

La présente Notice d'information a été établie sur la base du contrat d'assurance collectif souscrit par l'Association des Assurés IAssure, association loi 1901, dont le siège social est situé au 3 rue Victor Schoelcher ; 44800 SAINT HERBLAIN auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351, ci-après dénommée, « la Mutuelle » dont le siège social est situé à Paris (75116), 5 rue Dosne. Le présent document est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de la de MNCAP, Il définit le contenu des engagements contractuels réciproques entre la Mutuelle et chaque Assuré en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le Contrat est formé par l'acceptation des conditions générales présentées par la présente Notice d'Information et des statuts de la Mutuelle formulée par l'Assuré dans la demande d'adhésion, le cas échéant complétée par l'acceptation du Bon pour Accord.

**Pour une meilleure compréhension de la présente notice d'information, nous vous proposons de vous référer au Lexique à la fin de ce document.**

## **ARTICLE 1 - OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION**

Le présent contrat collectif est régi par le Code de la mutualité et la législation en vigueur.

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, le contrat collectif a pour objet de garantir les personnes assurées contre les risques :

**Option 1** : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

**Option 2** : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale

**Option3** : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle

Ces garanties sont définies à l'article 8 du présent contrat collectif.

**Lorsque l'assurance est consentie à des conditions particulières, seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur le Bon Pour Accord qui lui est adressé et qu'il a accepté.**

## **ARTICLE 2 – PERSONNES ASSUREES**

Peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation de leur demande, les personnes physiques, les représentants de personnes morales, adhérant à la Mutuelle, Emprunteurs, Co-emprunteurs, caution d'un ou plusieurs prêt(s) avant remboursement intégral.

## **ARTICLE 3 – PRETS ASSURABLES**

Le contrat collectif couvre les prêts immobiliers, les prêts professionnels et les prêts personnels énumérés ci-après :

- Prêts amortissables, à taux fixe ou variable, d'une durée maximum de 30 ans ;
- Prêts modulables, d'une durée maximum de 30 ans ;
- Prêts avec différé de moins de 3 ans, avec ou non remboursement des intérêts pendant le différé, d'une durée maximum de 30 ans ;
- Les prêts personnels affectés d'une durée minimum de 12 mois et maximum de 60 mois. Le capital minimum assuré est de 17 000 € et maximum de 75 000 €

**Les prêts in fine ne sont pas assurables par ce contrat.**

Il est précisé que le bien immobilier, objet du financement assuré doit être situé en France et le contrat de prêt doit être libellé en euros, rédigé en français et souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en France (les prêts en devises, autres que l'euro, ne sont pas assurables dans le cadre du présent contrat collectif).

## **ARTICLE 4 - CONDITIONS D'ADHESION ET D'ADMISSION**

### **4.1 - Conditions d'adhésion**

Les adhésions sont reçues à l'aide d'une demande d'admission mise à la disposition de la Personne à assurer par la Mutuelle ou tout autre support défini au préalable d'un commun accord avec le distributeur ou le prescripteur et agréé par elle. La signature de ce document matérialise la demande d'admission à la Mutuelle.

Toute Personne à assurer doit être au moins âgée de 18 ans à la date de signature de la demande d'admission et :

- pour la garantie Décès : de moins de 85 ans,
- pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle : de moins de 65 ans.

L'âge est calculé par différence de millésime.

**Les Inactifs ne peuvent souscrire que l'option 1.**

Les personnes résidant fiscalement en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie peuvent souscrire les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle.

Les personnes résidant fiscalement en Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Suisse ou au Portugal, dont le bien objet du financement est situé en France et dont l'activité professionnelle est exercée en France peuvent souscrire aux seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,

Les personnes non résidant en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie, en Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Suisse ou au Portugal, peuvent souscrire aux seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie **sous réserve d'acceptation préalable par la Mutuelle** après étude d'un questionnaire spécifique « Risques de séjour » et « Risques Professionnels » et de toutes autres pièces complémentaires jugées nécessaires par la Mutuelle.

### **4.2 Conditions d'admission**

#### **Formalités d'admission**

L'admission est subordonnée, en fonction des capitaux à garantir et de l'âge du Candidat à l'assurance, à la réalisation des formalités de sélection des risques en vigueur à l'adhésion.

Pour les prêts immobiliers à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation inférieurs à 200 000 euros, l'admission à l'assurance n'est pas subordonnée à des formalités

médicales, sauf si le cumul déclaré par le Candidat à l'assurance des prêts assurés par la Mutuelle ou par tout autre organisme d'assurance emprunteur est égal ou supérieur à 200 000 euros à l'adhésion ou si l'échéance d'un des prêts est postérieure au 60<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

Pour les demandes d'adhésion faisant l'objet d'une sélection médicale, la Personne à assurer doit remplir un questionnaire de santé et, sur demande de la Mutuelle, se soumettre à des examens médicaux et fournir les informations médicales et financières ou tout autre élément nécessaire à l'appréciation du risque.

Les formalités d'adhésion sont valables pour une Date d'effet intervenant dans les 6 mois à compter de la signature de la Demande d'Adhésion pour les questionnaires de santé et dans les 12 mois pour les autres pièces médicales.

La Mutuelle peut accepter l'admission, la différer, l'accepter à des conditions spéciales ou la refuser.

Le Médecin-Conseil de la Mutuelle se réserve le droit :

- De demander toutes justifications, visites ou examens complémentaires (rapport médical, analyses biologiques ou tout autre élément) nécessaires à l'appréciation du risque. S'il s'agit d'informations médicales, elles seront adressées sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de la Mutuelle, ou communiquées via l'espace adhésion digitalisé
- De majorer la cotisation, de restreindre ou d'exclure des garanties.

Les conditions d'acceptation à l'assurance sont notifiées au Candidat à l'Assurance par lettre, appelé « Bon pour accord », valable pour une durée de 120 jours à compter de sa date d'émission.

L'acceptation expresse de l'Assuré est matérialisée par le retour signé du Bon pour Accord à la Mutuelle.

A défaut, sauf accord de la Mutuelle, des formalités d'Adhésion devront être renouvelées.

### **Engagement de la Mutuelle**

Le montant minimum de l'engagement de la Mutuelle pour un même Assuré au titre des prêts figurant sur la demande d'admission, ne peut être inférieur à 10.000 Euros et le montant maximum de l'engagement de la Mutuelle pour un même Assuré au titre des prêts figurant sur la demande d'admission ne peut excéder 5.000.000 Euros, limité à 300.000 Euros si le remboursement du prêt intervient au-delà du 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.

**Le montant maximum de l'engagement de la Mutuelle pour un même Assuré au titre des prêts figurant sur la demande d'admission, ne peut excéder une mensualité de 8000 € (soit 266€ en indemnité journalière).**

### **Cumul des garanties**

Si plusieurs personnes, emprunteur, co-emprunteur ou caution, sont assurées pour un même prêt, la Mutuelle limite ses garanties au montant qui serait dû pour une seule personne assurée à 100%.

### **ARTICLE 5 – INCONTESTABILITE**

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues au présent article, à l'article 8.3.4 « fin des prestations » et à l'article 10.4 « cessation des Garanties », selon

les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement.

Les déclarations de l'Assuré servent de base à l'adhésion qui est incontestable dès qu'elle a pris effet, sauf en cas de réticence ou de fausse déclaration. L'attention des Personnes à assurer est attirée sur les sanctions prévues par le Code de la mutualité. En effet, les déclarations portées à la demande d'adhésion doivent être rectifiées avant la Date d'effet si elles ne sont plus exactes. **A défaut, la Mutuelle peut appliquer les sanctions prévues par le code de la Mutualité en cas de réticence ou de fausse déclaration.**

#### **Article L.221-14 :**

**« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. »**

En cas d'omission ou de fausse déclaration non intentionnelle, il sera fait application des dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité.

