



OPTIMAL



NOTICE D'INFORMATION
VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N° 2602
+ STATUTS UGIP



LES POINTS FORTS DU PRODUIT

UNE ASSURANCE DE PRÊT CONÇUE POUR LES GRANDS PROJETS



ADHÉSION DE 18 À 84 ANS
INCLUS POUR LE DÉCÈS



FORMALITÉS MÉDICALES
ALLÉGÉES*

UNE COUVERTURE ÉTENDUE

- Jusqu'à 10 000 000€ pour les garanties **Décès / P.T.I.A. / I.P.T. Capital** ;
- Jusqu'à 20 000€ / mois / assuré pour les garanties **I.T.T. / I.P.T. / I.P.P.** ;
- **Adaptée à la majorité des types de prêts** : prêts immobiliers, professionnels ou locatifs.

DES GARANTIES MODULABLES SELON VOS BESOINS

- **3 formules de garanties** ;
- **3 options facultatives** :
 - Affection du dos (MNO Dos) ;
 - Affection du dos et troubles psychiques (MNO Dos/Psy) ;
 - Exonération des cotisations en cas de sinistre garanti.
- **4 choix de franchises** : 30 jours, 60 jours, 90 jours ou 180 jours.

PROTECTION RENFORCÉE

- En cas de coup dur, la **Garantie Aide à la Famille apporte un soutien financier complémentaire à vous et vos proches** pour faire face aux dépenses du quotidien.



Optimal

**pour tout capital garanti jusqu'à 1 000 000€ et tout assuré âgé de 45 ans maximum.*



Association UGIP

30-32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS

ARTICLE 1. CONSTITUTION - DÉNOMINATION

Il est fondé entre les *Adhérents* aux présents statuts une Association régie par la Loi du 1er Juillet 1901 et le Décret du 16 Août 1901 ayant pour titre :

UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE **En abrégé U.G.I.P.**

ARTICLE 2. OBJET DE L'ASSOCIATION

L'Association a pour but de promouvoir le développement de la prévoyance et de l'action sociale parmi ses membres et en particulier :

- développer parmi ses membres l'esprit de solidarité sociale et d'entraide corporative par l'institution de service et de fonds de solidarité ;
- de grouper les membres de chaque profession en vue de les représenter et de souscrire comme mandataire tous contrats collectifs ou individuels auprès des organismes qualifiés pour apporter toute solution à leurs problèmes de prévoyance dans le cadre de leur activité professionnelle ou privée ;
- accessoirement donner tous conseils afférant à l'adhésion d'un de ces contrats ;
- de réaliser toutes opérations se rapportant directement ou indirectement aux buts ci-dessus.

ARTICLE 3. SIÈGE

Le siège social est fixé au 30-32 Boulevard de Vaugirard 75015 PARIS. Il pourra être transféré dans toute autre localité du département de la Seine sur simple décision du Conseil d'Administration, et en tout autre lieu hors du département par décision du Conseil d'Administration soumise à la ratification d'une Assemblée Générale Extraordinaire.

ARTICLE 4. DURÉE DE L'ASSOCIATION

La durée de l'Association est fixée à 70 ans à compter de 14.06.2007.

ARTICLE 5. COMPOSITION DE L'ASSOCIATION

L'Association se compose de :

- Membres fondateurs ;
- Membres d'honneur ;
- Membres bienfaiteurs ;
- Membres *Adhérents*.

ARTICLE 6. MEMBRES DU BUREAU

Article 6.1 - Conditions d'adhésion

Pour faire partie de l'Association, il faut être majeur ou fournir une autorisation écrite du représentant légal.

Sont membres fondateurs, les premiers membres qui ont décidé la création de l'Association et qui en ont été les premiers Administrateurs
Sont membres d'honneur, ceux qui ont rendu des services signalés à l'Association ; ils sont dispensés de cotisation.

Sont membres bienfaiteurs, les personnes qui versent une cotisation annuelle fixée chaque année par l'Assemblée Générale.

Tant les membres d'honneur que les membres bienfaiteurs sont dispensés de cotisations.

Sont membres *Adhérents*, ceux qui ont pris l'engagement de verser annuellement une cotisation fixée chaque année par le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale.

Article 6.2 - Démission - Radiation

La qualité de Membres se perd par :

- la démission, adressée par courrier AR au siège de l'Association au moins deux mois avant le fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 octobre pour effet au 31 décembre. Cette démission entraîne ipso facto la résiliation de la (des) adhésion(s) au(x) contrat(s) groupe d'assurance souscrit(s) auprès de l'Association par l'*Adhérent* ;
- le décès pour les personnes physiques ou la dissolution pour quelque cause que ce soit, pour les personnes morales ;
- la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour non paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité par lettre recommandée à se présenter devant le bureau pour fournir des explications.

ARTICLE 7. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Elles sont constituées d'une part par les droits d'entrée ou d'adhésion et les cotisations annuelles et d'autre part par toutes autres ressources admises par la législation en vigueur.

Le droit d'entrée est versé une seule fois par chaque nouvel *Adhérent* lors de son adhésion à l'Association. Son montant est fixé par le Conseil d'Administration.

Le montant de la cotisation annuelle est fixé chaque année par le Conseil d'Administration. Le non paiement de la cotisation annuelle au 1er Juin entraîne la radiation d'office du membre qui ne l'a pas versée. Il en reste cependant redevable envers l'Association.

Les cotisations ne peuvent pas être rachetées.

ARTICLE 8. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 8.1 - Composition et rémunération

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de quatre (4) membres au moins et de douze (12) au plus, choisis parmi ses Membres sous réserve qu'ils jouissent du plein exercice de leurs droits civiques.

Ils sont élus pour quatre (4) années, chaque année s'entendant de la période comprise entre deux (2) assemblées générales annuelles.

Les membres du conseil sortants sont immédiatement rééligibles, le mandat des membres fondateurs n'étant pas soumis à réélection.

Le Conseil est renouvelé chaque année par quart. La première année les membres sortants sont désignés par le sort.

En cas de vacance, le Conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres, leur remplacement définitif intervenant à la prochaine Assemblée Générale. Si la ratification de l'Assemblée n'était pas obtenue, les délibérations prises et actes accomplis n'en seraient pas moins valables. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin, sauf confirmation par l'Assemblée Générale, à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Il doit être composé pour plus de la moitié de membres :

- ne détenant ou n'ayant pas déteu au cours des deux dernières années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les

STATUTS CONSTITUTIFS

ASSOCIATION UGIP

organismes d'assurances signataires des contrats d'assurance de groupes ;

- ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Cependant, le Président et les membres du Conseil ont droit au remboursement des frais qu'ils ont engagés pour le compte de l'Association sur présentation de justificatifs.

Cependant le Conseil d'Administration peut décider d'allouer dans les limites fixées par l'Assemblée générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses Administrateurs.

Article 8.2 - Réunion

Le Conseil se réunit sur la convocation du Président ou du tiers de ses membres aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'Association et une fois au moins tous les six (6) mois.

Les convocations sont adressées au moins quinze (15) jours avant la réunion par lettre simple et mentionnent l'ordre du jour de la réunion arrêté par le Président du Conseil ou par les Membres du Conseil qui ont demandé la réunion.

Le Conseil se tient au siège de l'Association ou en tout autre lieu indiqué sur la convocation.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par tous les membres du Conseil participant à la réunion.

Tout membre du Conseil peut donner par écrit mandat à un autre membre de le représenter à une réunion, étant précisé que chaque membre ne peut disposer au cours d'une même réunion que d'une seule procuration.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés ; en cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Tout membre qui, sans excuse n'aura pas assisté à trois séances consécutives, sera considéré comme démissionnaire.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le Président et le Secrétaire qui peuvent ensemble ou séparément en délivrer des copies ou des extraits.

Ils sont inscrits sur un registre, cotés et paraphés par le Préfet chaque fois que la nature de la décision l'exige.

Article 8.3 - Pouvoir

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour autoriser tous actes qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale.

D'une manière générale, il peut prendre toute décision, non soumise à l'approbation de l'Assemblée Générale et qui soit autorisée par les réglementations et législation dont relève l'Association.

Il définit les principales orientations de l'Association. Il arrête le budget et les comptes annuels de l'Association.

ARTICLE 9. BUREAU

Article 9.1 - Composition

de leurs droits civiques, un bureau composé de :

- un Président, et s'il y a lieu un Vice-Président ;
- un Secrétaire, et s'il y a lieu un Secrétaire adjoint ;
- un Trésorier, et s'il y a lieu un Trésorier adjoint ;
- un Conseiller Technique en cas de nécessité.

L'élection des membres du bureau a lieu à main levée, à moins que le scrutin secret soit demandé par quatre membres du Conseil au moins. Le bureau est élu pour deux (2) ans et sont immédiatement rééligibles.

Article 9.2 - Rôle

Le bureau assure la gestion courante de l'Association. Il se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige sur convocation du Président.

Le Président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile. Il a notamment qualité pour agir en justice.

Il contrôle la gestion des membres du Bureau.

Il informe l'Assemblée Générale chaque année du montant des indemnités et avantages éventuellement alloués aux membres du Conseil d'Administration dans le cadre de l'exercice de leur mandat. De même il porte à sa connaissance toute rémunération versée par une entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration, et liée au montant des cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Le Vice-Président seconde le Président dans l'exercice de ses fonctions et le remplace en cas d'empêchement.

Le Secrétaire est chargé des convocations. Il établit ou fait établir les procès-verbaux des réunions du Conseil et des assemblées générales. Il tient le registre prévu par l'article 5 de la Loi du 1er Juillet 1901.

Le Trésorier établit ou fait établir sous sa responsabilité les comptes de l'Association. Il est chargé de l'appel des cotisations. Il procède sous le contrôle du Président, au paiement et à la réception de toutes sommes.

Il établit un rapport sur la situation financière de l'Association et le présente à l'assemblée générale.

ARTICLE 10. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

Article 10.1 - Composition

L'Assemblée Générale de l'Association comprend les membres fondateurs, d'honneur, bienfaiteurs et les membres *Adhérents* à jour du paiement de leurs cotisations à la date de réunion.

