



**Harmonie
mutuelle**

GROUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

SPITI EMPRUNTEUR

NOTICE D'INFORMATION

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative N°HM-202101-J0001 est souscrit par l'Association de Promotion de Prévoyance Santé et Retraite (A.P.P.S.R), association loi 1901 dont le siège social est sis 120 Avenue du Général Leclerc - 75014 Paris, auprès d'Harmonie Mutuelle.

Le contrat « SPITI EMPRUNTEUR » a pour objet de garantir à l'assuré titulaire d'un prêt consenti par un organisme financier, les prestations souscrites et indiquées sur le bulletin d'adhésion. Il est régi par le Code de la Mutualité et la législation en vigueur, ainsi que par les dispositions de la présente notice d'information, valant conditions générales.

1 – DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Les définitions ci-après sont contractuelles et seront les seules retenues pour l'application du présent contrat.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident, au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardiovasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines.

Adhérent : personne morale ou physique membre de l' A.P.P.S.R., désignée comme telle au bulletin d'adhésion, signataire de la demande d'adhésion et acquittant les cotisations.

Assuré : personne physique domiciliée en France Métropolitaine ou DROM, exception faite de Mayotte, sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat et désignée comme telle au bulletin d'adhésion.

Bénéficiaire : organisme financier prêteur, désigné comme tel au bulletin d'adhésion pour percevoir le capital dû en cas de décès de l'assuré. La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par celui-ci.

Conjoint : il s'agit du conjoint de l'assuré, non séparé de droit, à défaut du 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 : stabilisation de l'état de santé de l'assuré auquel les soins donnés ne sont plus susceptibles d'apporter d'amélioration et dont il devient possible de déterminer le degré d'invalidité.

Convention AERAS : la convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé permet à une personne qui a eu un problème grave de santé d'obtenir plus facilement une assurance pour un prêt immobilier ou un prêt à la consommation.

Exonération : l'assuré ayant choisi cette option de garantie peut, dans les conditions prévues aux présentes, être remboursé du paiement de ses cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale.

Franchise : il s'agit d'une période de carence ne pouvant donner lieu à indemnisation. S'agissant de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, la franchise indiquée au bulletin d'adhésion est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

Hospitalisation : il s'agit d'un séjour, de jour ou de nuit, dans un établissement de soins public ou privé, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident garanti par le contrat.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : l'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

- **L'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité complète d'exercer son activité professionnelle.**
- **L'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle** au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve contraint d'observer un repos complet et continu sur prescription médicale, l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles).

La prise en charge au titre de cette garantie est limitée à 1095 jours à compter de la date de l'arrêt total de travail ou de la date à laquelle l'assuré s'est vu prescrire un repos complet et continu.

Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPP) :

- un assuré est en état d'Invalidité Permanente Totale lorsqu'il se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer son activité professionnelle et que son taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de son état de santé, est supérieur à 66% ;
- un assuré est en état d'Invalidité Permanente Partielle lorsqu'il se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer son activité professionnelle à temps plein et que son taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de son état de santé, est compris entre 33% et 66%.

Invalidité AERAS : conformément aux dispositions de la Convention AERAS, la mutuelle s'engage à étudier la possibilité de garantir l'assuré au titre d'une garantie additionnelle dite Invalidité AERAS dans les cas suivants :

- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat, demandée à l'adhésion, ne peut être accordée à l'assuré ;
- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat, demandée à l'adhésion, a été accordée à l'assuré avec exclusion(s) de pathologie(s) ; dans ce cas la mutuelle s'engage à étudier la possible couverture de l'assuré au titre de la garantie Invalidité AERAS s'agissant des pathologies exclues de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat.

Maladie : toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Mutuelle : **Harmonie Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : un assuré est en état de PTIA lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins 5 des actes ordinaires de la vie, tels que définis par la Sécurité sociale.

Cet état doit être constaté par expertise médicale.

Prêts couverts : tout type de prêt sauf crédit-bail.

Les prêts libellés en francs suisses sont également garantis, dans les conditions prévues à la présente notice d'information, et par application des dispositions suivantes :

A l'adhésion, l'adhérent indique à la mutuelle la contre-valeur en euros du prêt contracté en francs suisses ; le montant du prêt converti en euros permet de fixer le montant du capital assuré au vu de la quotité garantie. Le barème alors utilisé reste applicable pendant toute la durée du prêt et ne peut être actualisé qu'en cas de renégociation du prêt ou remboursement anticipé.

En cas de sinistre, le montant des prestations est arrêté au vu du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, après conversion en euros selon le barème contre-valeur applicable à la même date, dans la limite du montant assuré.

La mutuelle ne garantit pas le risque de change qui est à la charge de l'adhérent et/ou de(s) assuré(s).

Quotité assurée : la quotité du prêt assuré est égale au rapport entre le capital assuré et le montant du prêt. Elle ne peut excéder par assuré 100% du montant des engagements nés du prêt garanti. La quotité choisie au titre des garanties Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie peut être différente de celle choisie s'agissant des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale et Partielle.

Si le capital assuré, mentionné au bulletin d'adhésion, est inférieur au montant du prêt, le capital restant dû en cas de décès ou le remboursement des échéances en incapacité - invalidité est limité à la quotité assurée.

2 – ADHESION INDIVIDUELLE A LA MUTUELLE

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association A.P.P.S.R qui remplissent les conditions définies ci-après. L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la mutuelle. L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle.