#### **Article L 221-15 :**

**« Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.**

**Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.**

**Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».**

Ces dispositions sont applicables tant à l'adhésion qu'en cours de contrat. Les cotisations versées restent alors acquises à la Mutuelle, qui se réserve le droit d'engager tout recours pour la restitution des prestations indûment payées auprès de l'Assuré ou en cas de décès, auprès de ses ayants-droits.

La Personne à assurer est tenue d'informer la Mutuelle de toute modification de son état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet des garanties.

### **ARTICLE 6 –PROCEDURE D'ADMISSION EN CAS DE RISQUE AGGRAVE DE SANTE – CONVENTION AERAS**

#### **6.1 - Objet de la Convention**

Les présentes stipulations ne concernent que les prêts immobiliers et les prêts professionnels. Les Personnes à assurer présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention

AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garanties dans le cadre de la tarification standard du contrat collectif, (niveau 1 de ladite Convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

Ces demandes d'adhésion sont systématiquement examinées individuellement conformément au niveau 2 de la Convention AERAS.

Une proposition tarifaire personnalisée est adressée sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (Questionnaire de santé complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier).

En cas de refus de niveau 2 des garanties dans le cadre du contrat collectif, le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de 3<sup>ème</sup> niveau, conformément à la Convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues, sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- Pour les prêts immobiliers (autres que la résidence principale) et les prêts professionnels : d'un encours cumulé des prêts d'au plus 420 000 € et d'une durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme des prêts ;
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêts d'au plus 420 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme des prêts.

Toutes les informations sur la Convention AERAS sont consultables sur le site [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

## **6.2 - Garantie Invalidité Spécifique**

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique est proposée sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle ont été refusées pour des raisons médicales ou en cas d'exclusion formulées pour la garantie Incapacité de Travail. Il ne s'agit pas d'une option. La Personne à assurer ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

Pour bénéficier de la garantie Invalidité Spécifique AERAS, toutes les conditions ci-dessous doivent être réunies :

- l'état de santé est consolidé ;
- le taux d'incapacité fonctionnelle apprécié par le médecin conseil de la Mutuelle par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70 % ;
- un justificatif est présenté : titre de pension d'invalidité 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, mise à la retraite pour invalidité, mise en congés longue maladie ou perception d'une pension d'invalidité (civile ou retraite anticipée) pour les fonctionnaires ou d'une pension d'invalidité totale et définitive pour les non-salariés.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité Temporaire Totale à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la

reconnaissance par le médecin de la Mutuelle de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

## **6.3 Dispositif d'écêtement des majorations de cotisation**

Le dispositif d'écêtement concerne les prêts immobiliers et professionnels d'un montant maximum de 420 000 €. Il intervient au dès lors que la majoration de cotisation a pour effet que la cotisation globale représente plus de 1,4 points dans le taux effectif global (TEG) du prêt. La Mutuelle informe les Candidats à l'assurance de la possibilité de demander l'application du dispositif.

Toutes les informations sur la Convention AERAS sont consultables sur le site [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

## **ARTICLE 7 – BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS**

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant.

Toutefois, dans l'hypothèse où, au moment du sinistre Décès, le montant du capital décès dû par la Mutuelle est supérieur au capital restant dû assuré, devant être versé au prêteur, la différence sera alors versée entre les mains de la personne qui aura été désignée par l'Assuré, par écrit ou à défaut par ordre de priorité : au co-emprunteur, au Conjoint non séparé de corps ou lié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par égales entre eux, à défaut, aux héritiers.

## **ARTICLE 8 - GARANTIES**

Les garanties joueront conformément au dernier tableau d'amortissement connu de la Mutuelle au jour du sinistre et dans la limite du montant garanti.

**Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt ne sont pas pris en compte.**

## **8.1 - L'Assurance Décès**

En cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de validité des garanties, le contrat collectif prévoit le remboursement, en tenant compte de la quotité assurée mentionnée dans l'attestation d'assurance :

- du capital restant dû assuré à la date de l'échéance qui précède le décès ; si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée postérieure au décès,
- des intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès pour les prêts amortissables et éventuellement, le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Le capital restant dû ne pourra jamais excéder le capital assuré lors de l'adhésion à l'exception des intérêts capitalisés et non réglés liés au prêt.

En cas de décès d'un co-assuré, le capital réglé correspond au prorata indiqué au moment de l'adhésion ou de la dernière modification de prêt acceptée. En aucun cas, et quel que soit le nombre d'assurés, la prise en charge par la Mutuelle ne pourra excéder 100% du capital restant dû au jour du décès, en tenant compte de la quotité assurée mentionnée dans l'attestation d'assurance.

### **Garantie Décès accidentel :**

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque et sous réserve que l'Adhérent ait accepté l'offre préalable de prêt, objet de la demande d'assurance, l'Assuré est garanti contre le risque de décès suite à un Accident à hauteur du capital Décès à assurer figurant sur la Demande Individuelle d'Adhésion dans la limite d'un montant maximum de 150 000 €.

La garantie provisoire Décès Accidentel prend effet à la date de réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion dûment complétée et signée.

Cette garantie est accordée sous réserve des exclusions énoncées à l'article 9.

Cette garantie cesse, sans autre avis :

- 15 jours calendaires après l'envoi, par la Mutuelle au Candidat à l'Assurance, d'un courrier de demande d'informations complémentaires resté sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par la Mutuelle au Candidat à l'Assurance, de la notification de refus ou d'ajournement ou de la lettre d'acceptation « Bon pour accord » indiquant les éventuelles surprimes ou exclusions, restée sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par la Mutuelle à l'Adhérent ou son mandataire du Certificat Individuel d'adhésion.

La durée maximale de la garantie est de soixante (60) jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit.

La prise d'effet des garanties entraîne l'annulation de la garantie provisoire Décès Accidentel, dans toutes ses clauses et conditions, les deux garanties décès ne pouvant se cumuler.

**Le décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme des accidents au sens de cette garantie.**

## **8.2 - L'Assurance Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**

L'assurance Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou "PTIA", garantit le remboursement par anticipation du capital défini à la garantie Décès, à la date de reconnaissance par le médecin conseil de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Est considéré comme atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assuré qui est reconnu et qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, y compris de direction ou de surveillance, par suite de maladie ou d'accident corporel garanti par la Mutuelle et survenu postérieurement à son adhésion. En outre, il justifie d'un taux d'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale égal ou supérieur à 66%, et se trouve dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance viagère d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

Ce taux d'incapacité est apprécié en se référant au barème indicatif des taux d'incapacité(s) en droit commun (édition du Barème de Droit commun publié par l'édition du « Concours Médical » la plus récente au jour de l'expertise médicale).

La Mutuelle statue sur le droit à prestation, en dehors de toute prise en compte d'un titre d'Invalidité 3<sup>ème</sup> Catégorie Sécurité Sociale ou d'un taux d'Invalidité CDAPH, ou de tout autre organisme social assimilé.