Article 10.2 - Convocation

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration au moins une fois par an avant le 1er décembre ou à la demande de la moitié de ses *Adhérents*.





Association UGIP

30-32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS

Il est adressé à chaque *Adhérent* une convocation individuelle précisant le jour, l'heure et le lieu de la réunion dans les trente (30) jours au moins avant sa tenue.

La convocation mentionne l'ordre du jour. Y est joint le texte des projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration et de celui des projets de résolution qui lui ont été communiqués quarante cinq jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée par le 10ème de ses *Adhérents* au moins ou par cent *Adhérents* si le dixième est supérieur à cent (100).

Article 10.3 - Quorum

Chaque *Adhérent* dispose d'une voix.

Les *Adhérents* ont la possibilité de donner mandat à un autre *Adhérent*, ou à leur conjoint.

Les *Adhérents* n'ont pas la possibilité d'user de la faculté de voter par correspondance.

Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou *Adhérents* dans la limite de 5% des droits de vote.

Elle ne peut délibérer valablement que si mille *Adhérents* ou un trentième des *Adhérents* au moins sont présents ou représentés.

Si lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses *Adhérents* présents ou représentés.

Article 10.4 - Compétence

L'Assemblée Générale Ordinaire entend les rapports sur la gestion du Conseil d'Administration et sur la situation financière et morale de l'Association. Elle approuve les comptes de l'exercice, donne quitus aux Membres du Conseil et du Bureau de leur gestion.

Elle vote le budget de l'exercice et détermine, s'il y a lieu le montant des indemnités et avantages accordés aux membres du Conseil d'Administration, autres que les frais courants engagés par les Administrateurs dans l'exercice de leur mandat.

Elle pourvoit s'il y a lieu au renouvellement du Conseil d'Administration ; elle confère au Conseil d'Administration ou à certains membres du bureau toutes autorisations pour accomplir les opérations rentant dans l'objet de l'Association et pour lesquelles les pouvoirs statutaires seraient insuffisants.

Elle procède à l'élection des nouveaux membres du Conseil et ratifie les nominations effectuées à titre provisoire, et peut révoquer les membres du Conseil, même si cette question n'est pas inscrite à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurances de groupe souscrits par l'Association. Elle peut cependant déléguer au Conseil d'Administration par une ou plusieurs résolutions et pour une durée n'excédant pas dix huit mois le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Le Conseil exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en est fait rapport à la plus proche Assemblée.

Article 10.5 - Délibération et Procès-verbaux

Toutes les délibérations de l'Assemblée Générale ordinaires sont prises à main levée à la majorité absolue des membres présents ou représentés.

Le scrutin secret peut être demandé soit par le Conseil d'Administration, soit le quart des *Adhérents* présents ou représentés.

L'Assemblée ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour, exception faite de la révocation de membre du Conseil pouvant intervenir sur incident de séance.

Un pouvoir blanc envoyé au siège de l'Association par un des *Adhérents* est réputé un vote favorable à l'adoption des projets de résolutions présentés ou agréés par le Conseil et un vote défavorable à l'adoption des autres projets.

Les délibérations des Assemblées sont constatées sur des procès verbaux inscrits sur le registre des délibérations de l'Association et signé par le Président et un Administrateur

Chaque *Adhérent* peut consulter ce registre au siège social de l'association, mais il ne peut en être délivré de photocopie.

ARTICLE 11. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Article 11.1 - Composition

Elle est la même que celle relative à la tenue des Assemblées Générales Ordinaires.

Article 11.2 - Convocation

Dans les cas prévus par les Statuts, l'Assemblée Générale Extraordinaire est convoquée par le Président du Conseil d'Administration ou à la demande de 10% au moins des *Adhérents*.

Sont applicables en matière de convocation les règles relatives à la convocation des Assemblées Générales Ordinaires.

Article 11.3 - Quorum

Chaque *Adhérent* dispose d'une voix.

Il est appliqué les mêmes règles relatives aux mandats que celles concernant les Assemblées Générales Ordinaires.

Elle ne peut délibérer valablement que si mille (1000) *Adhérents* ou un trentième des *Adhérents* au moins sont présents ou représentés.

Si lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses *Adhérents* présents ou représentés.

Article 11.4 - Compétence

L'Assemblée générale Extraordinaire statue sur l'ordre du jour présenté par 10% au moins des *Adhérents*, sur les modifications à apporter

STATUTS CONSTITUTIFS

ASSOCIATION UGIP

aux statuts, et sur les points qui ressortent statutairement de sa compétence exclusive.

Article 11.5 - Délibération et Procès-verbaux

Il est appliqué les mêmes règles relatives aux délibérations et procès-verbaux que celles concernant les Assemblées Générales Ordinaires.

ARTICLE 12. RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le Conseil d'Administration pourra s'il le juge nécessaire, arrêter le texte

d'un règlement intérieur ayant pour objet de préciser et compléter les régies de fonctionnement de l'association. Il est seul compétent pour les modifier ou les abroger.

ARTICLE 13. DISSOLUTION

En cas de dissolution décidée par l'Assemblée Générale Extraordinaire, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par l'Assemblée Générale. La dévolution de l'actif est faite conformément à l'article 9 de la Loi du 1er Juillet 1901 et du Décret du 16 août 1901.



NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

PRÉAMBULE

Le Contrat d'assurance de Prêts et crédits **UGIP OPTIMAL** est un Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par le Code de la Mutualité et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce Contrat est dénommé ci-après le Contrat d'assurance de groupe et est réservé aux seuls membres de **L'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE** (UGIP). Il est distribué par l'intermédiaire de l'UGIP ASSURANCES, via son réseau d'apporteurs.

Le distributeur et gestionnaire du Contrat groupe est **UGIP ASSURANCES** - 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris - Société par Action Simplifiée au capital de 130 944 € - RCS de Paris sous le N°398 784 645 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS N°07 005 590 (www.orias.fr), ci-après dénommées « UGIP » ou « Gestionnaire ».

Le co-distributeur du Contrat groupe est **GROUPE SANTIANE HOLDING** (GSH) - 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris - Société par actions simplifiées au capital de 511 539 € - RCS de Paris sous le N° 812 962 330 - Immatriculée à l'Orias sous le N° 19 004 119 (www.orias.fr).

L'assureur du Contrat groupe est **MUTLOG** - 75 Quai de la Seine 75940 Paris Cedex 19 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité - SIREN n° 325 942 969 (LEI : 969500N48BV9MPSP5182) et **MUTLOG Garanties** - 75 Quai de la Seine 75940 Paris Cedex 19 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité - SIREN n° 384 253 605 (LEI : 969500SOV6U08S8A1F91) Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09, ci-après dénommées « MUTLOG » ou la « Mutuelle »

Les sociétés **UGIP, GSH et MUTLOG** sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre Contrat. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment au regard de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Les destinataires des données sont UGIP Assurances, MUTLOG, MUTLOG Garanties et leurs partenaires toujours dans le cadre de la gestion de votre Contrat. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à UGIP Assurances - Gestionnaire des conventions UGIP siège administratifs : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3.

La langue utilisée au cours du Contrat groupe sera la langue française.

LEXIQUE

Les termes débutant par une majuscule et en italiques, non définis dans le corps de la notice ont la signification suivante.

Accident : Toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'*Adhérent* et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure dont l'*Adhérent* est victime après la date d'effet et pendant la durée de l'adhésion. Les malaises

cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les dorsalgies, les *Accidents* vasculaires et cérébraux et les hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des *Accidents*.

Adhérent : Personne physique ou morale qui adhère à l'Association, à la Mutuelle et au présent Contrat, et remplissant les conditions définies à l'Article 2.1.

Affection : Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (*Accident* ou *Maladie*), constatée par une autorité médicale compétente.

Âge de l'Adhérent : Âge de l'*Assuré* calculé par différence entre la date de l'adhésion et sa date de naissance.

Assuré : Personne sur la tête de qui repose les garanties du présent Contrat. L'*Assuré*, également désigné ci-après par « vous » est inscrit au Certificat d'adhésion et remplit les conditions définies à l'Article 2.1.

Bénéficiaire : Le *Bénéficiaire* des prestations est l'*Adhérent*, qui stipule auprès de MUTLOG, que la prestation sera versée directement au profit du *Prêteur*, qui l'accepte, voire d'un tiers nommément désigné par l'*Adhérent* à concurrence des sommes qui sont dues.

Capital restant dû : Pour un *Prêt*, désigne le capital emprunté non amorti à la date de l'événement garanti et conforme au Certificat d'adhésion, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Pour une opération de financement locatif, désigne la somme des loyers restant dus à la date de l'événement garanti, y compris la valeur résiduelle du bien. Le *Capital restant dû* ne tient pas compte des *Echéances* de *Prêt* impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

Caution : Personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'*Emprunteur* ou le *Co-Emprunteur* en cas de défaut de paiement par celui-ci. Les garanties souscrites ne jouent au profit d'un *Adhérent* agissant en qualité de *Caution* qu'à la condition qu'au jour du sinistre, la *Caution* ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une *Echéance* par l'Organisme *Prêteur* par suite de la défaillance du *Cautionné*.

Conjoint collaborateur : Conjoint d'un dirigeant d'une société commerciale, artisanale ou libérale, qui exerce une activité professionnelle effective et régulière dans la société, ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité, n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du Code Civil, et est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

Date de consolidation : Date à partir de laquelle, compte tenu des connaissances de la médecine à cette date, l'état de santé de l'*Adhérent* n'est plus susceptible de s'améliorer ou n'est pas susceptible d'évoluer, soit spontanément, soit sous l'effet d'aucun traitement.

