte, à Saint-Barthélemy, ou à Saint-Martin, 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.

**L'appréciation de l'ITT par l'Assureur n'est pas liée à la décision de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé.**

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 180 jours.**

Toute rechute dans les deux (2) mois de la reprise du travail ou des Occupations de la Vie Quotidienne sera considérée comme un seul et même Sinistre.

Sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'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<sup>er</sup> 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 :**

- en cas de reprise totale du travail ;
- en cas de reprise partielle du travail (sauf mi-temps thérapeutique prescrit médicalement pour une durée maximale de 180 jours) ;
- en cas de reprise des Occupations de la Vie Quotidienne ;
- 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 ;
- à la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- pendant la période de congé légal de maternité pour les Assurées ;
- 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 31 décembre de son 65<sup>ème</sup>, 67<sup>ème</sup>, 71<sup>ème</sup> anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une

**activité professionnelle rémunérée et selon l'option choisie et mentionnée au certificat d'adhésion ;**

- 
- 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 « 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'âge auquel l'Assuré a atteint sa retraite à taux plein.

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)

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<sup>ème</sup>, 67<sup>ème</sup> ou 71<sup>ème</sup> anniversaire (selon l'option choisie), atteint d'un degré d'invalidité (n) supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

Le degré d'invalidité (n), évalué par voie d'expertise médicale, est déterminé selon le barème figurant à l'article 6.4 de la présente Notice. Il est révisable en fonction de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'Assuré.

Les prestations sont versées sous forme de rente et sont égales aux échéances multipliées par la Quotité assurée et proratisées en fonction du degré d'invalidité selon le ratio (n-33%) /33%.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient supérieur à 66% ;
- 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 31 décembre de son 65<sup>ème</sup>, 67<sup>ème</sup>, 71<sup>ème</sup> anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée et selon l'option choisie et mentionnée au certificat d'adhésion ;
- 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 « Fin de garanties ».

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

#### 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<sup>ème</sup>, 67<sup>ème</sup> ou 71<sup>ème</sup> anniversaire (selon l'option choisie), atteint d'un degré d'invalidité (n) supérieur ou égal à 66%.

Les prestations sont versées à l'Organisme prêteur sous forme de rente et sont égales aux échéances telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement, multipliée par la Quotité assurée.

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 31 décembre de son 65<sup>ème</sup>, 67<sup>ème</sup>, 71<sup>ème</sup> anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée et selon l'option choisie et mentionnée au Certificat d'adhésion 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 « Fin de garanties ».

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

### 9.3.4 Détermination du taux d'Invalidité Permanente

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

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

		TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
TAUX D' INCAPACITE PROFESSIONNELLE	10							37%	40%	43%	46%
	20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
	30				36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
	40				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			43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
	100		34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

Le taux contractuel d'invalidité est supérieur à 66%, l'Assuré est en Invalidité Permanente Totale.

Le taux contractuel d'invalidité est supérieur à 33% et inférieur à 66%, l'Assuré est en Invalidité Permanente Partielle.

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'incapacité 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'incapacité 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.

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 doit présenter une invalidité fonctionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du Sinistre.

**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.**

### 9.3.5 L'option renfort de couverture des affections dorsales et/ou 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 soit pour les affections de la colonne vertébrale, soit pour les affections psychiatriques et syndromes de fatigue, soit pour les deux et est mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

### 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.

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1125-17 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 et IPT, 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 quinze (15) jours.

▪ 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 intervention chirurgicale nécessitant une Hospitalisation continue de plus de sept (7) 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 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.

**Les Assurés ayant souscrit l'option renfort couverture des affections dorsales et/ou l'option couverture des affections psychiatriques sont garantis selon la formule choisie indiquée au Certificat d'adhésion pour ces affections sans condition d'Hospitalisation.**

## 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 sous réserve du paiement de la première prime. 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<sup>er</sup> 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

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 cotisation 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 ne pourra pas en tenir 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 cotisation 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 la garantie Décès comme défini au chapitre « Fin des garanties » ;
- en cas de non-paiement de tout ou partie des cotisations ;
- 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 cotisation, 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 cotisations 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 cotisations** » ;

- du paiement régulier des cotisations 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 déblocage 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 85<sup>ème</sup> anniversaire, pour la garantie Décès ;
- le jour du départ ou mise en préretraite ou retraite, (sauf en cas de mise en retraite anticipée pour inaptitude) et, au plus tard le jour de son 71<sup>ème</sup> anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée pour la garantie PTIA ;
- pour les garanties ITT, IPP et IPT, 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<sup>ème</sup>, 67<sup>ème</sup> ou 71<sup>ème</sup> anniversaire (selon l'option choisie et mentionnée au Certificat d'adhésion).