CONDITIONS D'ADHESION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, vous devez, au jour de la signature du bulletin d'adhésion :

- être âgé de 18 ans à :
 - 79 ans inclus pour la garantie « décès »,
 - 68 ans inclus pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), Exonération,
- avoir la qualité d'emprunteur, co-emprunteur, caution ou assimilé ; seules les garanties « Décès/PTIA » peuvent être souscrites par un assuré ayant la qualité de caution ou assimilé,
- exercer une activité professionnelle pour les garanties ITT/IPP/IPT et Exonération ou, pour la garantie ITT, être à la recherche active d'un emploi et indemnisé par Pôle Emploi au titre de l'ARE (Aide au Retour à l'Emploi),
- résider en France Métropolitaine ou DROM,
- être membre de l'association A.P.P.S.R,
- remplir et signer un bulletin d'adhésion,
- accepter de vous soumettre, le cas échéant, aux formalités médicales ou formalités supplémentaires, jugées nécessaires par la mutuelle.

Cette dernière se réserve alors le droit de différer l'adhésion, de ne l'accepter que sous certaines conditions, exclusion(s) ou surcotisation(s), ou de la refuser. Les candidats à l'assurance légalement éligibles à une adhésion sans aucune formalité médicale, ce tel que prévu à l'article L 113-2-1 du Code des assurances, ne peuvent adhérer au contrat SPITI EMPRUNTEUR.

- indiquer votre activité professionnelle,
- régler la première cotisation.

Pour tout adhérent à la retraite ou en préretraite, seuls les risques décès/PTIA sont couverts ; l'assuré exerçant une activité professionnelle dans le cadre de missions intérimaires ou d'emplois saisonniers ne peut être couvert au titre des garanties ITT/IPP/IPT et Exonération.

Le montant maximum du capital qui peut être garanti en un ou plusieurs prêts, ou en cas d'adhésions multiples au contrat collectif « SPITI EMPRUNTEUR », et ce pour un même assuré, est limité à 4 000 000 euros pour l'ensemble des garanties, dans la limite d'une échéance mensuelle de 15 000 euros pour les garanties ITT et IPP/IPT.

Ces limites s'entendent sauf dérogation stipulée en conditions spéciales sur les conditions particulières, et ce après acceptation par la mutuelle sur la base d'une étude et d'une tarification sur mesure.

FORMALITÉ D'ADHESION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, chaque candidat à l'assurance doit satisfaire aux formalités médicales et administratives qui lui sont demandées en fonction de son âge, des montants garantis et de son état de santé.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au Contrat prend effet à la date d'effet figurant sur les conditions particulières délivrées par la Mutuelle à l'Adhérent.

Prise d'effet des garanties

Sous condition du paiement de la première cotisation, les garanties prennent effet à la date de signature de l'offre de prêt relatif à l'emprunt assuré ou à la signature de l'acte de cautionnement et

au plus tôt à la date d'effet indiquée sur les conditions particulières.

Garantie provisoire décès accidentel

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque, l'assuré est garanti contre le risque de décès suite à accident dans la limite de 300 000 euros et sous réserve des limites et exclusions prévues au présent contrat. La date d'effet de cette garantie est la date de signature du bulletin d'adhésion. La garantie prend fin au jour de notification par la mutuelle de refuser ou d'accepter le risque et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie. Le bénéficiaire de cette prestation est le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut ses héritiers légaux, sauf désignation contraire de sa part ; si l'assuré est dirigeant d'une entreprise adhérente, le bénéficiaire en cas de décès est l'entreprise elle-même.

Durée de l'adhésion et des garanties

La durée de l'adhésion est celle prévue aux conditions particulières, mais ne peut dépasser 35 ans pour les prêts amortissables et 30 ans pour tous les autres types de prêts (y compris prolongation maximum de 5 ans pour les prêts modulables et différés d'amortissement d'une durée maximum égale à celle prévue par la réglementation en vigueur pour les prêts à taux zéro).

Les garanties peuvent, en cours de vie de l'assurance, être modifiées à la demande de l'adhérent (augmentation ou adjonction de garanties, diminution ou suppression de garanties) ; toute diminution ou suppression de garantie nécessite l'accord écrit de l'organisme financier prêteur.

En cas de résiliation du contrat collectif, les garanties se poursuivent en l'état jusqu'à leur terme.

Toute modification de la définition des risques garantis ou des modalités de mise en jeu de l'assurance nécessite l'acceptation de l'assuré.

Cessation de l'adhésion

L'adhésion au Contrat cesse :

- en cas de survenance de toute cause d'exigibilité immédiate des sommes restant dues au prêteur prévue aux conditions générales du contrat de prêt, l'assuré ne faisant alors plus partie du groupe assuré ;
- à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'assuré emprunteur vis-à-vis de l'organisme financier ; lorsque la cessation des garanties intervient suite au rachat du crédit ou en cas de renégociation, que ce soit auprès de l'organisme financier prêteur d'origine ou bien d'un autre établissement, l'assuré dispose de la faculté de solliciter auprès de la mutuelle la mise en place d'une nouvelle assurance sans qu'aucune formalité médicale ne lui soit demandée.

La mise en œuvre de cette faculté nécessite :

- que le nouveau capital à assurer ne soit pas supérieur au capital assuré restant dû au titre du précédent contrat d'assurance,
- que la demande d'assurance soit formulée dans le délai maximum de 6 mois suivant le rachat de crédit ou sa renégociation.