Echéance : Montant de remboursement conformément au tableau d'amortissement ou échéancier de loyers au jour du sinistre, dans la limite du montant garanti tels que prévus au Certificat d'adhésion ou avenant à l'adhésion en vigueur au jour du sinistre. En cas de différé



partiel d'amortissement, l'*Echéance* est limitée aux seuls intérêts du *Prêt*. L'*Echéance* ne couvre pas le remboursement du capital pour les *Prêts In Fine* et les *Prêts Relais* ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement locatif. Concernant les *Prêts* à paliers intégrant les *Prêts* achat-revente, la Mutuelle ne prend pas en charge dans l'*Echéance* la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la revente de l'ancien bien de l'*Emprunteur*. Les retards de paiement d'*Echéances de Prêt* ou de loyers, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme *Prêteur* ne sont pas pris en compte dans l'*Echéance*.

Emprunteur : Toute personne physique ou morale à qui le *Prêteur* consent un *Prêt*.

France continentale : Territoire européen de la France excluant la Corse.

Franchise : Période fixée au Certificat d'adhésion, au cours de laquelle aucune indemnisation n'est due, quelle que soit la durée totale de l'arrêt de travail. Elle peut être au choix de l'*Adhérent* de trente (30), soixante (60), quatre-vingt-dix (90) ou cent quatre-vingts (180) jours consécutifs.

Fumeur : Personne déclarant qu'elle a fumé des cigarettes, cigarettes électroniques, cigares ou pipes, ou utilisé des produits contenant de la nicotine ou ses dérivés (patch, gommes à mâcher), même occasionnellement au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion.

Loyer théorique : Somme perçue périodiquement correspondant à la valeur à la location du bien immobilier telle qu'indiquée sur le bail en vigueur au moment du sinistre. Le *Loyer théorique* n'inclut pas les charges, impayés de loyer ou intérêts de retard.

Maladie : Toute altération de l'état de santé de l'*Adhérent* constatée par une autorité médicale compétente.

Prêt : Désigne un *Prêt*, libellé en Euros (ou libellé en Francs pacifiques ou en Francs suisses et converti en Euros), tel que précisé à l'Article 2.2. Le bien financé par le *Prêt* à assurer doit être situé en France.

Prêt locatif : Désigne un *Prêt* pour l'achat d'un bien destiné à être mis en location. Il doit être libellé en Euros (ou libellé en Francs pacifiques ou en Francs suisses et converti en Euros) tel que précisé à l'Article 2.2. Le bien financé par le *Prêt* à assurer doit être situé en France.

Prêteur : Organisme *Prêteur* identifié sur la demande d'adhésion à l'assurance. Le *Prêteur* doit être un établissement de crédit français ou une succursale française d'un établissement de crédit étranger (situé en Suisse ou au sein de l'Union Européenne) ou un établissement de crédit belge, y compris lorsqu'il ne dispose pas de succursale en France. L'Organisme *Prêteur* est réputé avoir accepté le bénéfice du Contrat.

Quotité assurée : La *Quotité assurée* correspond pour chaque *Adhérent* à la part, en pourcentage du capital emprunté, couverte par l'assurance de l'opération de crédit. Elle doit être inférieure ou égale à 100 %.

Lorsque plusieurs personnes sont adhérentes au titre d'une même opération de crédit, le montant total des indemnités versées par la Mutuelle ne peut excéder au global, en cas de pluralité de sinistres, le montant des sommes dues pour une *Quotité assurée* de 100%.

En cas d'investissement locatif effectué dans le cadre d'une SCI non-familiale, la *Quotité assurée* en Décès/P.T.I.A., I.T.T., I.P.P. et I.P.T. ne peut en aucun cas être supérieure à la part détenue par l'*Adhérent* dans la SCI au moment de l'adhésion.

ARTICLE 1 — OBJET DU Contrat

Ce Contrat a pour objet de garantir, postérieurement à la prise d'effet des garanties, et avant le remboursement intégral du *Prêt* et/ou la cessation des garanties, l'*Adhérent* contre tout ou partie des risques couverts suivants, selon l'*Âge de l'Adhérent* au jour de l'adhésion (cf. Article 2.1) et le cas échéant le montant du capital assuré :

Risques couverts (en tout ou partie), fonction de la formule choisie :

FORMULE n°1 : Décès + P.T.I.A. ou Décès seul si l'*Adhérent* a plus de 64 ans à l'adhésion.

FORMULE n°2 : Formule n°1 + I.T.T./ I.T.P./ I.P.T./G.A.F.

FORMULE n°3 : Formule n°1+ I.T.T. /I.T.P./ I.P.T./ I.P.P./G.A.F.

Options facultatives, proposées en complément des formules n°2 et n°3 :

- **Option MNO Dos** (définie à l'Article 3.6.1)
- **Option MNO Dos/Psy** (définie à l'Article 3.6.2)
- **Option Exonération des cotisations** (définie à l'Article 3.6.3)

Avant la prise d'effet des garanties visées ci-dessus, l'*Adhérent* bénéficie d'une garantie temporaire Décès Accident en cas de Décès Accidentel dans le cadre d'un nouveau *Prêt*, à concurrence du montant assuré avec un maximum de cent vingt mille euros (120 000 €). Cette garantie ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au Contrat de *Prêt*, à la suite d'une substitution d'assurance (cf. Article 3.1.1 ci-après).

Seules sont accordées à l'*Adhérent*, les garanties choisies au jour de l'adhésion et acceptées par la Mutuelle, mentionnées sur le Certificat d'adhésion valant délégation de bénéficiaire, et à condition que le risque couvert ne soit pas réalisé à la date d'effet du Contrat.

ARTICLE 2 — LES CONDITIONS D'ADHÉSION

Article 2.1 - *Adhérent* et personnes assurables

Pour être *Adhérent* au Contrat, vous devez :

- Être une personne physique âgée de plus de 18 ans à la date d'adhésion, ou être une personne morale.
- Résider en *France continentale*, dans les DROM-COM, la Corse, l'Union Européenne, le Royaume-Uni et la Suisse. Sauf dérogation de la Mutuelle.
- À la date de l'adhésion, avoir sa résidence fiscale en France (pour les *Adhérents* personnes physique) ou son siège social ou un établissement en France (pour les *Adhérents* personnes morales).
- Avoir contracté un *Prêt* ou un crédit-bail ou être *Caution* d'un *Prêt* ou d'un crédit-bail libellé en Euros et rédigé en français auprès du *Prêteur*, d'un montant minimum de vingt mille (20 000) euros.

Pour être assurable, vous devez :

- Résider en *France continentale*, dans les DROM-COM, la Corse, l'Union Européenne, le Royaume-Uni et la Suisse. Sauf dérogation de la Mutuelle.
- Être *Emprunteur*, *co-Emprunteur* ou *Caution* d'une personne physique ou d'une personne morale.
- Avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant.
- Être âgé au jour de l'adhésion de plus de dix-huit (18) ans, et demander votre admission **au plus tard** selon les limites d'âge suivantes :

Risques couverts	Limite d'adhésion
Décès (DC)	À la date exacte du 85 ^{ème} anniversaire.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	À la date exacte du 64 ^{ème} anniversaire.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) ou Invalidité spécifique AERAS (G.I.S.)	À la date exacte du 64 ^{ème} anniversaire et avant le départ en retraite ou pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail.
Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)	
Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)	
Garantie Aide à la Famille (G.A.F.)	
Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)	

Article 2.2 - Prêts assurables

Le Contrat couvre (sauf dérogation de la Mutuelle) les Prêts immobiliers, professionnels et les Prêts locatifs tels que :

- les Prêts amortissables à taux fixe ou variable, avec ou sans paliers, d'une durée restante maximum de trois cent soixante (360) mois, différé d'amortissement éventuel non compris ;
- les Prêts à taux zéro ;
- les Prêts in fine d'une durée maximum de deux cent quarante (240) mois ;
- les Prêts relais d'une durée maximum de trente-six (36) mois ;
- les crédits-bails.

Ne sont pas éligibles aux garanties du présent Contrat les types de Prêts suivants :

- les Prêts à la consommation ;
- les découverts bancaires et facilités de caisse ;
- les Prêts viagers hypothécaires.

Les Prêts doivent être libellés en Euros, en Francs pacifiques ou en Francs suisses.

Pour les Prêts non libellés en Euros, des règles spécifiques régissent les dispositions du présent Contrat :

- **Prêts en Francs pacifiques :**
 - L'Assuré doit être résident fiscal français au moment de la souscription ;
 - L'encaissement des primes et le règlement des prestations sont réalisés en euros ;
 - Les dossiers de souscription (questionnaires de santé et autres documents) sont complétés en français ;
 - Les prestations versées par la Mutuelle sont définies en référence au tableau d'amortissement converti en euros à la date de souscription du Contrat ;
- **Prêts en Francs suisses :**
 - L'Assuré doit être résident fiscal français au moment de la souscription ;
 - L'encaissement des primes et le règlement des prestations sont réalisés en euros ;
 - Les dossiers de souscription (questionnaires de santé et autres documents) sont complétés en français ;
 - Lors de l'adhésion au Contrat, le capital assuré ainsi que le tableau d'amortissement seront convertis en euros en fonction du barème contrevalet en vigueur à cette date, intégrant un coefficient de majoration de 1,2 sur le taux de change. Il en sera de même pour les cotisations et les prestations. Ce barème restera valable pendant toute la

durée de l'adhésion et ce, même en cas de modification en cours d'assurance impliquant une actualisation du tableau d'amortissement (tel que le remboursement anticipé partiel du Prêt). L'attention de l'Assuré et de l'Emprunteur est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'Assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'Emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive. En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, ce solde sera versé conformément aux dispositions de l'Article 9 de la présente Notice en ce qui concerne les prestations en cas de Décès. S'agissant des prestations autres que les prestations en cas de Décès, le solde positif sera versé à l'Assuré. Les éventuels taxes et impôts afférents à ce solde sont à payer par l'Assuré ou ses ayants-droits.

Si l'Assuré n'a aucune déclaration de santé à faire pour l'assurance des Prêts visés au 1 de l'article L. 313-1 du Code de la consommation, seuls sont assurables les Prêts finançant l'achat en cours d'une résidence principale ou secondaire, ou si l'adhésion se fait dans le cadre d'une substitution d'assurance seuls sont assurables les Prêts précédemment couverts par l'assurance proposée par la banque ayant accordée le Prêt.