### **8.3 Les assurances Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle**

#### **8.3.1 - Conditions de mise en jeu des garanties**

#### **Mise en jeu de la garantie**

Le contrat N° 441066CRD est assuré par la MNCAP - Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété - Régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne, 75116 PARIS – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne, 75116 PARIS – Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Il est géré par Kereis France - Inscrit à l'ORIAS sous le numéro 07 009 030 Siège social : 3 rue Victor Schoelcher 44800 Saint-Herblain N° ADEME FR313784\_03FCY 20230615\_IASSURE\_441066CRD\_NI\_VDEF.docx

Le bénéfice des prestations est accordé à l'Assuré dont l'état de santé médicalement constaté l'empêche d'exercer son activité professionnelle, au chômeur bénéficiant d'allocations Pôle Emploi dont l'état de santé l'empêche de rechercher un emploi ou à l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre dont l'état de santé l'oblige temporairement à interrompre toutes ses occupations habituelles de la vie courante et à observer un repos complet, le rendant incapable d'assurer à la fois des travaux domestiques et de gestion des affaires personnelles et familiales.

Règle spécifique pour les cautions : la caution de personne physique doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire et avoir rempli ses obligations de caution depuis plus de six mois à la date de survenance du risque pour bénéficier des garanties.

#### **Franchise**

L'assurance intervient après une interruption totale et continue de travail supérieure au délai de franchise choisi par l'emprunteur au moment de l'adhésion ; ce délai de franchise est de 90 jours. Il débute au premier jour de chaque arrêt de travail.

Pour les prêts immobiliers à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation supérieurs à 200 000 euros, ou, si le cumul déclaré par le Candidat à l'assurance des prêts assurés par la Mutuelle ou par tout autre organisme d'assurance emprunteur est égal ou supérieur à 200 000 euros à l'adhésion et si l'échéance d'un des prêts est postérieure au 60<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré, il peut opter pour une franchise de 30 ou de 60 jours.

#### **Reprise du travail à mi-temps thérapeutique et rechute**

En cas de rechute dans les 90 jours suivant un arrêt de travail, due à la pathologie ayant motivé l'arrêt de travail précédent, un nouveau délai de franchise ne sera pas appliqué pour le décompte des prestations, qui seront versées dès le 1<sup>er</sup> jour de la rechute.

En cas de reprise effective du travail à mi-temps thérapeutique sur prescription du médecin traitant, la Mutuelle maintient la prise en charge pendant une durée de 180 jours maximum à hauteur de 50% des prestations dues définies ci-dessous dans l'article 8.3.1 paragraphe « Montant des prestations », **sans que ce montant puisse excéder 4000 euros par mois (soit 133€ d'indemnité journalière)** et sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

#### **Montant des prestations**

##### **- Base de calcul**

#### **Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour de l'Incapacité Temporaire Totale ou est au chômage et bénéficie de droits aux prestations de Pôle Emploi ou d'organismes similaires :**

Les prestations sont calculées, en tenant compte de la quotité assurée mentionnée sur l'attestation d'assurance, en fonction des échéances dues pendant l'arrêt de travail et sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés.

L'indemnisation s'effectue sur la base du dernier tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, prenant en compte les cotisations d'assurance, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

#### **Ne sont pas pris en compte :**

- **les augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt ;**

- **les augmentations d'échéances prévues au contrat de prêt et intervenues moins de six mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'incapacité de travail ;**
- **les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le(s) prêteur(s).**

#### - **Cumul et limites des prestations**

En aucun cas, et quel que soit le nombre d'assurés, la prise en charge par la Mutuelle ne pourra excéder 100% des échéances de remboursement dues à l'organisme prêteur et figurant sur le dernier tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre et tenant compte de la quotité assurée mentionnée dans l'attestation d'assurance.

Aucune prestation n'est versée pendant la période de différé total du capital et des intérêts et pour les prêts avec différé partiel, elle est limitée aux seuls intérêts.

Les arrêts de travail résultant de grossesses, de fausse couche, de l'accouchement normal ou prématuré ou de ses suites, ne sont garantis qu'en cas de complications pathologiques et dans les conditions suivantes :

- pendant la grossesse, avant le début du congé légal de maternité, la franchise s'applique,
- après l'accouchement, normal ou prématuré, la franchise s'applique à compter de la fin du congé légal de maternité, sauf si la franchise a déjà été appliquée pour la même pathologie, l'arrêt ayant débuté avant le congé légal de maternité.

### **8.3.2 - L'Incapacité Temporaire Totale**

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale par la Mutuelle, l'Assuré ayant souscrit l'option 2 ou l'option 3 qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue, médicalement justifiée, d'exercer son activité professionnelle ou, lorsqu'il est sans profession, que son état nécessite un repos complet, médicalement constaté, qui l'oblige temporairement à interrompre toutes ses occupations habituelles de la vie courante. Cet état cesse au jour de reconnaissance d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'une Invalidité Permanente Totale ou d'une Invalidité Permanente Partielle.

### **8.3.3 - L'Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Permanente Partielle**

#### **Invalidité Permanente Totale - Prestation unique : versement en capital**

**Est en Invalidité Permanente Totale**, l'Assuré ayant souscrit l'option 2 ou l'option 3 qui, par suite de maladie ou d'accident corporel garanti par la Mutuelle présente un taux global d'invalidité « N » déterminé selon les modalités décrites ci-après, égal ou supérieur à 66%.

Si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66%, la Mutuelle garantit le paiement, en fonction de la quotité mentionnée dans l'attestation d'assurance, du capital restant dû.

#### **Un taux d'invalidité inférieur à 66% n'ouvre droit à aucune prestation sauf si l'option 3 a été souscrite.**

La prestation unique peut être versée au Bénéficiaire si l'Assuré a souscrit au moment de son adhésion l'option versement en capital. En cas d'IPT de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat collectif prévoit le remboursement du capital

restant dû sur le prêt assuré (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de l'IPT), calculé sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle et dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur et en fonction de la Quotité assurée, à l'exclusion des mensualités échues et non réglées ainsi que des intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt, à la date de reconnaissance par le Médecin-Conseil de l'IPT. Le capital restant dû au jour de la Consolidation de l'IPT ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de l'adhésion (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de l'IPT) et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour de la Consolidation de l'IPT de l'Assuré.

Ce capital est plafonné à 5 000 000 € par personne assurée au sein de la Mutuelle.

Le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100% d'un même prêt. L'engagement de la Mutuelle ne saurait excéder 100% du capital restant dû à l'organisme prêteur.

Les règles relatives au paiement de la prestation et au cumul d'assurance sur plusieurs têtes telles que mentionnées ci-dessus pour la garantie Décès sont applicables à la garantie IPT.

Le paiement du capital restant dû restants dus en cas d'IPT entraîne la fin de toutes les garanties pour l'Assuré concerné et ne pourra donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie octroyée par la Mutuelle à ce même Assuré.

#### **Invalidité Permanente Partielle - Prestations périodiques : versement d'indemnités journalières**

**Est en Invalidité Permanente Partielle**, l'Assuré ayant souscrit l'option 3 qui, par suite de maladie ou d'accident corporel garanti par la Mutuelle présente un taux global d'invalidité « N », déterminé selon les modalités décrites ci-après, compris entre 33% et 66%.

Si le taux global d'invalidité « N » est compris entre 33% et 66%, les prestations sont égales à 50% des indemnités versées au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale telles que définies à l'article 8.3.1, au prorata temporis et à terme échu, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'IPP médicalement justifiée.

Sont exclus de la garantie les échéances échues et non réglées ainsi que les intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt au jour de la survenance du Sinistre.

Le versement des indemnités journalières s'effectue à partir de la date de la Consolidation de l'invalidité et au plus tôt **après la période de Franchise** indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'IPP médicalement justifiée et reconnue par la Mutuelle et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 10.4 n'est pas atteint.