- en cas de résiliation de l'adhésion par l'adhérent :

- la résiliation de l'adhésion par l'adhérent peut être demandée à tout moment, selon les modalités suivantes :
 - soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou chez son représentant ;
 - soit par acte extrajudiciaire ;
 - soit dans le cadre de la conclusion du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La mutuelle confirme à l'adhérent, par écrit, la notification de la résiliation, sous réserve de l'accord de l'organisme financier prêteur.

L'adhérent notifie selon ces mêmes modalités à la mutuelle la décision de l'organisme financier prêteur d'acceptation ou de refus d'un autre contrat d'assurance en substitution de l'actuel contrat ainsi que la date d'effet du nouveau contrat substitué en cas d'acceptation.

La résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par la mutuelle de la décision de l'organisme financier prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par ce dernier si celle-ci est postérieure.

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

N.B. dans tous les cas, la résiliation demandée par l'adhérent est effective sous réserve du consentement écrit de l'organisme financier ayant consenti le prêt.

La mutuelle informera annuellement l'adhérent de son droit à résiliation, des modalités d'exercice de ce droit, ainsi que des délais de notification à respecter, ce sur support papier ou tout autre support durable

- en cas de décès ou au jour de la reconnaissance de l'état de PTIA de l'Assuré,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- au 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Cessation des garanties

Les garanties prennent fin en même temps que l'adhésion au contrat cesse.

Pour chaque Assuré, la garantie prend fin :

- au 90^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard jusqu'à son 70^{ème} anniversaire pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Invalidité Permanente Totale ou Partielle » et « Exonération ».

Les âges indiqués ci-dessus s'entendent par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année considérée.

3 – RISQUES GARANTIS

GARANTIES DECES ET PTIA :

L'assuré est couvert au titre de ces garanties pour toute la durée du prêt dès lors que son âge en fin de prêt n'excède pas son 90^{ème} anniversaire.

La mutuelle, selon les modalités prévues aux conditions particulières, verse à l'organisme financier prêteur désigné comme tel, un capital tel que défini ci-dessous :

- dans le cas d'un prêt amortissable (y compris prêts modulables) sans différé d'amortissement de capital et d'intérêts : la quotité assurée du montant du capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance par la mutuelle de l'état de PTIA,
- dans le cas d'un prêt amortissable avec différé d'amortissement de capital et d'intérêts : pendant la période de différé, la quotité assurée de la somme totale restant due (capital majoré des intérêts de différé) au jour du décès ou de la reconnaissance par la mutuelle de l'état de PTIA,
- dans le cas d'un prêt relais ou d'un prêt in fine : la quotité assurée du capital mentionné aux conditions particulières.

Dans tous les cas, les mensualités du prêt restées impayées au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de PTIA ne seront pas prises en charge par la mutuelle.

GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) – INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) OU PARTIELLE (IPP) :

Incapacité Temporaire Totale de travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident, la mutuelle lui verse une prestation correspondant au montant des échéances du prêt garanties telles que définies ci-dessous, à l'expiration d'un délai

de franchise choisi par l'adhérent lors de l'adhésion, tel qu'indiqué aux conditions particulières.

L'assuré inactif au jour du sinistre bénéficie d'une prise en charge identique à celle de l'assuré exerçant alors une activité professionnelle.

L'assuré est couvert au titre de ces garanties jusqu'au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard à son 70^{ème} anniversaire.

Les options de franchise proposées à l'adhérent sont les suivantes : 30 / 60 / 90 / 120 / 180 jours continus d'arrêt de travail.

Temps partiel thérapeutique : pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre, en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit par son médecin traitant, et sauf si l'assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'IPP, la mutuelle poursuivra la prise en charge des mensualités à hauteur de 50% de la quotité garantie, pendant toute la durée du temps partiel thérapeutique, dans la limite de 6 mois, sous réserve de production par l'assuré des justificatifs correspondants.

Si une expertise médicale diligentée par la mutuelle détermine que l'incapacité n'est plus totale (hors cas de la reprise à temps partiel thérapeutique médicalement prescrite) ou n'est pas justifiée, la prise en charge est interrompue.

Rechute : en cas de rechute de l'assuré dans un délai maximum de 60 jours suivant la reprise d'activité, sous réserve que la preuve soit apportée que le nouvel arrêt de travail résulte des mêmes causes que le précédent arrêt ayant donné lieu au versement des prestations, la mutuelle prend en charge le montant des échéances postérieures à la date du nouvel arrêt de travail, sans imposer un nouveau délai de franchise. Ces mêmes dispositions sont applicables à l'assuré sans activité professionnelle et auquel un nouveau repos total a été prescrit du fait de son état de santé.

A l'issue des limites d'indemnisation de la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » prévues au contrat, le maintien de la prise en charge est examiné au titre de la garantie « Invalidité Permanente Totale ou Partielle ».

Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

Lors de l'adhésion, l'adhérent a le choix entre 2 options de garanties :

- l'invalidité permanente totale uniquement (>66%, taux en orange foncé dans le tableau)
- l'invalidité permanente totale (>66%) ou partielle (comprise entre 33% et 66%, taux en orange clair dans le tableau).

Des taux d'invalidité inférieurs à 33% (en blanc dans le tableau) ne peuvent donner lieu à aucune prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

L'assuré est couvert au titre de ces garanties jusqu'au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard à son 70^{ème} anniversaire.

En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'assuré, en fonction de l'option choisie à l'adhésion et indiquée aux conditions particulières, la mutuelle verse à l'assuré, tout ou partie des échéances du prêt garanties dès la date de consolidation de l'état de santé, ce en fonction du taux d'invalidité défini au vu du tableau ci-dessous.