Article 2.3 - Montant maximum assurable

Le montant total des capitaux assurés par la Mutuelle, tous Contrats d'assurances de financement auprès de la Mutuelle et tous réseaux distributeurs confondus, est limité (sauf dérogation) par Adhérent, à :

- Dix millions (10 000 000) d'euros au titre des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) et Invalidité Permanente Totale avec versement en capital (I.P.T. Capital) ;
- Vingt-mille (20 000) euros par mois et par assuré au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale avec versement en rente (I.P.T. Rente), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ;
- Mille cinq cents (1 500) euros par mois et par assuré au titre de la Garantie Aide à la Famille (G.A.F)

Le montant total des capitaux assurés par la Mutuelle tient compte :

- de tous les capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion ;
- et des nouveaux capitaux à assurer.

Quel que soit le Contrat, la dette est couverte pour chaque Adhérent à concurrence du montant emprunté multiplié par la quotité choisie qui est au maximum de 100 %.

Article 2.4 - Conditions d'éligibilité pour l'ensemble des garanties à l'adhésion en fonction du lieu de résidence

	France continentale, Corse, La Réunion, Guadeloupe et Martinique	Nouvelle Calédonie et Polynésie française
Décès	✓	✓
P.T.I.A.	✓	✓
I.P.T.	✓	✓
I.T.T.	✓	✓
I.T.P.	✓	✓
G.A.F.	✓	✓
I.P.P.	✓	✓



Option MNO Dos	✓	✗
Option MNO Dos/Psy	✓	✗
Option Exonération	✓	✓

✓ Garantie Eligible

✗ Garantie Non éligible

Les franchises de 30 jours et 60 jours ne sont pas proposées aux *Adhérents* résidant en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie Française.

Pour les *Adhérents* dont la résidence est en Union Européenne (hors France), au Royaume Uni ou en Suisse, les seules garanties accessibles sont le Décès et la P.T.I.A.

Pour tout autre pays non cité, une étude en amont auprès de la Mutuelle est nécessaire.

Article 2.5 - Pluralité d'Adhérents au titre d'un même Contrat de Prêt

La Mutuelle limite ses garanties au montant des prestations qui seraient dues pour un *Adhérent* avec une quotité de 100%, en cas de sinistre atteignant en même temps plusieurs *Adhérents* pour un même financement.

En cas de Décès simultané de plusieurs *Adhérents*, les prestations réglées correspondent au solde du *Capital restant dû* au *Prêteur* dans la limite des montants garantis **et sans que le total des prestations puisse être supérieur au solde du *Capital restant dû***.

En cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) de l'un des *Adhérents* dont la *Quotité assurée* est de 100%, le *Capital restant dû* est versé une seule fois, **les autres *Adhérents* cessant d'être garantis**.

En cas d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) simultanées des *Adhérents*, les prestations sont réglées conformément aux dispositions des Articles 3.3 et 3.4, affectées de la *Quotité assurée* sur chaque tête, et ne sauraient excéder le cumul entre les *Adhérents* et, pendant toute la période garantie, 100% des *Échéances du Prêt*.

Dans tous les cas, le montant des prestations réglées au *Prêteur* ne peut être supérieur au montant du *Capital restant dû*.

Le solde éventuel est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) à l'Article 9.

ARTICLE 3 — LES GARANTIES

Article 3.1 - La garantie Décès

Article 3.1.1 - La garantie temporaire Décès Accidentel

Par « Décès Accidentel », il faut entendre le décès consécutif à toute atteinte corporelle résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'*Adhérent*.

La garantie temporaire Décès Accidentel est applicable uniquement dans le cadre de la mise en place d'un nouveau *Prêt*. Elle ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au Contrat de *Prêt*, dans le cadre d'une substitution d'assurance.

Tant que l'acceptation des risques n'a pas pu être formulée par la Mutuelle, seule la garantie temporaire Décès Accidentel est acquise. Cette garantie temporaire permet la couverture du « Décès Accidentel » à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, aux conditions ci-après et sous réserve des exclusions définies à l'Article 5.

Si la garantie est acquise, la Mutuelle verse la prestation comme défini à l'Article 3.1.2.

La garantie temporaire décès cesse dans les situations suivantes :

- en cas d'acceptation de votre adhésion par la Mutuelle, à la date de prise d'effet des garanties mentionnées à l'Article 6.1 de la présente notice ;
- en cas de refus de votre adhésion par la Mutuelle, à la suite de l'examen de vos documents médicaux, à la date de l'envoi de la lettre de refus par la Mutuelle ;
- dans le cas où vos garanties n'auraient pu prendre effet, la garantie temporaire Décès Accidentel cesse de plein droit dès que la Mutuelle a notifié sa décision ou si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de quinze (15) jours, aux demandes de renseignements complémentaires de la Mutuelle.

Article 3.1.2 - La garantie Décès Toutes Causes

Par « Décès Toutes Causes », il faut entendre le décès consécutif à une *Maladie* ou à un *Accident*.

Cette garantie vous est acquise, dans les limites de la *Quotité assurée*, sous réserve du respect de la limite d'âge pour adhérer (cf. Article 2.1), de l'acceptation de votre admission à l'assurance par la Mutuelle et des exclusions définies à l'Article 5.

La Mutuelle verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) le *Capital restant dû* au jour du décès tel qu'indiqué au tableau d'amortissement remis par le *Prêteur* multiplié par la *Quotité assurée* dans la limite du montant indiqué au Certificat d'adhésion.

En cas de Décès de l'*Adhérent* avant que les fonds ne soient totalement ou partiellement débloqués, sous réserve du paiement des cotisations d'assurance et conformément au Certificat d'adhésion, l'Adhésion au Contrat produira tous ses effets, **s'il est prévu au Contrat de Prêt que l'opération pour laquelle le Prêt est consenti demeure**.

Pour les *Prêts* à déblocages successifs des fonds, les prestations versées à l'Organisme *Prêteur* correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du Décès (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du sinistre). Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'Organisme *Prêteur* au jour du Décès, est versé à l'Organisme *Prêteur* au fur et à mesure des déblocages successifs des fonds, dans la mesure où l'opération de crédit se poursuit sur décision :

- du *Co-Emprunteur* ou des héritiers de l'*Adhérent* lorsque l'*Adhérent* à l'association est une personne physique ;
- de l'*Adhérent* à l'association lorsque celui-ci est une personne morale.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'Article 6.5.

Dans le cadre d'un crédit-bail, le *Capital restant dû* est égal à la totalité des loyers à échoir (hors impayés et pénalités) et à la valeur de rachat du bien financé correspondante à la valeur résiduelle estimée lors de l'adhésion dans la limite du montant garanti.

Article 3.2 - La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)

Par « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A.), il faut entendre l'état, à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, qui place l'*Adhérent* après consolidation de son état de santé, dans l'incapacité totale et irréversible reconnue par le médecin Conseil de la Mutuelle, de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes essentiels et ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Pour bénéficier de la garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A.), vous devez obligatoirement remplir ces **deux (2) conditions cumulatives**.

Cette garantie a pour objet de couvrir les formes d'invalidité mettant l'*Adhérent* dans un état tel **qu'il est complètement et définitivement**

NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

dépendant de l'assistance permanente d'une tierce personne pour tous les actes ordinaires de la vie quotidienne.

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un quelconque organisme de régime obligatoire d'assurance maladie ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

Elle vous est acquise dans les limites de la Quotité assurée, sous réserve que :

- la limite d'âge pour adhérer soit respectée (cf. Article 2.1) ;
- la consolidation de l'état de P.T.I.A. intervienne avant la limite d'âge mentionnée à l'Article 6.5 et dans la limite des exclusions définies à l'Article 5 ou incluses dans vos conditions particulières.

Dès que cet état est reconnu comme tel par le médecin Conseil de la mutuelle, la Mutuelle verse la prestation due selon les modalités définies pour la garantie Décès (cf. Article 3.1) dont le montant est arrêté à la date de la reconnaissance de votre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, déterminée par le médecin conseil de la Mutuelle.

Le versement de la prestation au titre de la garantie P.T.I.A. met fin à l'ensemble des garanties de l'Adhérent.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'Article 6.5.

Article 3.3 - La garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)

Vous bénéficiez de tout ou partie de ces garanties si vous avez adhéré avant votre 64ème anniversaire et avant votre départ en retraite ou en pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail, sous réserve des exclusions définies à l'Article 5, sauf :

- en cas de refus formel de votre part d'adhérer à ces garanties ;
- en cas de refus d'admission à ces garanties par la Mutuelle ;
- En cas de Prêts avec différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente-six (36) mois. Cette condition ne concerne pas les Prêts à taux zéro.

Article 3.3.1 - Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

Vous bénéficiez de cette garantie, si à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, déjà pris en charge par la Mutuelle au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, le médecin conseil de la Mutuelle constate la consolidation de votre état de santé avant la cessation des garanties telles que mentionnées à l'Article 6.5, vous rendant définitivement inapte :

- à l'exercice de votre activité professionnelle si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre ;
- à vos activités constituant l'aide à votre conjoint si vous êtes *Conjoint collaborateur* non rémunéré au jour du sinistre ;
- à toutes vos occupations pour les *Adhérents* n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas *Conjoint collaborateur* au jour du sinistre. Il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

Le médecin conseil de la Mutuelle doit évaluer si votre taux d'invalidité au regard du barème de la mutuelle (cf. Article 3.3.3) est supérieur ou égal à 66%.

Article 3.3.2 - Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)

Vous bénéficiez de cette garantie, si à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, déjà pris en charge par la Mutuelle au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, le médecin conseil de la Mutuelle constate la consolidation de votre état de santé avant la cessation des garanties telles que mentionnées à l'Article 6.5, vous rendant inapte à exercer à temps plein :

- tout ou partie de votre activité professionnelle pouvant vous apporter gains et profits si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre ;
- tout ou partie des activités constituant l'aide à votre conjoint si vous êtes *Conjoint collaborateur* non rémunéré au jour du sinistre ;
- à toutes vos occupations pour les *Adhérents* n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas *Conjoint collaborateur* au jour du sinistre. Il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

Le médecin conseil de la Mutuelle doit également évaluer si votre taux d'invalidité au regard du barème de la Mutuelle (cf. Article 3.3.3) est supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66%.