### ARTICLE 13 – LES COTISATIONS

#### 13.1 Le tarif

Les cotisations - tous frais et taxes compris - sont calculées sur le montant du Capital restant dû 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 cotisations 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 cotisation à l'Association s'élevant à 1,50 €.

À l'adhésion, un tableau récapitulatif des cotisations 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 PRÉVOIR ÉLIT<sup>®</sup> EMPRUNTEUR qui s'imposerait aux adhésions en cours et entraînerait une modification du montant de la cotisation.

#### 13.2 Paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire, mensuellement, trimestriellement ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de l'adhésion. L'Adhérent peut également demander à UTWIN Assurances à régler les cotisations par carte bancaire. Par ailleurs tout mois commencé est dû.

#### 13.3 Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation 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 cotisation est toujours impayée à l'issue de ce délai (article L. 141-3 du Code des assurances). L'Adhérent restera alors débiteur des cotisations 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 cotisations.



## ARTICLE 14 – GESTION DES SINISTRES

### 14.1 Déclaration et pièces à fournir à l'Assureur

En cas de Sinistre, l'Assureur doit être prévenu le plus rapidement possible - par l'Assuré ou à défaut ses ayants droit - et dans les délais prescrits (article L. 114-1 - Prescription - du Code des assurances notamment), via son espace Assuré ou à l'adresse suivante :

**UTWIN Assurances**  
2 quai du Commerce  
69009 Lyon

UTWIN Assurances indiquera alors les documents et pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier.

Dans tous les cas, UTWIN Assurances peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'appréciation du Sinistre.

### 14.2 Délai de déclaration à l'Assureur

En cas d'ITT, d'IPP, d'IPT ou de GIS, l'Assuré dispose d'un délai de 30 jours au-delà de la Franchise choisie pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur. Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'arrêt de travail, dans un délai de 30 jours.

**Passés ces délais et dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.**

**En tout état de cause, sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption de paiement des prestations en cours de service en faveur de l'Assuré ou l'Adhérent, l'Assureur se réserve le droit de demander à tout moment à l'Assuré, l'Adhérent ou aux Bénéficiaires désignés toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.**

### 14.3 Préalable requis et pièces nécessaires au règlement des prestations

**Pour les personnes physiques dont la Résidence habituelle est en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, les états de PTIA, d'ITT, d'IPP, d'IPT et de GIS doivent être médicalement constatés sur le lieu de Résidence habituelle.**

**Si le Sinistre survient hors de l'un des territoires cités précédemment, le premier jour d'indemnisation correspond au plus tôt à la date à laquelle le Sinistre est reconnu par l'Assureur.**

**Dans tous les cas, les frais éventuels de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.**

En ce qui concerne la reconnaissance d'un état de PTIA, d'ITT, d'IPP, d'IPT, ou GIS, préalablement à toute convocation chez le Médecin expert :

**Pour les Assurés percevant des prestations en espèces d'un régime de protection sociale, il devra être transmis à l'Assureur :**

- **En cas de mise en jeu de la garantie PTIA :**

l'attestation de versement de la rente de l'invalidité permanente précisant la date de reconnaissance et la catégorie/taux d'invalidité attribué(e), avec en outre, le besoin de l'assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des Actes de la Vie Quotidienne ;

- **Pour l'IPP, l'IPT et la GIS :**

l'attestation de versement de la rente de l'invalidité permanente précisant la date de reconnaissance et la catégorie/taux d'invalidité attribué(e) ;

- **Pour l'ITT :**

l'historique des décomptes de versement des indemnités journalières.

**Pour les Assurés ne percevant pas de prestations en espèces mais ayant fait l'objet d'une reconnaissance d'invalidité par un régime de protection sociale, il devra être transmis à l'Assureur :**

- **En cas de mise en jeu de la garantie PTIA :**

l'attestation de reconnaissance de l'invalidité permanente précisant la date de cette reconnaissance et la catégorie/taux d'invalidité attribué(e), avec en outre, le besoin de l'assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des Actes de la Vie Quotidienne.

- **Pour l'IPP, l'IPT et la GIS :**

l'attestation de reconnaissance de l'invalidité permanente précisant la date de cette reconnaissance et la catégorie/taux d'invalidité attribué(e).

- **Pour l'ITT :**

les prescriptions d'arrêt de travail rédigées par le médecin traitant.