Il est également possible pour l'assuré, au moment de la survenance du sinistre au titre d'une Invalidité Permanente Totale, d'opter pour le versement de la quotité assurée du montant du capital restant dû en lieu et place de la prise en charge des échéances de prêt garanties, sous réserve de l'accord du Service Médical de la mutuelle.

La franchise s'applique si l'invalidité n'est pas consécutive à une incapacité temporaire totale de travail déjà indemnisée au titre du présent contrat.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est à la fois fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle de l'assuré. Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0% à 100%. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité

physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise et par référence au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par la revue « Le Concours Médical ».

Le taux d'incapacité professionnelle est établi de 0% à 100%. Il est fixé par expertise. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est par conséquent déterminé en fonction des deux taux définis ci-dessus d'après le tableau ci-après :

Taux d'incap. Prof. (%)	Taux d'incapacité Fonctionnelle (%)									
	10 à 19	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69	70 à 79	80 à 89	90 à 99	100
10 à 19	10	16	21	25	29	33	37	40	43	46
20 à 29	13	20	26	32	37	42	46	50	55	58
30 à 39	14	23	30	36	42	48	53	58	62	67
40 à 49	16	25	33	40	46	52	58	63	69	74
50 à 59	17	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60 à 69	18	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70 à 79	19	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80 à 89	20	32	42	50	58	66	73	80	87	93
90 à 99	21	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	22	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Si le taux d'invalidité « N », déterminé à partir des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle tels que définis ci-dessus, est :

- supérieur à 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale. Les mensualités du prêt sont prises en charge en totalité, ce en fonction de la quotité assurée,
- compris entre 33% et 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle. La prise en charge par la mutuelle des mensualités du prêt est calculée par application de la formule suivante : $[(N - 33\%) / 33] \times$ montant de l'échéance de prêt \times quotité assurée.

Si le résultat obtenu après application de la formule est inférieur à 50, la mutuelle prendra néanmoins en charge les mensualités de prêt en fonction de la quotité assurée à hauteur de 50%.

La mutuelle aura la possibilité de réviser ce taux, après un nouvel examen médical, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

L'appréciation faite par la mutuelle de l'état d'invalidité de l'adhérent, et les modalités de fixation des taux telles que décrites ci-dessus, sont indépendantes de celles retenues par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à la mutuelle.

Un assuré ne peut être considéré en Invalidité Permanente Totale s'il continue d'exercer une activité professionnelle.

Echéances du prêt garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

Les prestations garanties sont forfaitaires et sont servies sans référence aucune à la perte de revenus subie par l'assuré.

La mutuelle prend en charge les échéances du prêt au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail (ou éventuellement du nombre de jours de repos complet médicalement prescrit pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre) justifiés et décomptés depuis la fin du délai de franchise, dans les conditions suivantes :

- pendant la période d'amortissement (y compris prêts modulables) : le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée,
- pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée,

- pour les prêts relais et in fine : la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêts échus. Ne sont pas couvertes les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels du prêt, les versements prévus dans l'acte de prêt sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés.

GARANTIE INVALIDITE AERAS

Cette garantie est subsidiaire à la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat.

La mutuelle s'engage à étudier la possibilité de proposer à l'assuré la garantie Invalidité AERAS dans les cas suivants :

- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle demandée à l'adhésion, n'a pu être accordée à l'assuré,
- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle a été accordée avec exclusion(s) de pathologie(s) ; dans ce cas la mutuelle s'engage à étudier la possible couverture de l'assuré au titre de la garantie Invalidité AERAS s'agissant des pathologies exclues de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

La garantie Invalidité AERAS, si elle est accordée, ne peut comporter aucune exclusion des pathologies éventuellement présentées par l'assuré au moment de son adhésion.

Cette garantie intervient lorsque, par suite d'accident ou de maladie, le taux d'incapacité fonctionnelle de l'assuré est d'au moins 70% et qu'une incapacité professionnelle a pu être constatée.

Le bénéficiaire de cette garantie est l'assuré.

En cas d'Invalidité AERAS, consécutive à une maladie ou à un accident, la mutuelle verse à l'assuré les échéances du prêt garanti telles que définies ci-dessous, dès la date de consolidation de l'état d'invalidité et dans la limite de la perte de revenus subie (cf. définition ci-après).

Echéances de prêt prises en charge

La mutuelle prend en charge les échéances du prêt garanti tant que l'invalidité est justifiée dans les conditions suivantes :

- pendant la période d'amortissement (y compris prêts modulables) : le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée,
- pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée,
- pour les prêts relais et in fine : la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêt échu. Ne sont pas couvertes les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital. En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels du prêt, les versements prévus dans l'acte de prêt sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés.

Perte de revenus subie

La perte de revenus subie est égale à la différence entre le revenu de référence et les revenus perçus au cours de la période d'invalidité indemnisée.

Le revenu de référence est égal à la moyenne mensuelle des salaires nets perçus au cours des 12 mois précédant l'incapacité de travail ayant donné lieu par la suite à l'invalidité, rapportée à la période indemnisée. Le revenu de référence est revalorisé à l'issue d'une période de 12 mois d'invalidité ; il est ensuite actualisé annuellement, au 1^{er} juillet de chaque année, selon la formule d'indexation suivante :

$$\frac{R \times I(N)}{I(N-1)}$$

R = revenu de référence

I(N) = indice d'évolution des salaires pour l'ensemble des salariés du secteur privé publié par l'INSEE au 1^{er} janvier de l'année en cours.