Article 3.3.3 - Détermination du taux d'invalidité

La détermination du taux d'invalidité doit être médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle.

Le médecin désigné par la Mutuelle détermine le taux d'Invalidité permanente, et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire d'assurance maladie dont vous dépendez. Le médecin conseil désigné par la Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale pour déterminer le taux d'invalidité permanente.

Le taux d'invalidité est :

- la conjugaison des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle si vous exercez une activité professionnelle rémunérée ou si vous êtes *Conjoint collaborateur* non rémunéré à la date du sinistre,
- dépendant uniquement du taux d'invalidité fonctionnelle si vous n'exercez aucune activité professionnelle rémunérée et si vous n'êtes pas *Conjoint collaborateur* au jour du sinistre.

Barème contractuel d'invalidité :

		TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE									
		10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
TAUX D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	10%	16%	21%	25%	29%	33%	37%	40%	43%	46%	
	20%	13%	20%	26%	32%	37%	42%	46%	50%	54%	
	30%	14%	23%	30%	36%	42%	48%	53%	58%	62%	
	40%	16%	25%	33%	40%	46%	52%	58%	63%	69%	
	50%	17%	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	
	60%	18%	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	
	70%	19%	30%	40%	48%	56%	63%	70%	76%	83%	
	80%	20%	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	86%	
	90%	21%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	
	100%	22%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	

Barème de la garantie Invalidité Permanente Partielle

Barème de la garantie Invalidité Permanente Totale

Le **taux d'invalidité professionnelle** est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité par rapport à votre profession. Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à la *Maladie* ou à l'*Accident*, des conditions d'exercice normales et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le **taux d'invalidité fonctionnelle** est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique, suite à votre *Accident* ou à votre *Maladie*. Il est fixé d'après le barème indicatif des incapacités en vigueur au jour du sinistre, publié par le Concours médical.

A la *Date de consolidation* de votre état de santé si le taux d'invalidité contractuel retenu est :

- **égal ou supérieur à 66%**, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), dans les limites fixées à l'Article 3.3.4 ;
- **supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66%**, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), si vous bénéficiez de cette garantie, dans les limites fixées à l'Article 3.3.4 ;
- **inférieur à 33%**, les prestations cessent.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité est strictement inférieur à 66 % pour la garantie I.P.T. et 33 % pour la garantie I.P.P.

En tout état de cause l'état de santé de l'*Assuré* doit être consolidé avant la date à laquelle l'*Assuré* fait valoir ses droits à une pension et au plus tard au 31/12 suivant son 65ème anniversaire ou 67ème anniversaire ou 71ème anniversaire, selon le choix fait par l'*Adhérent* à la souscription, en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur. La prise en charge des *Échéances* de remboursement s'applique pendant la durée de l'invalidité de l'*Assuré* proportionnellement à cette durée.

Dans le cadre d'une souscription I.P.T Capital, l'état de santé de l'*Assuré* doit être consolidé avant la date à laquelle l'*Assuré* fait valoir ses droits à une pension et au plus tard au 31/12 suivant son 67ème anniversaire.

Article 3.3.4 - Prestations

La Mutuelle prend en charge les prestations, selon la *Franchise* souscrite à l'adhésion à compter du 31ème, 61ème, 91ème ou du 181ème jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour d'arrêt de travail.

Base de calcul :

L'indemnité versée par la Mutuelle est calculée suivant l'option choisie par l'*Adhérent* à l'adhésion :

• **pour les Prêts amortissables et les Prêts à paliers** : sur la base des *Échéances* de Prêt affectées de la *Quotité assurée*, si vous avez opté pour l'I.P.T. Rente.

Dans ce cas, les *Échéances* trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en *Échéances* mensuelles égales.

La Mutuelle verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés.

• **pour les Prêts relais et in fine**, ainsi que le cas échéant, pendant la période de différé d'amortissement pour les *Prêts* amortissables, seules les *Échéances* d'intérêts sont prises en charge par la Mutuelle.

• **pour les Prêts locatifs**, la prise en charge correspond au montant de l'*Échéance* de Prêt déduction faite du *Loyer théorique*.

• **pour les crédits-bails**, seuls les loyers sont pris en charge.

L'Échéance ne couvre pas, le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement Crédit-

bail. En aucun cas, le remboursement anticipé partiel du capital intervenant pendant une période d'I.P.T. ou d' I.P.P. n'est pris en charge par la Mutuelle.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du sinistre indemnisé, tels que prévus sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant à l'adhésion entériné par la Mutuelle.

• dans le cas d'une souscription de la garantie I.P.T. Capital, l'indemnité sera versée sur la base du *Capital restant dû* à la date de la reconnaissance de l'I.P.T. par le médecin de la Mutuelle, dans la limite du montant garanti tel qu'indiqué au Certificat d'adhésion. La Mutuelle prend en charge :

> **pour les Prêts amortissables et les Prêts à paliers** : 100% du *Capital restant dû* (multiplié par la *Quotité assurée*) au jour de la reconnaissance de l'état d'I.P.T. par le médecin de la Mutuelle, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour de la reconnaissance de l'I.P.T. par le médecin de la Mutuelle et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par la Mutuelle. Concernant les *Prêts* à paliers intégrant les *Prêts* achat- revente, si l'*Adhérent* est reconnu en état d'I.P.T. avant le remboursement anticipé partiel et programmé du capital provenant de la vente de l'ancien bien de l'*Emprunteur*, le versement est effectué sur la base du *Capital restant dû* déduction faite de ce remboursement programmé.

> **pour les Contrats de crédit-bail** : la somme des loyers restant dus au jour de la reconnaissance de l'état d'I.P.T. par le médecin de la Mutuelle, augmentée de la valeur résiduelle du bien financé, conformément à l'échéancier de loyers en vigueur au jour du sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par la Mutuelle.

> **le versement sous forme de capital en cas d'I.P.T. met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que le capital versé au titre de l'I.P.T. soit égal au Capital restant dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/P.T.I.A.**

Si le capital versé au titre de l'I.P.T. est inférieur au Capital restant dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/P.T.I.A., l'Adhérent reste couvert au titre des garanties Décès et P.T.I.A., pour un montant égal au Capital restant dû multiplié par la Quotité assurée Décès/P.T.I.A., déduction faite du capital déjà versé au titre de l'I.P.T.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'*Échéances* intervenant pendant la prise en charge d'un sinistre par la Mutuelle au titre de l'une des garanties,
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,
- les *Échéances* des remboursements de *Prêts* ayant un différé total d'une durée supérieure à trente-six (36) mois, sauf pour les *Prêts* à taux zéro,
- les retards de paiement d'*Échéances*, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le *Prêteur*,
- le remboursement du capital pour les *Prêts* relais et les *Prêts* in fine,
- l'option d'achat pour les *crédit-bail*.

Montant des prestations :

L'indemnité versée par la Mutuelle est fonction du tableau ci-dessous.

Garanties	Cas de cessation de versement des prestations
I.P.T.*	100 %, dans la limite des montants indiqués au Certificat d'adhésion, et corrigé de la <i>Quotité assurée</i> .

NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

I.P.P.*	(N-33)/33, où N est le taux d'invalidité de l'Adhérent défini entre son taux d'invalidité professionnelle et son taux d'invalidité fonctionnelle (pour les sans activité au jour du sinistre, uniquement le taux d'invalidité fonctionnelle), dans la limite des montants indiqués au Certificat d'adhésion, et corrigé de la <i>Quotité assurée</i> .
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En cas d'I.P.T. en rente. ou d'I.P.P., donnant droit aux versements des *Échéances* telles que définies ci-dessus, si l'option d'exonération des cotisations a été souscrite par l'Adhérent, les garanties souscrites sont maintenues avec exonération totale du paiement des cotisations (sous forme de remboursement des cotisations) pendant la durée de versement de l'indemnité. **Cette garantie Exonération des cotisations est comprise dans vos cotisations si vous l'avez souscrite.**

Article 3.3.5 - Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

Les garanties Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) cessent contractuellement dans l'un des cas visés à l'Article 6.5.

Les prestations dues au titre de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) cesseront également d'être versées dans les cas ci-après :

- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par la Mutuelle lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation ;
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par la Mutuelle, indispensables à la poursuite de l'indemnisation.

Garanties	Cas de cessation de versement des prestations
Pour l'I.P.T. rente	<ul style="list-style-type: none"> • dès que l'Assuré reprend son activité professionnelle à temps complet ou partiel, • si son taux d'invalidité devient strictement inférieur à 66% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par la Mutuelle.
Pour l'I.P.P.	<ul style="list-style-type: none"> • dès que l'Assuré reprend son activité professionnelle quelconque, à temps complet. • si son taux d'invalidité devient strictement inférieur à 33% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par la Mutuelle.

Les prestations au titre de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) sont liées à la justification du degré d'invalidité, qui a ouvert droit à la prestation. Toute modification (aggravation ou amélioration) de cet état d'invalidité entraîne la modification correspondante de la prestation telle que définie à l'Article 3.3.3.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du *Prêt* pendant la période d'I.P.T. ou d'I.P.P. ne sera pas prise en compte. Celle-ci sera différée à la fin de la période de prise en charge de l'I.P.T. ou de l'I.P.P. et sous réserve d'une nouvelle sélection médicale et de l'acceptation par la Mutuelle.

Article 3.4 - Les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) et Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)

Vous bénéficiez de tout ou partie de ces garanties si vous avez adhéré avant votre 64ème anniversaire et avant votre départ en

retraite ou en pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail, sous réserve des exclusions définies à l'Article 5, sauf :

- en cas de refus formel de votre part d'adhérer à ces garanties ;
- en cas de refus d'admission à ces garanties par la Mutuelle ;
- En cas de *Prêts* avec différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente-six (36) mois. Cette condition ne concerne pas les *Prêts* à taux zéro.