**Pour les assurés n'étant pas affiliés à un régime de protection sociale, il devra être transmis à l'Assureur :**

- **En cas de mise en jeu de la garantie PTIA :**

un certificat médical descriptif de l'état de santé précisant, entre autres, le besoin de l'assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des Actes de la Vie Quotidienne.

- **Pour l'IPP, l'IPT, l'IPP, et la GIS :**

un certificat médical descriptif de l'état de santé.

- **Pour l'ITT :**

les prescriptions d'arrêt de travail rédigées par le médecin traitant.

Dans tous les cas, 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.

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour contrôler la réalité de l'état de PTIA, IPP, IPT, ou GIS.

Sauf cas de force majeure, le refus du libre accès auprès de l'Assuré des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la déchéance du droit aux prestations.

**En cas de décès de l'assuré, il devra être transmis à l'Assureur :**

- **La copie intégrale de l'acte de décès,**
- **Un certificat médical constatant la nature du décès.**
- **en cas d'accident tout document justifiant de la cause accidentelle du décès et notamment le procès-verbal de gendarmerie s'il en a été établi un,**
- **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 le Bénéficiaire n'est pas l'Organisme prêteur, la copie d'un document officiel permettant la justification de sa qualité (copie de livret de famille, du pacte civil de solidarité, ...),**
- **toutes autres pièces demandées par UTWIN Assurances en possession de l'Assuré ou auxquelles les ayants droit peuvent avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.**

## 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 de Grande Instance 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

**PRÉVOIR ÉLIT' EMPRUNTEUR** est un contrat régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances. Les risques sont garantis par PRÉVOIR-VIE GROUPE PRÉVOIR, entreprise d'assurance mixte (ci-après dénommée l'« **Assureur** ») dont le siège social est situé 19 rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09, société anonyme au capital de 81 000 000 d'euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n°343 286 183 qui couvre le risque de décès (branche 20 vie-décès) et les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle et Totale (branches 1 et 2 – accident et maladie), soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

**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 réception.

Il doit signifier la renonciation à UTWIN Assurances à l'adresse suivante :

**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 PRÉVOIR ÉLIT' EMPRUNTEUR n°202206UTPR-ELIT-01 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le ..... au prorata de la période non couverte. Le ..... Signature »

Dans tous les cas, l'Adhérent doit signifier la renonciation à UTWIN par lettre recommandée avec accusé réception ou lettre recommandée électronique à : [gestion@utwin.fr](mailto:gestion@utwin.fr)

La part des cotisations versées, hors cotisation d'Association, correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion au Contrat et les garanties prennent fin.

### 16.2 Faculté de Résiliation

Pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel, 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<sup>er</sup> janvier.

La notification de la résiliation peut être effectué 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 par l'Organisme prêteur, la résiliation de l'adhésion prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- **soit 10 jours après la réception par l'Assureur de la décision de l'Organisme prêteur ;**

- **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 :

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

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

- **La gestion des sinistres ;**
- **La gestion des réclamations ;**
- **La réalisation de statistiques et d'études actuarielles ;**
- **La réponse aux obligations légales.**

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

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

En application de la législation en vigueur, toute personne physique partie ou intéressée au Contrat dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de ses données, d'un droit d'opposition aux traitements, d'un droit à la portabilité de ses données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après le décès, qui s'exercent en justifiant de son identité via l'Espace Assuré ou à l'adresse suivante :

**UTWIN ASSURANCES**  
**2 quai du Commerce**  
**69009 Lyon**

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](mailto: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](http://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 de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 mois suivant sa date de réception.

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 le formulaire de contact présent sur le site internet, [www.prevoir.com](http://www.prevoir.com) ou par voie postale à l'adresse suivante :

**PRÉVOIR- Vie - Service Réclamations**  
**19 Rue d'Aumale – CS 40019**  
**75306 Paris Cedex 09**

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 de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 mois suivant sa date de réception.

Si un désaccord subsiste, le réclamant peut saisir le Médiateur de l'assurance en lui adressant sa réclamation :

- via le site Internet de la Médiation de l'Assurance [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)
- ou par voie postale à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110- 75441 Paris Cedex 09.

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

### 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<sup>er</sup>, 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. »

### 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 cotisations 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 cotisations 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 cotisation 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 Législation

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.

### 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 **PRÉVOIR ÉLIT' 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.

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

**PRÉVOIR ÉLIT' EMPRUNTEUR N° 202206UTPR-ELIT-01**

UTWIN Assurances, intermédiaire d'assurance, est gestionnaire du contrat d'assurance PRÉVOIR ÉLIT' EMPRUNTEUR.  
Les actes effectués par UTWIN Assurances entraînent des frais de gestion.

Le barème actuellement en vigueur est le suivant :

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