Chaque Sinistre bénéficiera de la même période de Franchise et de la même durée maximum d'indemnisation.

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé), il sera versé, prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent au titre du prêt garanti.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'arrêt de travail concomitant des co-Assurés sur la même période, il pourra être versé

une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100% de l'échéance réellement due à l'organisme prêteur.

**Un taux global d'invalidité « N » inférieur à 33% n'ouvre droit à aucune prestation.**

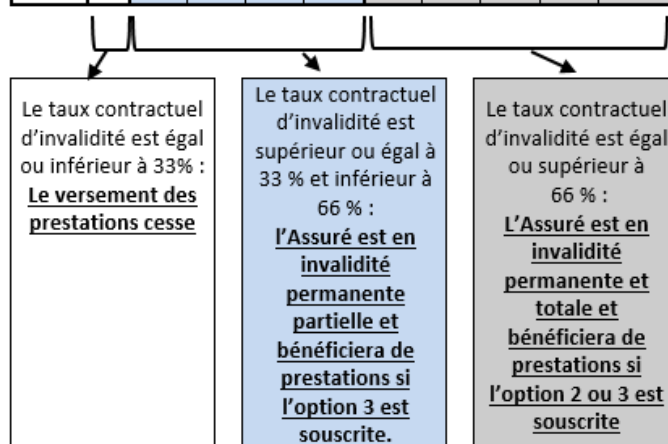
#### Détermination du taux global d'invalidité « N »

Le taux global d'invalidité « N » est déterminé après consolidation de l'état de santé, c'est-à-dire quand l'état physiologique de l'Assuré est considéré comme stabilisé, par estimation d'ordre médical en fonction de l'incapacité fonctionnelle et de l'incapacité professionnelle selon le barème ci-après exprimé en pourcentage. Pour les Assurés sans activité professionnelle fiscalement déclarée ou au chômage et ne bénéficiant pas de droits aux prestations versées par Pôle Emploi au moment du sinistre, seul le taux d'incapacité fonctionnel est pris en compte.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi par estimation d'ordre médical en référence au Barème de Droit Commun publié par l'Édition du Concours Médical la plus récente au jour de l'expertise, en dehors de toute considération professionnelle ; il est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction du taux 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) et des conditions normales d'exercice de cette profession.

Taux d'IP (*)	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
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%	



(\*) Taux d'IP signifie «Taux d'Incapacité Professionnelle»

Le point de départ de l'indemnisation ne peut toutefois se situer avant la fin du délai de franchise suivant la première constatation médicale de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'état d'incapacité.

La Mutuelle statue sur le droit à prestation. Les pièces émanant de la Sécurité Sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas la Mutuelle. Les pièces émanant de la CDAPH ne permettent pas, à elles seules, de justifier d'un arrêt de travail.

#### 8.3.4 - Fin des prestations

L'indemnisation s'applique pendant la durée de l'arrêt de travail et au prorata de la durée de l'arrêt de travail. Elle cesse :

- A la date de reprise d'une activité, sauf si une Invalidité Permanente Partielle a été souscrite puis reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle, et sauf en cas de reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique.
- S'il est établi que l'Assuré ne répond plus aux conditions visées pour le maintien de la garantie,
- A la date de reconnaissance de l'IPT, de la PTIA ou du Décès de l'Assuré,
- A la fin du prêt,
- A la date où l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse, sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle qui fait l'objet de la prise en charge par la Mutuelle,
- Et au plus tard, le jour de son 71<sup>ème</sup> anniversaire.

#### ARTICLE 9 - RISQUES EXCLUS

##### 9.1 - Garantie Décès

Sont exclus les Sinistres suivants, ainsi que leurs suites et leurs conséquences :

- le suicide pendant la 1<sup>ère</sup> année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci. Toutefois pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal, le suicide est garanti pendant la 1<sup>ère</sup> année d'assurance mais son indemnisation n'excédera pas la limite du montant fixé par décret ;
- les conséquences de vols sur appareil non pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, les compétitions, démonstrations acrobatiques et voltiges libres, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototype, pratique du deltaplane, ULM, parapente ;
- les conséquences d'accidents causés par des cataclysmes et les dommages résultant de faits de guerre étrangère, de guerre civile ou d'émeute ;
- la conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur au jour du sinistre 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, les suites et conséquences de l'usage de stupéfiants par l'Assuré, à des fins autres que médicales et non ordonné médicalement ;
- l'homicide volontaire d'un titulaire de l'assurance par un co-assuré ;
- les événements causés ou aggravés par des armes ou des 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.

## 9.2 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Sont exclus les Sinistres suivants, ainsi que leurs suites et leurs conséquences :

- ceux exclus au titre des garanties Décès ;
- quand l'Assuré a rempli un questionnaire de santé, les Accidents ou Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'admission, et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'adhésion, sauf s'ils ont été déclarés à la souscription et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion ou d'une restriction de garantie ou sauf si l'adhésion n'a pas fait l'objet d'un questionnaire de santé. Toutefois, les exclusions figurant dans cette notice restent dans tous les cas applicables ;
- les Accidents ou Maladies résultant d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire ;
- les Accidents ou Maladies qui sont le fait volontaire de l'Assuré ;
- les Accidents aériens non couverts par la garantie Décès ;
- les Accidents liés à la consommation de stupéfiants par l'Assuré à des fins autres que médicales et non ordonnés médicalement ;

## 9.3 - Garantie Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle

Sont exclus les Sinistres suivants, ainsi que leurs suites et leurs conséquences :

- ceux exclus au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- Pour les adhésions sans questionnaire de santé, les suites et conséquences d'une Maladie ou d'un Accident ayant donné lieu à un arrêt de travail en cours à la Date d'effet ;
- les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'Assuré ;
- les atteintes corporelles ou non, résultant d'une tentative de suicide ;
- les arrêts de travail correspondant à la durée légale du congé de maternité, défini à l'article L.1225-17 du Code du travail, que l'Assurée soit salariée ou non, sauf si pendant cette période l'Assurée subit un accident ou une maladie garantie non lié à la maternité ;
- les atteintes corporelles qui résultent d'une action volontaire d'un titulaire de l'assurance sur lui-même ou sur un co-assuré ;
- Les Sinistres résultant d'une atteinte relatives à l'axe rachidien, paravertébrales, disco-vertébrales ou dorsolombaires suivantes : lumbago, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales, arthrose, discopathie, hernie discale, canal cervical étroit, dorsalogie, névralgie dorsale, névralgie, lombocruralgie, lombosciatalgie, sciatalgie, pincement discal, protrusion discale, canal lombaire rétréci et/ou étroit, spondylolisthésis, maladie de Scheuermann, Maladie de Forestier et Rotès Qureoi, ostéoporose, tassement vertébral ostéoporotique, scoliose, cyphose, lordose sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à quinze (15) jours continus ; La matérialisation de cette hospitalisation n'entraînera pas une indemnisation rétroactive portant sur la période d'incapacité antérieure au 1er jour d'hospitalisation. cette exclusion ne s'applique pas en cas d'affections tumorales ou fracturaires de la colonne vertébrale ». Les affections tumorales et les fractures traumatiques d'origine accidentelle, leurs suites et leurs conséquences, sont en effet couvertes par le contrat.
- Les Sinistres résultant des troubles anxieux, troubles névrotiques, schizophrénie, troubles psychotiques, troubles de l'humeur,

troubles délirants, dépressions,, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome de burn-out ou d'épuisement, du syndrome de fatigue chronique, de la fibromyalgie, de trouble obsessionnel compulsif (TOC), d'insomnie et d'hypersomnie, ainsi que le Syndrome douloureux régional complexe, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation en établissement psychiatrique, ou service de psychiatrie d'un établissement hospitalier, supérieure ou égale à quinze (15) jours continus . La matérialisation de cette hospitalisation n'entraînera pas une indemnisation rétroactive portant sur la période d'incapacité antérieure au 1er jour d'hospitalisation.