Article 3.4.1 - Incapacité Totale de Travail (I.T.T.)

À la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident* et sur prescription médicale, vous êtes **temporairement** dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle. En outre vous ne devez exercer aucune autre activité ou occupation même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit.

Si vous êtes sans activité professionnelle au jour du sinistre, vous devez être temporairement dans l'impossibilité totale et continue médicalement constatée (dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une obligation médicale de maintien à domicile) d'effectuer, toute occupation quotidienne, usuelle et de réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

Vous bénéficiez de cette garantie tant que votre état de santé n'est pas consolidé, et dans la limite de mille quatre-vingt-quinze (1095) jours à compter de la date à laquelle vous vous êtes vu prescrire un repos complet et continu. L'Adhérent doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

Le versement des prestations est suspendu durant le congé légal de maternité de l'Adhérente, qu'elle soit ou non salariée. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'Adhérente ne peut pas reprendre son activité du fait de son état pathologique, les garanties de l'adhésion reprendront à compter de l'expiration du congé sous réserve qu'avant le début de ce congé, l'Adhérente ait été indemnisée pendant au moins soixante (60) jours au titre de l'Incapacité Temporaire Totale pour une pathologie identique à celle qui l'empêche de reprendre son activité à l'expiration de son congé légal de maternité.

Article 3.4.2 - Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant, la Mutuelle, après une Incapacité Totale de Travail, versera pendant cent quatre-vingts (180) jours maximum les arrérages de remboursement ou les loyers en cas de crédit-bail venant à *Échéance* à hauteur de 50% du montant garanti sous réserve que l'Adhérent ait été indemnisé pendant au moins soixante (60) jours au titre de l'Incapacité Temporaire Totale au titre de cette adhésion.

Article 3.4.3 - Prestations

La Mutuelle prend en charge les prestations, selon la *Franchise* souscrite à l'adhésion à compter du 31ème, 61ème, 91ème ou du 181ème jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

La Mutuelle n'applique pas de nouvelle *Franchise* si, après une période d'incapacité de travail (I.T.T.) indemnisée par ses soins, vous avez repris une activité professionnelle pendant moins de soixante (60) jours et si vous êtes de nouveau en incapacité de travail pour la même *Maladie*



ou le même *Accident*. Dans tous les autres cas, la Mutuelle applique à nouveau la *Franchise* souscrite à l'adhésion.

En cas d'I.T.T. ou d'I.T.P., donnant droit aux versements des *Échéances* telles que définies ci-dessus, si l'option d'exonération des cotisations a été souscrite par l'*Adhérent*, les garanties souscrites sont maintenues avec **exonération totale du paiement des cotisations (sous forme de remboursement des cotisations)** pendant la durée de versement de l'indemnité. La *Franchise* est celle de l'option choisie par l'*Adhérent*, à l'adhésion, pour la garantie I.T.T. **Cette garantie Exonération des cotisations est comprise dans vos cotisations si vous l'avez souscrite.**

Base de calcul :

L'indemnité versée par la Mutuelle est calculée sur la base des *Échéances de Prêt* selon le type de financement au moment du sinistre, affectées de la *Quotité assurée* dans la limite du montant d'*Échéance* garanti mentionné sur votre Certificat d'adhésion.

Pour les *Prêts* relais et in fine, ainsi que le cas échéant, pendant la période de différé d'amortissement pour les *Prêts* amortissables, seules les *Échéances* d'intérêts et les cotisations d'assurance sont prises en charge par la Mutuelle.

Pour les crédits-bails, les *Échéances* prises en compte sont les loyers venant à *Échéance* tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement dans la limite du montant d'*Echéance* garanti mentionné sur votre Certificat d'adhésion.

Pour les *Prêts* locatifs, la prise en charge correspond au montant de l'*Échéance de Prêt* déduction faite du *Loyer théorique*. Les garanties I.T.T./I.T.P. couvrent les *Prêts* locatifs.

Les *Échéances* trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en *Échéances* mensuelles égales. La Mutuelle verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'*Échéances* intervenant pendant la prise en charge d'un sinistre par la Mutuelle au titre de l'une des garanties I.T.T. ou I.T.P. ;
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non ;
- les *Échéances* des remboursements de *Prêts* ayant un différé total d'une durée supérieure à trente-six (36) mois, sauf pour les *Prêts* à taux zéro ;
- les retards de paiement d'*Échéances*, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le *Prêteur* ;
- le remboursement du capital pour les *Prêts* relais et les *Prêts* in fine ;
- l'option d'achat pour le crédit-bail.

Montant des prestations :

L'indemnité versée par la Mutuelle est fonction du tableau ci-dessous :

Garanties	Taux de prise en charge des <i>Échéances de Prêt</i>
I.T.T.	100 %
I.T.P.	50%

Le montant total des indemnités assurées par la Mutuelle, tous Contrats d'assurances de financement auprès de la Mutuelle et tous réseaux distributeurs confondus, est limité (sauf dérogation) par *Adhérent*, à :

- vingt mille (20 000) euros par mois, au titre de la garantie I.T.T. Et cela dans la limite des montants indiqués au Certificat d'adhésion.

Article 3.4.4 - Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

Les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), et Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) cessent contractuellement dans l'un des cas visés à l'Article 6.5.

Les prestations dues au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), et Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) cesseront également d'être versées dans les cas ci-après :

- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par la Mutuelle lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation ;
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par la Mutuelle, indispensables à la poursuite de l'indemnisation ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'impossibilité totale physique ou mentale de travailler, ou d'accomplir vos tâches quotidiennes usuelles si vous n'exercez pas une activité professionnelle au moment du sinistre ;
- à la *Date de consolidation* de votre état de santé ;
- dès que vous reprenez votre activité professionnelle ;
- au 1096ème jour à compter de la date à laquelle vous vous êtes vu prescrire un arrêt de travail ;
- au jour de la liquidation de vos droits à la retraite ;
- en tout état de cause à l'âge de fin des garanties tel que décrit à l'Article 6.5.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du *Prêt* pendant la période d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) ou d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) ne sera pas prise en compte.

MATERNITE : le service des prestations sera suspendu pendant la durée légale du congé de maternité. Cette période de congé légal sera également appliquée aux *Adhérentes* non salariées.

Article 3.5 - La Garantie Aide à la Famille (G.A.F.)

Les *Adhérents* souscrivant les garanties I.T.T./I.P.T. bénéficient de la G.A.F.

Article 3.5.1 - Conditions d'éligibilité

Les conditions d'éligibilité à la prestation sont les suivantes :

- l'*Assuré* perçoit l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) de manière continue sur toute la période d'indemnisation de la G.A.F. ;
- la reconnaissance de la *Maladie* ou du handicap ou la survenance de l'*Accident grave* de l'enfant de l'*Assuré* doit intervenir après la date d'effet du Contrat d'assurance et avant le 20ème anniversaire de l'enfant ;
- la prestation au titre de la G.A.F. ne peut pas être cumulée avec une autre prestation prévue au Contrat ;
- le *Prêt* assuré doit être lié à l'acquisition de la résidence principale ;
- la mobilisation de la G.A.F. doit intervenir dans les 12 mois suivant la reconnaissance de la *Maladie* ou du handicap ou la survenance de l'*Accident grave* de l'enfant.

Article 3.5.2 - Prestations

Lorsque les conditions d'éligibilité à la prestation sont réunies, celle-ci correspond à 50% de la mensualité assurée en I.T.T., tenant compte de la *Quotité assurée*, proratisée par le nombre de jours pleins indemnisés au titre de l'AJPP sur un mois donné (avec une base maximale de 22 jours d'AJPP par mois). Le versement de la prestation ne pourra pas excéder douze (12) mois sur toute la durée du Contrat quel que soit le nombre d'enfants concernés. L'indemnisation versée au titre de cette garantie est plafonnée à mille cinq cents (1.500) euros par mois et par *Assuré*. S'agissant des *Prêts* in fine, la dernière *Échéance* composée du *Capital restant dû* n'est pas prise en charge au titre de cette prestation.

Article 3.6 - Options facultatives : MNO et Exonération des cotisations

Article 3.6.1 - L'option MNO DOS

Cette option peut être souscrite en complément des garanties I.T.T./I.T.P./I.P.T./I.P.P. uniquement au moment de l'adhésion. Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'*Assuré* d'allègement des

NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

exclusions en cas d'incapacité ou d'invalidité, mentionnées à l'Article 5. Les sinistres résultant des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires, sont couverts sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

Article 3.6.2 - L'option MNO DOS/PSY

Cette option peut être souscrite en complément des garanties I.T.T./I.T.P./I.P.T./I.P.P. uniquement au moment de l'adhésion.

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègement des exclusions en cas d'incapacité ou d'invalidité, mentionnées à l'Article 5. Les sinistres résultant de toutes les *Maladies* psychiques ou psychiatriques énumérées à cet article, ou résultant des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires, sont couverts sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

Article 3.6.3 - L'option Exonération des cotisations

En cas d'I.T.T. ou d'I.T.P., d'I.P.T. en rente ou d'I.P.P. donnant droit aux versements des *Échéances* telles que définies ci-dessus, si l'option d'exonération des cotisations a été souscrite par l'Adhérent, les garanties souscrites sont maintenues avec exonération totale du paiement des cotisations (sous forme de remboursement des cotisations) pendant la durée de versement de l'indemnité.

Article 3.7 - La garantie Invalidité Spécifique AERAS (G.I.S.)

Vous bénéficiez de la garantie invalidité spécifique AERAS, lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- votre état de santé est consolidé ;
- votre taux d'incapacité/d'invalidité fonctionnelle tel que défini à l'Article 3.4.3, apprécié par le médecin désigné par la Mutuelle par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70%.

La prestation garantie, l'âge limite à respecter à l'adhésion pour pouvoir bénéficier de cette garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion contractuelles sont identiques à celles définies pour les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), 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.