I(N - 1) = indice d'évolution des salaires pour l'ensemble des salariés du secteur privé publié par l'INSEE au 1^{er} janvier de l'année précédente.

Le revenu perçu au cours de la période d'invalidité indemnisée est le total :

- de vos rémunérations et indemnités imposables versées par votre employeur,
- des prestations versées par votre Régime Obligatoire,
- des prestations versées par les organismes de prévoyance complémentaire.

La pension due au titre de l'Invalidité AERAS est versée mensuellement à l'assuré dès la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

Une franchise de 90 jours s'applique si l'invalidité n'est pas consécutive à une incapacité temporaire totale de travail déjà indemnisée par la mutuelle.

L'Invalidité AERAS est à la fois fonction du taux d'incapacité fonctionnelle de l'assuré et de son taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel une prise en charge peut être accordée est d'au minimum 70%.

Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et il est basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise médicale diligentée par la mutuelle et par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. En cas de poly-pathologies, ce taux est obtenu par sommation des taux attribués au titre de chacune des pathologies constatées. La mutuelle aura la possibilité de réviser ce taux, après expertise médicale, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

L'assuré en désaccord avec le taux d'incapacité fonctionnelle qui aura été fixé a la possibilité de faire procéder à ses frais à une contre-expertise tel que prévue à l'article 7 de la présente notice. L'incapacité professionnelle est établie dès lors que l'assuré, sur présentation des justificatifs établis par son Régime Obligatoire, apparaît dans l'impossibilité totale de poursuivre l'activité professionnelle qui était la sienne antérieurement à la maladie ou à l'accident.

Les pièces justificatives de l'incapacité professionnelle sont mentionnées à l'article 6 « que faire en cas de sinistre ? ».

L'assuré exerçant une activité professionnelle ne peut percevoir une quelconque indemnisation au titre de l'Invalidité AERAS.

GARANTIE EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE.

L'adhérent ayant choisi cette option de garantie, mentionnée aux conditions particulières, se voit rembourser les cotisations réglées au titre du présent contrat en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Totale, ce dans les conditions ci-après.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale de l'assuré, l'adhérent bénéficie du remboursement des cotisations réglées au titre de l'ensemble des garanties souscrites, ce pour toute la période d'arrêt de travail donnant lieu à prise en charge, déduction faite du délai de franchise applicable au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail/ Invalidité Permanente Totale.

L'exonération prend fin dans les mêmes conditions que celles prévues pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail/Invalidité Permanente Totale ».

Les garanties « Incapacité Temporaire Totale de Travail/Invalidité Permanente Totale ou Partielle/Exonération » ne peuvent être souscrites qu'en complément des garanties « Décès/PTIA ».

La présente garantie ne couvre pas l'incapacité temporaire partielle.

Un assuré couvert exclusivement au titre des garanties « Décès/PTIA » ne peut prétendre à cette garantie.

EQUIVALENCE DES GARANTIES

Afin de faciliter l'acceptation du présent contrat par l'établissement prêteur qui exige, dans le respect de la réglementation en vigueur,

l'équivalence des garanties par rapport à son propre contrat ou au contrat substitué, la mutuelle s'engage à étudier la couverture du candidat à l'assurance en vue de lui faire bénéficier des conditions les plus favorables entre celles prévues à la présente notice et celles prévues à la notice d'information :

- du contrat en vigueur au jour précédant le changement d'assurance dès lors que le candidat à l'assurance aurait été préalablement assuré,
- du contrat figurant à l'offre de prêt du candidat à l'assurance dès lors qu'il disposerait d'une telle offre non encore signée,
- du contrat standard distribué par l'établissement prêteur du candidat à l'assurance alors qu'il ne disposerait pas encore d'une offre de prêt de sa part.

L'étude réalisée sera faite dans la limite des garanties, quotités et franchises, mentionnées aux conditions particulières (pour des adhésions déjà en cours) ou requises concomitamment à la mise en place de l'offre de prêt (pour des adhésions non encore souscrites).

La mise en œuvre de l'équivalence des garanties telle que présentée ci-avant est soumise à la communication par le candidat à l'assurance, à l'attention de la mutuelle, du contrat en cours (notice d'information et conditions particulières) au jour de la demande d'adhésion.

L'équivalence des garanties ne peut jouer s'agissant de prêts en cours ou quotités de ces prêts non assurés au jour de la demande d'adhésion.

Par ailleurs, l'équivalence de garanties ne peut concerner des prêts souscrits auprès d'organismes financiers prêteurs qui ne seraient pas inscrits au registre Banque de France, tels prêts des collectivités locales, prêt patronal...

4 – TERRITORIALITE DES GARANTIES

L'assurance est valable dans le monde entier sous réserve des exclusions éventuelles indiquées aux conditions particulières, et ce quelle que soit la nature du déplacement (personnel, professionnel, humanitaire).

5 – CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Exclusions non rachetables

L'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récives sont exclus :

- le suicide ou la tentative de suicide, conscient ou inconscient de l'assuré dans la première année de l'adhésion ; toutefois le risque de suicide sera couvert à compter de la date d'effet de l'adhésion dans la limite de 120 000 euros maximum (montant fixé par décret) pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale ;
- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et les protagonistes ;
- la participation de l'assuré à tout duel, délit, acte criminel ou rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, émeute ou mouvement populaire ;
- les effets directs et indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations, les souffles provenant des combustibles nucléaires, des produits ou déchets radioactifs, des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome, des transmutations des noyaux d'atome, sauf si ces effets proviennent :
 - d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ;
 - ou

- d'une fausse manoeuvre ou d'une erreur de la part du médecin, lors du traitement ou de l'examen de l'assuré en qualité de patient ;

- les conséquences de maladie ou d'accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- la manipulation par l'assuré ou d'un tiers, d'armes, d'explosifs et de tout autre produit dangereux dont la détention et l'utilisation sont interdites par la législation française ;
- les vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité, ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- les actes consécutifs à l'ivresse et au délire alcoolique de l'assuré lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal en vigueur, si l'assuré est reconnu responsable de l'accident,
- l'alcoolisme chronique médicalement constaté et traité, ses suites, conséquences et récurrences,
- l'usage de stupéfiants, drogues.