Sous réserve d'acceptation préalable par la Mutuelle et paiement d'une surprime complémentaire, la Personne à assurer peut choisir à l'adhésion la prise en charge des deux dernières exclusions de manière indissociable. Ce choix est définitif pour toute la durée du contrat collectif.

## 9.4 - Exclusions pouvant faire l'objet d'un rachat

Sont exclues de toutes les garanties, les suites et conséquences résultant de la pratique des sports suivants :

- alpinisme, arts martiaux, bobsleigh, canyoning, chasse à courre, cyclisme de compétition, équitation, escalade, motonautisme, plongée sous-marine, rafting, randonnée de montagne en solitaire ou au-dessus de 3.000 mètres, saut à l'élastique ou bungee, spéléologie, sports aériens et/ou utilisation de tout engin aérien, sports automobiles, sports avec utilisation d'une arme, sports de neige ou de glace (autre qu'amateur sur piste de ski alpin ou de fond, monoski, surf, patinage), sports de combat, sports motocyclistes, taumachie, sports professionnels ou sous contrats avec rémunération, sports à titre amateur rémunéré, voile et yachting hors compétition (longue traversée, tour du monde), voile et yachting en compétition, autres sports mécaniques ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant.

Toutefois, à la demande expresse de la Personne à assurer, tout ou partie de ces activités peuvent être assurées moyennant tarification spéciale.

La pratique ponctuelle, qui en tout état de cause, devra conserver un caractère exceptionnel à l'occasion d'un événement spécifique, sera couverte sans tarification spéciale ni majoration. Il incombera à l'Assuré d'une part, de rapporter la preuve du caractère exceptionnel de cette pratique et d'autre part, d'établir que cette pratique a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaire à un tel encadrement.

## 9.5 Exclusions liées aux activités professionnelles

Sont exclues de toutes les garanties les personnes exerçant les professions suivantes :

- - Marin pêcheur,
- - Métier de l'aviation hors lignes régulières ou sur compagnies aériennes sur liste noire,
- - Métiers de l'armée, de la police ou de la gendarmerie,
- - Métiers de la sécurité (agent de sécurité, vigile...) ou avec port d'armes,
- - Métiers du cirque ou cascadeurs, Intermittents du spectacle,
- - Plongeur avec appareil autonome,
- - Pompier, Secouriste, Sauveteur en mer ou montagne,

- Sportif professionnel,
- Mineur,
- - Les professions impliquant :
  - -des missions humanitaires hors UE,
  - le transport d'explosifs ou matières dangereuses,
  - le travail en hauteur supérieur à 20 mètres,
  - le travail sous-terrain,
  - le travail sur site onshore, volcanique, archéologique, d'exploitation minière, forestière, pétrolière, de gaz, nucléaire.

Toutefois, à la demande expresse du Candidat à l'assurance, tout ou partie de ces professions peuvent être assurées sous réserve d'acceptation préalable de l'assureur et moyennant tarification spéciale.

Sauf dans le cadre de l'exercice de sa profession déclarée à l'Adhésion, sont exclus de l'ensemble des garanties les sinistres résultant ou provenant de :

- - la participation active de l'Assuré à toute guerre civile ou étrangère, tout duel, rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, attentat, émeute ou mouvement populaire, délit ou acte criminel (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger) quel que soit le lieu où se déroulent ces événements ou les protagonistes,
- - la manipulation par l'Assuré d'engins de guerre, de produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs ou inflammables hors produits domestiques) et, dès lors que leur détention est interdite, la manipulation d'armes, de feux d'artifice de classe K4, d'explosifs,
- - toute participation à des exhibitions, paris, essais et tentatives de records, de quelle que nature que ce soit,
- - les accidents de navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouve à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité ou conduit par un pilote (pouvant être l'Assuré) ne possédant pas de brevet de pilote ou possédant un brevet ou une licence périmée ou ne correspondant pas au type d'appareil utilisé.

## ARTICLE 10 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET ET CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

### 10.1 - Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date de signature par l'Assuré du Bon Pour Accord ou de l'envoi de l'attestation d'assurance.

L'adhésion est conclue pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

### 10.2 - Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties s'appliquent à chacun des prêts, pendant toute leur durée contractuelle et prennent effet à la date choisie par l'assuré et mentionnée sur l'Attestation d'assurance. La date d'effet choisie ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par la Mutuelle ni lui être postérieure de plus de 6 mois.

Si 180 jours se sont écoulés depuis la date d'acceptation du risque sans que les garanties aient pris effet, les formalités d'admission doivent être renouvelées.

En cas de Vente à distance, à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds intervienne dans les 6 mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté), et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu à l'article 19 « FACULTE DE RENONCIATION » qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les garanties peuvent prendre effet à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds, 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'admission pour la mise en œuvre des garanties.

A défaut de choix, les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date d'acceptation du risque par la Mutuelle indiquée sur l'attestation d'assurance.

### GARANTIE DECES ACCIDENTEL

Le décès résultant d'un accident, c'est-à-dire de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure fortuite et indépendant de la volonté de l'Assuré, est garanti dès la signature de la demande d'admission, dans les limites de l'article 8 « GARANTIES » et 9 « RISQUES EXCLUS » du présent contrat collectif.

Pour ouvrir droit à indemnisation, le décès doit survenir dans les 6 mois qui suivent la date de l'accident. L'Accident doit survenir après la date de signature de la Demande d'adhésion. **Les suites et conséquences d'un Accident survenu antérieurement à la date de signature de la Demande d'adhésion ne sont pas couvertes par cette garantie.**

Cette garantie cesse à la date d'émission de l'attestation d'assurance ou à la date de notification du refus par la Mutuelle et, au plus tard 60 jours à compter de la date de signature de la demande d'admission.

### 10.3 – Cessation de l'adhésion

L'Adhésion prend fin pour l'Assuré :

- A la fin du terme contractuel des garanties et au plus tard au 31<sup>ème</sup> anniversaire du contrat de prêt ;
- Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;
- A la date de remboursement anticipé de chaque prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;
- Dans les 10 jours qui suivent la réception par la Mutuelle de l'acceptation de la substitution du contrat par l'organisme prêteur lorsque l'Adhérent a demandé la résiliation de son contrat d'assurance conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité,
- En cas de résiliation par l'Adhérent, par lettre ou tout autre support prévu par l'article L.221-10-3 du code de la mutualité avec accord exprès du Bénéficiaire acceptant du contrat,
- Lors du versement du capital garanti en cas de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale,
- A la date à laquelle le contrat de cautionnement est résilié dans l'hypothèse où l'Assuré est Caution,
- En cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence de la part de l'Assuré ou de ses ayants droits de nature à affecter l'importance du risque ou à entraîner le paiement de prestations

indues, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

#### **10.4 – Cessation des garanties**

La cessation de l'adhésion telle que définie à l'article 10.3 met fin à l'ensemble des garanties.