La garantie Invalidité Spécifique AERAS garantit les suites et conséquences des seules *Affections* déclarées, dont la Mutuelle a eu connaissance lors de l'admission à l'assurance.

Le paiement des prestations cesse :

- **à défaut de présentation des justificatifs requis par la Mutuelle**, pour la poursuite de l'indemnisation ;
- **en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par la Mutuelle** lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation ;
- **dès que**, par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, **votre taux d'incapacité fonctionnelle devient strictement inférieur à 70 %** ;
- **dès que vous reprenez une activité professionnelle**, même à temps partiel **ou que suite à un contrôle médical initié par le médecin conseil de la Mutuelle, vous êtes reconnu capable d'exercer une activité professionnelle ou non professionnelle**, même partielle.

ARTICLE 4 — TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le MONDE ENTIER, pour tout déplacement (à titre personnel, professionnel ou humanitaire) à l'étranger sans limitation en termes de durée de séjour.

Cependant, il est expressément stipulé que (y compris pour les *Adhérents* résidant fiscalement hors du territoire français) les prestations au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.), d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ne sont servies par la Mutuelle que si l'état de santé de l'Adhérent est médicalement constaté en France (France continentale, Corse et DROM-COM), les frais de déplacement engagés par l'Adhérent pour s'y rendre restant à sa charge. En cas d'impossibilité totale de l'Adhérent de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical) un expert français pourra être diligenté par la Mutuelle sur le territoire concerné. Les frais de déplacement de l'expert resteront à la charge de l'Adhérent sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par l'expert français.

ARTICLE 5 — LES EXCLUSIONS ET LIMITES DE PRISE EN CHARGE

La Mutuelle couvre **à titre principal** les risques de Décès (DC), de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), et **à titre facultatif** les risques d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) et le cas échéant la garantie invalidité spécifique AERAS, **sous les réserves prévues par le Code de la Mutualité et à l'exclusion des suites et conséquences des événements indiqués dans le tableau ci-après.**

Attention, les exclusions dépendent des garanties pour lesquelles vous êtes assuré.



ÉVÈNEMENTS	Garantie temporaire Décès Accidentel Décès toutes causes Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) Invalidité spécifique AERAS (G.I.S.)
Le suicide de l'Assuré s'il survient lors de la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion, sauf si le Prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, défini à l'Article L.132-7 du Code des Assurances. Dans ce cas toutefois, seul le montant du Prêt dans la limite du plafond de cent vingt mille (120 000) euros défini à l'article R.132-5 du Code des Assurances est garanti.	✓ (Ne concerne que la garantie Décès Toutes causes)	
Les suites et conséquences d'une Incapacité ou d'une Invalidité en cours à la date d'effet des garanties ne peuvent mettre en jeu les garanties prévues au contrat. Les <i>Maladies</i> et <i>Accidents</i> dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet du contrat et non déclarés lors de la demande d'adhésion sur le questionnaire d'état de santé.	✓	✓
La guerre lorsque la France est partie prenante. La participation active de l'Adhérent à des faits de rixe, d'émeute, d'insurrection, de délit, de crime, de mouvement populaire, de guerre civile ou étrangère, d'acte de terrorisme et/ou de sabotage. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsque ces faits ont été commis en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel. Les événements causés ou aggravés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome, ou tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou toute autre source de rayonnements ionisants. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsque le sinistre provient du mauvais fonctionnement d'un instrument médical, ou d'une mauvaise manipulation de celui-ci, dans le cadre d'un traitement suivi par l'Adhérent.	✓	✓
Les suites et conséquences directes ou indirectes d'Accidents liés à la modification de la structure du noyau atomique ainsi que les conséquences directes ou indirectes d'Accidents liés aux rayonnements nucléaires et ionisants ou de la transmutation de l'atome qui ne sont pas en rapport avec un traitement médical.	✓	✓
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.	✓	✓
La participation de l'Adhérent à un record, une tentative de records, une démonstration, un pari ou un essai, de toutes natures.	✓	✓
L'usage de drogues, stupéfiants, produits toxiques et hallucinogènes. L'usage de tranquillisants ou de médicaments non prescrits par une autorité médicale ou au-delà des doses prescrites par celle-ci.	✓	✓
Les <i>Accidents</i> ou <i>Maladies</i> résultant du fait volontaire de l'Adhérent, y compris les tentatives de suicide ou de mutilation.	✓ (Ne concerne que la garantie Décès Toutes causes)	✓
Les suites et conséquences résultant de la pratique des sports suivants : alpinisme, arts martiaux de compétition, bobsleigh, canyoning, chasse à courre, cyclisme de compétition, équitation, escalade, motonautisme, plongée sous-marine (à plus de 10m de profondeur sans bouteille, à plus de 40m de profondeur avec bouteille), 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 ouverte et balisée 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, autres sports mécaniques ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant. Toutefois, les exclusions ci-dessus ne sont pas applicables dans les cas suivants : • si ces activités sportives sont déclarées lors de l'adhésion et ont fait l'objet de l'acceptation expresse de la Mutuelle et le cas échéant d'une tarification spécifique ;	✓	✓

NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

ÉVÈNEMENTS	Garantie temporaire Décès Accidentel	Incapacité Totale de Travail (I.T.T.)
	Décès toutes causes Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) Invalidité spécifique AERAS (G.I.S.)
(suite) OU • si ces activités sportives sont encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que le <i>Bénéficiaire</i> de la prestation établit que la pratique de l'activité par l' <i>Adhérent</i> a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.	✓	✓
Le congé maternité, paternité et le congé d'adoption prévu par le code du travail, y compris par assimilation pour les personnes non salariées.		✓
La conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la route français, ou du pays où a lieu l' <i>Accident</i> si le taux d'alcool maximum autorisé par la réglementation locale est plus faible.	✓	✓
Les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice ou réparatrice consécutive à un <i>Accident</i> ou à une <i>Maladie</i> couvert par l' <i>Adhésion</i> .		✓
Les dépressions endogènes ou réactionnelles, les troubles anxiodépressifs, et névrotiques, l'hypersomnie ou l'insomnie, le burn-out, l'épuisement, les troubles du comportement et de la personnalité, les TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs), les psychoses aiguës ou chroniques, les troubles bipolaires, la fibromyalgie et l'asthénie, sauf si ceux-ci nécessitent une hospitalisation de plus de 9 jours continus. La souscription de l'option MNO DOS/PSY permet de couvrir ces <i>Affections</i> sans condition d'hospitalisation.		✓
Une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, arthrose, discopathie, pincement discal, canal cervical étroit, radiculalgie, lombocruralgie, lombosciatalgie, lombosciatique, sciatique, canal lombaire rétréci et/ou étroit, spondylolisthésis, <i>Maladie</i> de Scheuermann, <i>Maladie</i> de Forestier et Rotès Queroi, ostéoporose, tassement vertébral ostéoporotique, scoliose, cyphose, lordose, sauf si cette atteint nécessite une intervention chirurgicale ou une hospitalisation de plus de 5 jours continus pendant cette incapacité. La souscription de l'option MNO DOS ou MNO DOS/PSY permet de couvrir ces <i>Affections</i> sans condition d'hospitalisation ni d'intervention chirurgicale.		✓

✓ Exclusion applicable

■ Exclusion applicable

ARTICLE 6 — VIE DU CONTRAT

Article 6.1 - Prise d'effet des garanties

Article 6.1.1 - Adhésion pour les nouveaux Prêts

Les garanties prennent effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve :

- que l'acceptation de l'offre ou du contrat de *Prêt* par le dernier signataire intervienne dans les 6 (six) mois (ou 12 (douze) mois pour les *Prêts* différés), suivant l'envoi à l'*Adhérent* de la notification de couverture

par la Mutuelle (cf. Article 6.3) ;

- et que le premier décaissement intervienne dans les six (6) mois (ou douze (12) mois pour les *Prêts* différés), suivant l'acceptation de l'offre ou du contrat de *Prêt* ;
- et du paiement de la première cotisation d'assurance dans le délai mentionné ci-avant.

Article 6.1.2 - Adhésion dans le cadre d'une substitution d'assurance
Conformément aux dispositions de l'article L221-10 du Code de la Mutualité les garanties prennent effet dix (10) jours après la réception par



la Mutuelle de la décision du *Prêteur* ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le *Prêteur* si celle-ci est postérieure.

Article 6.2 - Durée des garanties

La durée maximale de l'assurance, décomptée à partir de la date d'effet des garanties, est fonction de l'Âge de l'Adhérent et de l'âge limite de la dernière garantie active (la garantie Décès), dans la limite de la durée du Prêt garanti. Elle correspond à la période comprise entre la date de prise d'effet des garanties et leurs dates de cessation stipulées au 6.5 ci-après.

Article 6.3 - Les formalités pour être assuré

Si la part assurée sur votre encours cumulé de contrats de Prêt n'excède pas deux cent mille (200 000) euros et si l'Échéance de remboursement du Prêt contracté intervient avant votre 60ème anniversaire, vous n'avez aucune déclaration de santé à faire pour l'assurance des Prêts visés au 1 de l'article L. 313-1 du Code de la consommation.

Nous attirons votre attention cependant sur le fait que la déclaration de votre encours à la souscription est déterminant pour la suite donnée à votre contrat. Ainsi, en cas de fausse déclaration sur l'encours mentionné n'ayant pas permis à MUTLOG d'appliquer les formalités médicales voulues, votre assurance sera immédiatement annulée, conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité.

Vous devez uniquement compléter et signer la demande d'adhésion, ainsi que le mandat SEPA et un RIB ou RICE ou RIP. Dans les autres cas, vous devez compléter et signer la demande d'adhésion, le mandat SEPA et un RIB ou RICE ou RIP ainsi que le questionnaire de santé joint à la demande. Par ailleurs, quand cela est demandé, vous devrez vous soumettre aux formalités médicales précisées par la Mutuelle lors de la demande. Les formalités médicales d'adhésion dépendent, pour chaque *Adhérent*, de son âge, du montant du financement à assurer et du solde éventuel des capitaux restants assurés, tel que défini à l'Article 2.3, au titre de financements antérieurs garantis par la Mutuelle. Vos déclarations sont valables six (6) mois à compter de leur émission. A réception du dossier de demande d'adhésion, le médecin conseil de la Mutuelle peut vous demander un complément d'information ou des examens médicaux complémentaires.