Les sinistres occasionnés au cours de l'exercice des sports ou activités sportives suivants, leurs suites et conséquences :

- sports de neige hors-piste ;
- base jump ;
- sky surfing ;
- sky flying ;
- saut à l'élastique ;
- zorbing ;
- VTT de descente (dans le cadre ou en dehors de toute compétition) ;
- exercices acrobatiques*

*toute activité sportive comprenant des acrobaties.

Exclusions rachetables

La pratique à titre amateur des sports ou activités sportives suivants non pratiqués ou non déclarés par l'assuré au jour de l'adhésion :

- tout sport de combat ;
- tout sport nécessitant l'usage d'engins à moteur (terre, mer au-delà de 6 milles des côtes et air) ;
- toute activité, sportive ou de loisir, de voltige ;
- activité du cirque ;
- activité souterraine ;
- activité aérienne, fluviale (rafting, canyoning, hydrospeed) ;
- activité sportive maritime au-delà de six milles des côtes (en-deçà de six milles des côtes l'assuré est garanti sous réserve d'être en conformité avec la réglementation française en vigueur) ;
- activité sportive subaquatique au-delà de 40 mètres de profondeur (en deçà de 40 mètres de profondeur, l'assuré est garanti sous réserve de justifier d'un équipement technique ainsi que d'un diplôme ad hoc requis pour cette discipline) ;
- tout sport et activité de montagne au-delà de 2500 mètres d'altitude excepté le ski et le surf des neiges pratiqués sur piste balisée, à l'exception des sports ou activités sportives listés ci-avant au titre des exclusions non rachetables.

Le rachat d'exclusion permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces sports et activités sportives d'en faire la demande à la mutuelle lors de l'adhésion ou en cours de vie de celle-ci ; pour être garantis, ces sports et activités sportives devront avoir été préalablement déclarés et acceptés par la mutuelle et faire l'objet d'une mention particulière aux conditions particulières.

Par ailleurs, et ce en dehors de toute demande de l'assuré aux fins d'être garanti pour ces sports et activités sportives, ceux-ci sont automatiquement garantis dès lors qu'ils sont pratiqués à titre amateur et de façon exceptionnelle (baptême ou initiation) dans un pays de l'Union Européenne ou dans l'un des pays suivants : Suisse, Amérique du Nord, Japon, Nouvelle-Zélande, Australie.

EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Exclusions non rachetables

- l'usage de produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou à dose non prescrite par une autorité médicale, ou obtenus frauduleusement ;
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- les congés légaux de maternité et paternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale pour les salariés, que l'assuré soit salarié ou non ;
- les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une maladie ou d'un accident couvert par le contrat.

Exclusions rachetables

Les sinistres survenant à l'occasion de la pratique des professions et activités suivantes, leurs suites et conséquences :

- sportif professionnel ;
- guide de haute montagne ;
- moniteur de ski ;
- surveillance armée / maintien de l'ordre ;
- personne travaillant sur une plateforme pétrolière ;
- artiste de cinéma ou de télévision / intermittent du spectacle ;
- travaux forestiers.

Le rachat d'exclusion permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces professions et activités d'en faire la demande à la mutuelle lors de l'adhésion ou en cours de vie de celle-ci ; pour être garanties, ces professions et activités devront avoir été préalablement déclarées et acceptées par la mutuelle et faire l'objet d'une mention particulière aux conditions particulières.

Les affections « dorsales » et « psychiatriques » :

- toute atteinte et/ou affection de la colonne cervico-dorso-lombaire d'origine discale et/ou radiculaire : pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose, entraînant cervicalgies, névralgies cervicobrachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatalgies, sciatiques, cruralgies. Cette exclusion ne s'applique pas en cas d'origine tumorale ou si l'assuré a subi une fracture ou si une intervention chirurgicale est nécessaire durant cette incapacité de travail nécessitant une hospitalisation d'au moins 5 jours continus ; au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une(les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surcotisation spécifique et après acceptation par la mutuelle.
- tout trouble fibromyalgique, toute affection psychopathologique, neuropsychique, asthéo-anxio-dépressive, schizophrénie, bipolarité, troubles du comportement alimentaire, syndrome d'épuisement professionnel, syndrome d'épuisement chronique, burn out sauf maladies ayant motivé une hospitalisation d'au moins 9 jours continus en milieu psychiatrique dans les six mois suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail ; au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une(les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surcotisation spécifique et après acceptation par la mutuelle.

Le rachat de ces exclusions permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces affections d'en faire la demande à la mutuelle lors de l'adhésion, ou en cours de vie de celle-ci ; la garantie de ces affections, sans aucune condition d'hospitalisation, fait l'objet d'une mention particulière aux conditions particulières : garantie optionnelle « Dos » et/ou garantie optionnelle « Psy ».

6 – QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'assuré ou le bénéficiaire, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les délais indiqués ci-dessous, doit déclarer à la mutuelle, ou par délégation à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat.