En outre, les garanties cessent dans les conditions suivantes :

- Pour la garantie Décès : le jour du 91<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.
- Pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à la date où l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse, sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle qui fait l'objet de la prise en charge par la Mutuelle, et au plus tard le jour du 75<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré en cas d'Accident et au plus tard le jour du 71<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré en cas de Maladie.
- Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle : à la date où l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse, sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle qui fait l'objet de la prise en charge par la Mutuelle, et au plus tard le jour du 71<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré,

En cas de fraude, de fausse déclaration, les garanties sont immédiatement annulées, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

#### **ARTICLE 11 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT**

Les demandes de modification devront être adressées à la société KEREIS France (ORIAS N° 07 009 30) à l'adresse suivante : KEREIS France– CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9.

**Modification du (des) prêt(s)** : en cas de modification des caractéristiques du prêt en cours de contrat, l'Assuré doit en informer KEREIS France par écrit.

En cas de remboursement anticipé total : la Mutuelle procédera à la résiliation du contrat et remboursera la fraction des cotisations payées couvrant la période postérieure à la date de remboursement anticipé.

En cas de remboursement anticipé partiel : la Mutuelle ajustera les cotisations et pourra être amenée à rembourser une fraction des cotisations payées.

**Modification des garanties** : aucune modification de garantie demandée par l'Assuré ne pourra être effectuée sans le consentement exprès de l'organisme prêteur. En cas de modification des quotités ou des garanties en cours de contrat, l'Assuré dont les garanties sont augmentées doit satisfaire à de nouvelles formalités d'admission.

**Modification de la situation personnelle de l'Assuré** : les modifications de situation personnelle de l'Assuré en cours de contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

L'Assuré est tenu d'informer KEREIS France par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 30 jours qui suivent, tout changement de domicile, de consommation de tabac, lorsque l'assuré a signé une déclaration « non-fumeur » sur la Demande d'admission, à défaut d'information par l'Assuré de son changement de domicile, les lettres recommandées adressées par la Mutuelle ou KEREIS France à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

#### **ARTICLE 12 – FORMALITES A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE**

Il est expressément stipulé que la production des justificatifs ne suffit pas à l'enclenchement des garanties : une appréciation au regard de l'ouverture des droits de l'Assuré est menée dans le cadre de l'instruction du dossier sinistre. Dans tous les cas, la Mutuelle statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande de prestations.

Les déclarations de sinistre devront être adressées à la société KEREIS France (ORIAS n° 07 009 030) à l'adresse suivante : KEREIS France – CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9 ou sur le site <https://assure.kereisfrance.com/>.

Pièces à fournir :

**Dans tous les cas :**

- Une copie de l'offre préalable ;
- Le dernier tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre ou une attestation détaillée de l'organisme prêteur.
- **Quelle que soit la garantie, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'Assuré ou ses ayants droit, tout autre document qu'elle jugera utile pour l'étude de sa demande.**

**En cas de Décès :**

- Un bulletin de décès ou l'acte de décès original établi par un bureau d'état civil ;
- Un certificat médical sur imprimé fourni par la Mutuelle indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et si le décès est accidentel, le procès verbal de police ou de gendarmerie.

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

- La copie d'une pièce d'identité ( en cours de validité ) de l'assuré ; Le titre de rente accident du travail ou notification d'attribution d'une pension d'invalidité ;
- Une attestation médicale sur imprimé fourni par la Mutuelle remplie par le médecin choisi par l'Assuré,
- Le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne, (invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale)
- Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, l'arrêté de position administrative ou la décision de la commission de réforme.

**En cas d'Arrêt de Travail :**

**Pour les Assurés sociaux :**

- La copie d'une pièce d'identité ( en cours de validité ) de l'assuré
- Une attestation médicale sur imprimé fourni par la Mutuelle remplie par un médecin choisi par l'Assuré ;
- Les décomptes ou attestations de versement de prestations en espèces de la Sécurité Sociale ou de régimes particuliers, ou pour les fonctionnaires ou assimilés une attestation de l'employeur justifiant l'Incapacité Temporaire Totale ;
- En cas d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité délivrée par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé doit être produite.

**Pour les travailleurs non-salariés et les intactsifs :**

- Une attestation médicale sur imprimé fourni par la Mutuelle remplie par un médecin choisi par l'Assuré,
- Les certificats médicaux d'incapacité de travail.

**Continuation du service des prestations :**

**Les paiements des prestations sont subordonnés à la production des décomptes d'indemnités journalières ou des talons de versements des pensions ou rentes par la Sécurité Sociale ou les régimes particuliers et à la production des certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail.**

## **ARTICLE 13 – TERRITORIALITE**

Le risque de Décès est couvert en cas de déplacement dans le monde entier, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale et l'Invalidité Permanente Partielle doivent être médicalement constatées en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer, les collectivités d'outre-mer ou la Nouvelle Calédonie.

A défaut de preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle, le droit aux prestations est suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine ou dans un pays de l'Union européenne, dans les départements et régions d'outre-mer, les collectivités d'outre-mer ou la Nouvelle Calédonie.

## **ARTICLE 14 – DECISION DE LA MUTUELLE, CONTROLE ET CONTESTATION**

### **Contrôle Médical**

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions de la Sécurité Sociale ou des organismes sociaux quant à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale et l'Invalidité Permanente Partielle.

La Mutuelle peut à tout moment faire procéder aux contrôles, et vérifications qu'elle juge nécessaires par un médecin qu'elle désigne.

**Les prestations sont alors suspendues dans l'attente des conclusions du rapport médical. A réception, la Mutuelle statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande de prestations et sur le maintien des prestations. Le refus de se soumettre au contrôle médical peut motiver la décision de la Mutuelle de déchoir l'assuré de son droit à garantie.**

Si l'Assuré le souhaite, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix, à ses frais.

### **Tierce expertise**

En cas de désaccord entre les médecins, la Mutuelle invite le médecin de l'Assuré, et celui choisi par elle, à désigner un médecin tiers expert chargé de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur cette désignation, la désignation est faite à l'initiative de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'Assuré.

L'Assuré prendra à sa charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert quelle que soit l'issue de la tierce expertise.

En tout état de cause, l'Assuré et la Mutuelle conservent la faculté d'exercer une action en justice.

## **ARTICLE 15 – DELAI DE DECLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION**

### **Délai de déclaration**

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale et d'Invalidité Permanente Partielle, est considéré comme forclos toute demande de prestations non formulée dans les 6 mois qui suivent l'arrêt de travail, sauf impossibilité démontrée. Passé ce délai, la Mutuelle ne règlera que les mensualités à échoir.

Cette clause ne pourra s'appliquer que si la Mutuelle prouve un préjudice du fait du retard de la déclaration et la sanction sera limitée au préjudice subi par la Mutuelle.

### **Prescription**

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant, et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droits du membre participant 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 du membre participant ».

Il est rappelé qu'en vertu de l'article L221-12 du Code la mutualité, « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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 la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

*Information complémentaire :*

*Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.221-12 du Code de la mutualité sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel «[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) ».*

**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.

## ARTICLE 16 - COTISATIONS D'ASSURANCE

Les garanties du contrat collectif n° 441066CRD sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation calculée chaque année par l'application d'un taux d'assurance.

Le taux est déterminé en fonction de l'Âge de l'assuré, du capital restant dû, l'activité professionnelle de l'Assuré, sa qualité de fumeur ou de non-fumeur, les risques sportifs et médicaux déclarés, les garanties souscrites, la quotité choisie et le délai de Franchise choisi.

Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital emprunté restant dû à chaque échéance documentée dans l'Attestation d'Assurance. Lors de l'établissement de la Demande d'admission, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration « non-fumeur », ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris de cigarettes électroniques), cigares ou pipes au cours des 24 mois précédant la date de signature de la Demande d'admission et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Les cotisations, y compris les taxes en vigueur, sont à échoir.

La cotisation est payée mensuellement sauf autre périodicité choisie par la Personne à assurer sur la demande d'admission.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels et trimestriels.

Quelle que soit la périodicité choisie, la première quittance représentant les cotisations dues de la date d'effet au terme suivant, est prélevée au plus tôt 14 jours calendaires avant la date d'échéance du mandat SEPA.

La cotisation fixée à l'adhésion, est garantie sur toute la durée du prêt sauf en cas de changement du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du (des) prêt(s) couvert(s) et/ou de modification de garantie faisant l'objet d'un avenant sur justificatif de l'organisme prêteur. La cotisation comprend la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. En cas de modification de cette dernière au cours de la période de validité des garanties, la Mutuelle informera l'Adhérent de cette modification et la cotisation sera révisée.

La prise en charge par la Mutuelle. au titre de l'Incapacité Temporaire Totale ou l'Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Permanente Partielle ou encore la cessation d'une garantie n'entraîne pas de modification du montant de la cotisation et n'interrompt pas le règlement de la cotisation à la charge de l'Assuré. L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses cotisations jusqu'à la date de cessation des garanties. Cependant, en cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité Spécifique AERAS, les cotisations sont remboursées au prorata des périodes indemnisées.

Si l'Assuré ne règle pas ses cotisations, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité.

Cette lettre recommandée est envoyée par la Mutuelle 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. L'exclusion intervient 10 jours après l'expiration de la période de suspension de la garantie de 30 jours suivant l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, ce délai est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande.

En cas de remboursement anticipé du prêt ou du décès, les cotisations perçues d'avance pour toute année non commencée seront restituées.

L'organisme prêteur, en tant que bénéficiaire du contrat, sera tenu informé de tout impayé ou résiliation pour mise en demeure.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation.

## ARTICLE 17 – ADHESION A LA MUTUELLE

### Frais d'adhésion :

En application des statuts de la Mutuelle, afin de bénéficier de l'assurance, il y a lieu d'adhérer à la Mutuelle en qualité de membre participant. Les adhésions sont nominatives et donnent lieu au paiement d'un droit d'entrée fixé statutairement. Le membre participant prend part à l'élection des délégués de sections à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Il perd sa qualité de membre participant de la Mutuelle dans les hypothèses suivantes :

- Par démission, en cas de renonciation au prêt,
- Par radiation, en cas d'expiration des contrats de prêts.

En tout état de cause, les garanties cessent dès la perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle.

## ARTICLE 18– CONVENTION DE PREUVE EN CAS D'ADHESION ELECTRONIQUE

En cas d'adhésion au contrat à distance avec option pour le mode de souscription numérique, la signature électronique de la Demande d'admission vaut manifestation de votre accord sur les conditions de votre adhésion dont vous avez préalablement pris connaissance.

Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble des déclarations que vous avez effectuées de façon dématérialisée, y compris celles relatives à votre état de santé.

Vous êtes informé et acceptez expressément que les données et documents d'adhésion sous forme électronique, conservés par KEREIS France ou chez un hébergeur de données de santé mandaté par cette dernière et agréé au sens de l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique, vous soient opposables et puissent être admis comme preuve de votre identité, de vos déclarations et de votre consentement relatif à l'adhésion au présent contrat ainsi qu'à son contenu et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

Ces données et documents ayant fait l'objet d'une signature électronique conforme aux dispositions du décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 auront la même force probante qu'un support écrit en cas de contestation.

## ARTICLE 19 – FACULTE DE RENONCIATION

Conformément à l'article L.223-8 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer au contrat de la Mutuelle par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

En cas de vente à distance, conformément à L.221-18 II - 1 et 2 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion dans un délai de 14 jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion formalisée par l'envoi de l'attestation d'assurance.

La Mutuelle prolonge ce délai de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion à 30 jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Pour ce faire, il doit adresser à **KEREIS France - CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9** un courrier ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité avec copie à l'organisme bancaire concerné, reproduisant le texte ci-dessous :

*« Je soussigné nom prénom née le demeurant,..... contrat de prêt n°..... raison sociale de l'organisme bancaire..... déclare renoncer expressément à la souscription du contrat n°.....Je demande le remboursement des sommes déjà versées. Fait à la signature ».*

La renonciation met fin à l'affiliation.

Le défaut de remise des documents et informations énumérées à l'article L.223-8 du Code de la mutualité entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents.

#### **ARTICLE 20 – FACULTE DE RESILIATION**

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, et sous réserve des dispositions de la présente notice relatives à la prise d'effet et à la durée de l'adhésion, l'adhérent dispose de la faculté de résilier son adhésion à tout moment.

L'adhérent peut mettre fin à celle-ci en utilisant la solution digitale proposée depuis l'espace assuré kereis France à l'adresse : <https://assure.kereisfrance.com/> ou en envoyant une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité à KEREIS France - CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9, conformément au 1er alinéa de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité.

L'adhérent qui fait usage du droit à résiliation, doit accompagner sa demande de la décision du prêteur prévue au deuxième alinéa de l'article L.313-31 du Code de la Consommation, et indiquer la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

En cas d'acceptation par l'organisme prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet 10 jours après la réception par KEREIS pour le compte de la Mutuelle de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

Lorsque la demande de résiliation effectuée selon les conditions du 1er alinéa de l'article L-221-10 du Code de la Mutualité, reçoit l'accord exprès du prêteur en qualité de bénéficiaire acceptant du contrat, l'adhésion prend fin à la date d'échéance qui suit la demande de résiliation.

En cas de refus par l'organisme prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

Conformément à l'article L. 221-10-4 du code de la Mutualité, la Mutuelle informe annuellement l'assuré de son droit à résiliation, en indiquant dans un document les modalités de résiliation et les différents délais de notification et d'information à respecter

#### **ARTICLE 21– PARTICIPATION AUX BENEFICES**

L'Adhérent ne peut se prévaloir d'aucun droit individuel aux bénéfices techniques et financiers du présent contrat collectif. Ceux-ci sont affectés, à la fin de chaque exercice, à l'ensemble des provisions techniques ou des réserves de la Mutuelle.

#### **ARTICLE 22 - INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES**

Conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'adhérent(e) reconnaît avoir été informé(e) par la Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées.

Le Groupe MNCAP a désigné un délégué à la protection des données (dpo@mncap.fr).

Ce traitement a pour finalités :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du membre participant, la gestion des avis du membre participant sur les produits, services ou contenus proposés par la Mutuelle ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

L'organisme s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'adhérent pour d'autres finalités que celles précitées.

Les données collectées sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Les données sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle et des obligations légales de la Mutuelle puis le temps de la prescription légale en vigueur et sont réservées à l'usage des services concernés de la Mutuelle et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et les partenaires.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données traitées.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable, afin de réduire le risque de réidentification des personnes.

Toute personne concernée par un traitement de données à caractère personnel dispose, dans les conditions et limites prévues par la réglementation, du droit de demander au responsable du traitement

l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, la limitation du traitement la concernant, ainsi que du droit de définir des directives sur le sort de ses données après sa mort, du droit de s'opposer au traitement de ses données, du droit à la portabilité.