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à la mutuelle (ou le cas échéant à son médecin conseil) de toutes les pièces et justificatifs nécessaires à la mutuelle pour l'étude du dossier en fonction des garanties souscrites, ces pièces étant les suivantes :

PIÈCES JUSTIFICATIVES COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

- un constat de gendarmerie ou rapport de police précisant la date de survenance et les circonstances de l'évènement lorsque le sinistre résulte des suites d'un accident pourra être demandé selon la nature du sinistre,
- une attestation de l'organisme prêteur confirmant le montant de la prestation à verser, le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré ou une copie de l'extrait de compte sur lequel figure la mensualité de prêt réglée au titre du prêt assuré.

PIÈCES JUSTIFICATIVES SPÉCIFIQUES À CHACUNE DES GARANTIES :

En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès de l'assuré, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle,
- un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par la mutuelle) précisant notamment les causes du décès et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, en particulier s'il résulte d'un accident.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- la notification de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins cinq des actes ordinaires de la vie tels que définis par la Sécurité sociale délivrée par le Régime Obligatoire,
- sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par la mutuelle) et précisant la nature et l'origine des lésions constatées médicalement ainsi que la date de reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, confirmant que l'assuré se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit et l'obligeant à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins cinq des actes ordinaires de la vie tels que prévus au Code de la Sécurité sociale.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

- sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle, un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par la mutuelle) précisant notamment la nature de la maladie, la date de son apparition ou s'il s'agit d'un accident la date de survenance et la nature des lésions, la durée probable de l'incapacité temporaire totale, la date et l'importance de l'invalidité retenue,
- les certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation,
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de tout autre régime obligatoire.

Pour toutes les garanties souscrites, la mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier et d'effectuer un contrôle médical.

Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu en attente des résultats de ce contrôle, si l'assuré ou le bénéficiaire refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par la mutuelle, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré ou le bénéficiaire apporterait la preuve.

Conformément à la réglementation applicable en matière de

secret médical, tout justificatif de nature médicale devra être transmis sous pli confidentiel au médecin conseil de la mutuelle par l'intermédiaire de l'assuré ou, en cas de décès, par l'intermédiaire de l'ayant droit.

La mutuelle s'engage, après acceptation du sinistre et dans un délai de 30 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives, à régler les prestations dues.

DÉLAIS DE DÉCLARATION :

Le sinistre doit être déclaré dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance. **A défaut de déclaration dans le délai précité, le sinistre sera considéré comme étant survenu au jour de sa déclaration et la franchise prévue sera décomptée à partir de cette date.**

Toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant devra également être déclarée dans un délai maximum de 30 jours.

A défaut de déclaration dans le délai précité, l'assuré sera considéré comme ayant repris son activité professionnelle à l'expiration de la période indiquée dans le certificat d'arrêt de travail précédemment remis à la mutuelle et les périodes comprises entre cette date et le début de la période de prolongation reçue tardivement ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation.

7 – LITIGES ET ARBITRAGES

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par la mutuelle, ou bien par son médecin conseil, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, une tierce expertise sera alors réalisée ; le coût de la tierce expertise est supportée pour moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel.

8 – LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE

Au moment de l'adhésion, l'assuré s'engage à informer la mutuelle :

- de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque à assurer (changement des caractéristiques du (des) prêt(s) assuré(s), situation personnelle et professionnelle, déplacements professionnels.

En cours de vie de l'adhésion, l'assuré s'engage également à informer la mutuelle :

- de tout remboursement partiel ou total du prêt bancaire et ce au maximum dans les 30 jours qui suivent,
- de tout changement des caractéristiques du(des) prêt(s) assuré(s) intervenant postérieurement à la prise d'effet des garanties et/ou de l'avenant,
- pour toute demande d'adjonction des garanties : de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque décrits ci-dessus ainsi que toute modification de son état de santé, intervenue antérieurement à la prise d'effet des nouvelles garanties. En revanche, en cas de modification en cours de vie de l'adhésion des éléments déclarés à l'adhésion suivants : activité professionnelle, séjour professionnel à l'étranger et/ou pratique d'un sport, tabagisme, dès lors qu'ils ne relèvent pas d'une exclusion prévue aux conditions particulières ou à la notice d'information, l'assuré n'est pas contraint d'en informer la mutuelle qui prendra en compte la nouvelle situation de l'assuré au moment du sinistre.

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'assuré portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur

le sinistre, expose l'assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité, les cotisations versées restant acquises à la Mutuelle. De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

9 – COTISATIONS

La cotisation annuelle est calculée et évolue chaque année en fonction des caractéristiques propres à l'assuré telles que l'âge (par différence de millésime, au moment de l'adhésion et en cours de vie de l'adhésion) ou l'activité professionnelle et des éléments constitutifs du risque à assurer (montant du prêt assuré...) déclarés à l'adhésion.

Les cotisations annuelles ainsi calculées et acceptées par l'adhérent lors de l'adhésion sont maintenues par la mutuelle pour toute la durée de l'adhésion, y compris en cas de changement de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré sous réserve des exclusions prévues au présent contrat.

En revanche, les cotisations pourront être revues en cas d'évolution des garanties (adjonction ou suppression de garanties) ou en cas d'évolution des caractéristiques du prêt assuré.

Les cotisations sont payables d'avance et peuvent être fractionnées, annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, **ce sans frais de fractionnement** ; la périodicité est choisie à l'adhésion.

A défaut de paiement des cotisations dues dans le délai de 10 jours suivant leur échéance, une lettre recommandée est adressée à l'adhérent, fixant un délai de 40 jours au terme duquel l'adhésion est résiliée de plein droit ; toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. En cas de paiement des sommes demandées sur la lettre de mise en demeure, après suspension mais avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du paiement.

La mutuelle s'engage à informer par courrier l'établissement prêteur de tout acte de mise en demeure pour non-paiement ou de résiliation.

10 – EXAMEN DES RECLAMATIONS - MEDIATION

Pour toute réclamation liée à l'application de la présente notice, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS 81021 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la mutuelle, soit en saisissant sa demande de médiation en ligne, sur le site «CNPM-médiation-consommation.eu» ou bien en s'adressant à lui par voie postale, à l'adresse suivante: CNPM-Médiation-Consommation, 27 Avenue de la Libération, 42400 Saint-Chamond.

11 – PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

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 fausse 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.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit 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. »

Conformément aux dispositions de l'article L221-12 du Code de 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé 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. »

PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX :

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris ; tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. L'ensemble des prélèvements sociaux et fiscaux, présents ou futurs, dont la récupération est licite, est à la charge de l'adhérent.

12 – FACULTE DE RENONCIATION

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet (c'est-à-dire du jour de la signature du bulletin d'adhésion) ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'assuré doit adresser dans ce délai de 30 jours précité, à l'adresse du siège social de la Mutuelle une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigé comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... »

Date et signature.

La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter. Au-delà, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur. L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière.

Ce délai commence à courir à compter du jour où il communique à la Mutuelle, sa volonté de se rétracter.

13 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'Adhérent, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour (i) le recouvrement et le contentieux (ii) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii) le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (v) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'Adhérent peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'Adhérent pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'Adhérent seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux acteurs intervenant dans le cadre de la conclusion et de la gestion du contrat, ainsi qu'aux réassureurs, aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de ses données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après son décès. Il dispose en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent peut solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de ses données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, il peut également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent peut exercer ses droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2 », en joignant à sa demande une copie de son justificatif d'identité.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de ses droits, il peut décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) : 3 place de Fontenoy-TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

Pour des raisons de confidentialité, les demandes liées aux données de santé couvertes par le secret médical doivent être adressées au médecin conseil d'Harmonie Mutuelle, 23 boulevard Jean Jaurès - CS 51423 - 45004 Orléans cedex 1.

14 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME - GEL DES AVOIRS - ANTICORRUPTION

Dans le cadre de l'application des dispositions du présent contrat, la mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et anticorruption. Ainsi, la mutuelle pourrait être amenée à refuser une adhésion ou le paiement d'une prestation, dès lors que cela l'exposerait à une quelconque sanction.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès de ses adhérents la communication de pièces justificatives portant notamment sur l'identité de ces derniers, le lieu de leur résidence, l'origine des fonds ou ressources déclarés. En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie.

15 – AUTORITE DE CONTRÔLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest CS 92459 75 436 Paris cedex 09.

ANNEXE 1 – FICHE SYNTHETIQUE DES GARANTIES ET DE LEURS PRINCIPALES CARACTERISTIQUES

LES GARANTIES	
Décès	<i>Article 3 « Risques garantis »</i>
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	
Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	
Invalidité Permanente Totale (IPT)	
Invalidité Permanente Partielle (IPP)	
LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES PROPOSÉES	
Couverture des sports amateurs pratiqués par l'emprunteur à la date de souscription	<i>Article 5 « Ce que ne couvre pas le contrat »</i>
Maintien de la couverture en cas de déplacement dans le monde entier : - à titre personnel - à titre professionnel ou humanitaire	<i>Article 4 « Territorialité des garanties »</i>
GARANTIE DÉCÈS	
Couverture de la garantie décès pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 90 ^{ème} anniversaire de l'assuré)	<i>Article 3 « Risques garantis »</i>
GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	
Couverture de la garantie PTIA pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 90 ^{ème} anniversaire de l'assuré)	<i>Article 3 « Risques garantis »</i>
GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré dès lors qu'il n'est pas à la retraite ou en préretraite)	<i>Article 1 « Définitions contractuelles »</i> <i>Article 3 « Risques garantis »</i>
Délais de franchise proposés au choix de l'adhérent : - 30 jours - 60 jours - 90 jours - 120 jours (délai minimum pour les DROM) - 180 jours	
Pour une personne en activité, évaluation de l'incapacité en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	
Pour une personne en activité, prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	
Maintien de la couverture en cas de temps partiel thérapeutique avec une prise en charge minimale de 50% sur une durée de 180 jours	
Couverture des inactifs au moment du sinistre avec une prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	
En cas de rachat de l'exclusion, couverture des affections dorsales sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale	
En cas de rachat de l'exclusion, couverture des affections psychiatriques sans condition d'hospitalisation	<i>Article 5 « Ce que ne couvre pas le contrat »</i>
GARANTIE INVALIDITÉ	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré dès lors qu'il n'est pas à la retraite ou en préretraite)	<i>Article 3 « Risques garantis »</i>
Pour une personne en activité, évaluation de l'incapacité professionnelle en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	
Prise en charge de l'invalidité sans référence à la perte de revenu subie au moment du sinistre	
Prise en charge de l'invalidité partielle (IPP) à partir de 33%	
Couverture des affections dorsales sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale	<i>Article 5 « Ce que ne couvre pas le contrat »</i>
Couverture des affections psychiatriques sans condition d'hospitalisation	



Harmonie Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*