Vous pouvez exercer vos droits en justifiant de votre identité si nécessaire et en vous adressant à : [dpo@mncap.fr](mailto:dpo@mncap.fr) ou par courrier au DPO du Groupe MNCAP, 5, rue Dosne, 75116 PARIS.

Par ailleurs, si vous considérez que le traitement vous concernant constitue une violation de la réglementation, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ou de l'autorité de contrôle de l'Etat où se trouve votre résidence habituelle, votre lieu de travail, ou le lieu où la violation aurait été commise.

### **ARTICLE 23 - AUTORITE DE CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est :

**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de BUDAPEST CS 92459,75436 PARIS**

### **ARTICLE 24 – RECLAMATION – MEDIATION**

Si l'Assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du présent contrat collectif, son interlocuteur habituel, KEREIS France, est en mesure d'étudier ses demandes.

L'Assuré peut également formuler une réclamation en contactant :

**KEREIS France - Service réclamations - CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9 -**

KEREIS France s'engage à accuser réception de sa demande dans les dix jours ouvrables suivant l'envoi de cette réclamation et à lui apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si les réponses apportées ne satisfont pas l'Assuré, il pourra alors écrire à :

**Groupe MNCAP - Service Gestion des réclamations - 5 rue Dosne – 75116 PARIS**

La Mutuelle s'engage à accuser réception de sa demande dans les 10 jours de sa réception et à lui apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si le désaccord persiste, après épuisement des voies de recours internes à la Mutuelle, l'Assuré pourra demander un avis au Médiateur de la FNMF. Sa demande devra être adressée via le formulaire disponible sur le site [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr) ou par courrier à :

**Service Médiation, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15.**

Les modalités de la procédure amiable de médiation seront communiquées sur demande adressée à :

**Groupe MNCAP – Service Gestion des Réclamations - 5 rue Dosne, 75116 PARIS.**

La demande écrite et signée devra autoriser le Médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier.

### **ARTICLE 25- LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT**

La Mutuelle participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, la Mutuelle peut elle-même ou par l'intermédiaire de son gestionnaire être amenée à interroger les parties au contrat (Adhérents, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) et demander des documents supplémentaires afin d'obtenir des précisions supplémentaires.

### **ARTICLE 26– LOI APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPETENTES**

Le contrat est régi par la loi française, à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat collectif sera de la compétence du tribunal du domicile de l'Assuré, ou de l'ayant-droit, s'il est domicilié en France.

Par conséquent, le bénéfice des nouvelles notices d'information ne pourra être revendiqué par l'Adhérent pour régir les sinistres à venir se rapportant à son Adhésion antérieure.

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

## LEXIQUE

**Accident** : Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré.

**Adhérent** : Personne physique qui adhère aux statuts de la Mutuelle et au présent contrat collectif auxquels il se conforme. Il est membre participant de la Mutuelle et paie les cotisations d'assurance. Une personne morale peut s'engager irrévocablement à payer les cotisations pour le compte de l'Adhérent.

**Assuré** : Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose les garanties. Il peut être représentant d'une personne morale, Emprunteur, Co-Emprunteur, Cautions du prêt.

**Bénéficiaire** : Personne physique ou morale qui percevra les prestations prévues au contrat collectif en cas de réalisation du risque.

**Bon pour accord** : Proposition d'assurance émise par la Mutuelle précisant le montant du prêt garanti, la Quotité assurée, les garanties accordées, les conditions tarifaires, les événements faisant l'objet de réserve et les conditions particulières. Son retour daté et signé de la main de l'Assuré matérialise l'acceptation des conditions d'assurance par ce dernier.

**Capital Initial** : Montant du capital emprunté assuré par le présent contrat et calculé à partir de la Quotité assurée, sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle, documenté dans le Certificat d'Assurance.

**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.

**Cautions** : Personne qui s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement des mensualités du prêt par le (Co) Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

**Attestation d'assurance** : Document remis à l'Assuré constatant son adhésion au contrat collectif. Il matérialise l'acceptation du risque par la Mutuelle et précise : la Date d'effet de l'assurance, les prêts assurés, leurs durées, la Quotité assurée, les cotisations annuelles, le montant des prélèvements effectués selon la périodicité choisie par l'Adhérent.

**Co-Emprunteur** : La (les) personnes qui signe(nt) le(s) contrat(s) de prêt avec l'Emprunteur. Elle(s) bénéficie(nt) du crédit au même titre que l'Emprunteur et elles sont soumises aux mêmes obligations.

**Conjoint** : Conjoint de l'Assuré au jour du décès, non séparé de corps par un jugement ayant force de chose jugée et, à défaut, le concubin notoire déclaré comme tel par l'Assuré à la Mutuelle ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

**Consolidation** : Le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique de l'Assuré.

**Contrat** : l'acceptation des conditions générales présentées par la présente Notice d'Information et des statuts de la Mutuelle formulée par l'Assuré dans la demande d'adhésion, le cas échéant complétée par l'acceptation du Bon pour Accord

**Contrat collectif** : le contrat souscrit par l'association des Assurés l'Assure sur la base duquel a été établie la présente notice d'information

**Convention AERAS** : (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) : Dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé.

**Date d'effet** : La Date d'effet de l'Adhésion correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu. Elle est

précisée sur l'attestation d'assurance remis à l'Assuré ou sur le dernier avenant de l'attestation d'assurance.

**Décès Accidentel** : Décès suite à un Accident.

**Demande d'admission** : Document fourni par la Mutuelle complété et signé par la Personne à assurer afin de formaliser sa demande d'admission au contrat.

**Données à caractère personnel** : Toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable ; est réputée être « une personne physique identifiable » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

**Emprunteur** : Personne physique ou morale qui a signé la demande de prêt.

**Franchise** : Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail, figurant sur l'attestation d'assurance ou sur le dernier avenant de l'attestation d'assurance au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale. En cas de pluralité de prêts, la Franchise est identique pour tous les prêts.

**Inactif** : « Autres personnes sans activité professionnelle », au sens de l'INSEE

**Maladie** : Toute altération de l'état de santé d'origine non accidentelle constatée par une autorité médicale autre que l'Assuré ou l'Adhérent lui-même ou un membre de sa famille et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Membre participant : confère l'Adhérent

**Personne à assurer** : Personne physique ou représentant d'une personne morale qui complète et signe une Demande d'admission destinée à la Mutuelle. En cas d'accord d'assurance, elle obtiendra la qualité d'Assuré.

**Quotité** : Niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimée en pourcentage du capital initial, précisée sur l'attestation d'assurance ou sur le dernier avenant de l'attestation d'assurance, pour les garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Invalidité Permanente Totale et de la mensualité pour les garanties Incapacité Temporaire Totale / Invalidité Permanente Partielle.

**Rechute** : Reprise d'un état pathologique intervenant après une guérison ou une Consolidation apparente et donnant lieu à un nouvel arrêt de travail. L'imputation à la pathologie initiale doit être médicalement constatée.

**Responsable du traitement** : La personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement; lorsque les finalités et les moyens de ce traitement sont déterminés par le droit de l'Union ou le droit d'un État membre, le responsable du traitement peut être désigné ou les critères spécifiques applicables à sa désignation peuvent être prévus par le droit de l'Union ou par le droit d'un État membre.

**Sinistre** : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque assuré.

**Traitement de données à caractère personnel** : Toute opération ou tout ensemble d'opérations effectuées ou non à l'aide de procédés automatisés et appliquées à des données ou des ensembles de données à caractère personnel, telles que la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, la diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, la limitation, l'effacement ou la destruction.

**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.