La Mutuelle peut :

- ACCEPTER votre demande :
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
 - sans restriction ou en excluant tout ou partie d'un risque (médical, sportif, professionnel...) ou en refusant certaines garanties.

Si la Mutuelle vous propose un taux majoré, l'exclusion de tout ou partie du risque ou le refus de certaines garanties, vous devrez, si vous les acceptez, marquer votre accord (bon pour accord daté signé par l'*Adhérent*) sur la lettre de notification puis l'envoyer à la Mutuelle pour validation.

La proposition de la Mutuelle est valable quatre (4) mois que l'acceptation soit au tarif standard ou en cas de conditions particulières. Le Certificat d'Adhésion est émis après signature de la Demande d'Adhésion dans ce délai. **Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le Proposant.**

- REFUSER votre demande.

Attention : En cas de souscription d'un Prêt relais « sec » (ne contient qu'un crédit relais contrairement au Prêt relais « adossé » qui combine un crédit relais et un crédit immobilier classique permettant de financer le complément nécessaire à l'achat) ou si l'Adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou s'il refuse les conditions proposées par la Mutuelle, les honoraires des actes médicaux demandés lors de la demande d'adhésion resteront, à la seule charge de l'Adhérent (sauf en cas de surprime, de refus partiel ou total).

La Mutuelle s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS consultable notamment sur le site aeras-infos.fr.

Si les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) vous sont accordées en excluant certaines pathologies, la Mutuelle vous proposera chaque fois que cela sera possible, pour les *Prêts* visés par la convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.) (cf. Article 3.7).

La garantie Invalidité Spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée comme telle sur la lettre de notification de l'acceptation par la Mutuelle.

De plus, si l'éventuelle majoration de cotisation demandée par la Mutuelle, visée par la convention AERAS, a pour effet que votre cotisation globale représente plus de 1,4 point dans le taux effectif global (T.E.G.) de votre emprunt, vous serez informé des conditions à respecter pour que celle-ci soit limitée à 1,4 point ou au taux contractuel sans majoration si ce taux est supérieur à 1,4. Ces conditions d'éligibilité à cet écrêtement des surprimes définies par la convention AERAS sont rappelées sur la lettre de notification de l'acceptation par la Mutuelle.

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations déclarées et/ou fournies à la Mutuelle entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 221-14 et L 221-15 du Code de la Mutualité et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Article 6.4 - Changement de situation - Modification du contrat

Article 6.4.1 - Modification de la situation personnelle de l'Adhérent
Sous réserve des dispositions de l'Article 5 et de l'Article 8, les modifications de situation personnelle de l'Adhérent en cours d'adhésion n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Article 6.4.2 - Modification du contrat de financement

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des *Prêts* couverts par le présent contrat en cours d'adhésion, l'*Adhérent* doit en informer la Mutuelle dès qu'il en a connaissance et lui transmettre le justificatif de l'Organisme *Prêteur* (Tableau d'amortissement et attestation) par lettre recommandée avec accusé de réception et au maximum dans un délai de quatre (4) mois. En cas de déclaration hors délai, la Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au Certificat d'Adhésion à la date de réception, étant précisé que toute cotisation perçue au titre de la période antérieure ne donnera lieu à aucun remboursement. En cas de remboursement anticipé total : la Mutuelle procédera à la résiliation de l'adhésion 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 procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du *Prêt* et pourra être amené à rembourser une fraction des cotisations payées. Dans tous les cas, la rétroactivité sera limitée à quatre (4) mois. En cas de déclaration hors délai, la Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au Certificat d'Adhésion à la date de réception. En cas de modification du capital *Adhérent* intervenant avant la prise d'effet des garanties, la Mutuelle se réserve le droit d'exiger de nouvelles formalités médicales ou complément d'information. Si l'*Adhérent* ne se soumet pas au(x) demande(s) de la Mutuelle, cette dernière se réserve le droit de refuser la modification du capital. Dès lors que l'adhésion a pris effet, vous n'avez aucune nouvelle formalité d'admission à accomplir si, après modification du contrat de financement assurable, l'ensemble des conditions suivantes sont remplies :

- la durée du financement n'est pas prorogée de plus de quatre (4) ans.
- l'augmentation du capital assuré n'excède pas quarante-cinq mille (45 000) euros à la date de modification du financement, en particulier en cas de changement de *Quotité assurée*.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

Ces conditions s'appliquent également dans le cas où un plan de règlement d'une situation de surendettement serait mis en œuvre.

Si l'une de ces deux (2) conditions n'est pas remplie, vous devez compléter une nouvelle demande d'adhésion assujettie aux mêmes dispositions que lors d'une demande d'adhésion initiale (cf. Article 6.3).

Tant que la Mutuelle n'a pas statué sur cette nouvelle demande d'adhésion ou si vous refusez ou ne donnez pas suite aux nouvelles conditions de couverture proposées par la Mutuelle pour la prise en compte de cette modification, vous restez garanti aux conditions précédemment en vigueur.

L'Adhérent devra impérativement informer MUTLOG par tout moyen à sa convenance, de toute modification des conditions initiales de sa souscription, que cette modification porte sur ses informations personnelles (adresse, Relevé d'Identité Bancaire...), comme sur les caractéristiques de l'opération de crédit (vente du bien objet du Prêt, modification de la nature de ce Prêt en Prêt personnel...), ou ses modalités de financement (montant, durée...). Ces modifications peuvent générer un avenant au certificat d'adhésion initial, voire une résiliation de contrat (en cas de vente du bien objet du Prêt).

Article 6.4.3 - Modification des garanties

Les demandes de modifications des garanties ou diminution de la *Quotité assurée* par l'Adhérent ne pourront être effectuées sans le consentement exprès de l'Organisme Prêteur.

Elles peuvent donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion, à un délai d'attente de trois (3) mois sur l'augmentation des garanties et sont soumises à l'accord de la Mutuelle.

Article 6.5 - Cessation des garanties

Vos garanties et les prestations cessent **en tout état de cause, à l'âge limite de couverture fixé pour chaque garantie**, c'est-à-dire :

Garanties obligatoires :

Décès (DC)	Au 31/12 qui suit le 90ème anniversaire de l'Adhérent
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	Au 31/12 qui suit le 71ème anniversaire de l'Adhérent

Garanties complémentaires et options facultatives :

Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) y compris Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) et Aide à la Famille (G.A.F.)	Au plus tôt, dès la prise d'effet de la retraite de l'Adhérent à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'inaptitude au travail ou, selon le choix fait par l'Adhérent à la souscription et inscrit dans la demande d'adhésion et au certificat d'adhésion, au plus tard :
Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), y compris I.P.T. capital ou Invalidité Spécifique AERAS (GIS)	<ul style="list-style-type: none"> • Au 31/12 qui suit le 65ème anniversaire de l'Assuré OU • Au 31/12 qui suit le 67ème anniversaire de l'Assuré OU • Au 31/12 qui suit le 71ème anniversaire de l'Assuré
Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)	<ul style="list-style-type: none"> • Au 31/12 qui suit le 71ème anniversaire de l'Assuré
Option MNO	La souscription de l'IPT en capital est exclue pour les Prêts dont les garanties complémentaires cessent au 31/12 qui suit le 71ème anniversaire de l'Adhérent.

Vos garanties et les prestations cessent également :

- au terme normal ou anticipé du Prêt ;
- à la date de notification de la d'Échéance du terme par l'organisme Prêteur ;
- à la date à laquelle l'Adhérent résilie son engagement de Caution ;
- en cas de paiement de la prestation par la Mutuelle suite à la mise en jeu de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ou de la garantie Décès (DC) ;
- en cas de paiement de la prestation par la Mutuelle suite à la mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) si l'Adhérent choisit l'I.P.T. Capital ;
- à la date de résiliation effective de l'adhésion par l'Adhérent (cf. Article 6.6) ;
- en cas de non-paiement des cotisations d'assurance ;
- en cas de fausse déclaration intentionnelle (L221-14 du Code de la Mutualité) lors de l'adhésion ;
- en cas de transfert du Prêt au nom d'un autre Emprunteur ;
- en cas de non-déblocage du Prêt dans les six (6) mois (ou douze (12) mois pour les Prêts différés) suivant la date de signature de la demande d'adhésion. Les cotisations perçues au titre de cette période restent acquises à l'assureur et ne sont pas remboursables.

Article 6.6 - Résiliation de l'assurance associée à des Prêts immobiliers relevant de l'article L.313-1 du Code de la consommation à l'initiative de l'Adhérent

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, l'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de Prêt définie à l'article L. 313-25 du Code de la consommation.

Cette résiliation ne peut intervenir qu'après que l'Adhérent a demandé au Prêteur la substitution de son adhésion par un autre contrat d'assurance Emprunteur, présentant a minima les mêmes garanties et que l'Adhérent a accepté et renvoyé l'avenant modificatif à l'offre de Prêt immobilier établie par le Prêteur en application de l'article L. 313-39 du Code de la consommation, en cas de consentement de celui-ci à



sa demande de substitution de contrat.

L'Adhérent doit formuler sa demande de substitution et par la suite, de résiliation, auprès du Prêteur, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

En cas d'acceptation de substitution d'assurance par le Prêteur, la résiliation de l'adhésion au présent contrat d'assurance prend effet dix (10) jours après la réception de la décision du Prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus de substitution d'assurance par le Prêteur ou le client, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

Article 6.7 - Résiliation de l'assurance associée à des Prêts immobiliers ne relevant pas de l'article L. 313-1 du Code de la consommation

Pour les Prêts immobiliers ne relevant pas de l'article L. 313-1 du Code de la consommation, sont possibles la résiliation annuelle pour diminution du risque à l'initiative de l'Adhérent sur le fondement de l'article L221-10 du Code de la Mutualité.

Article 6.8 - Résiliation de l'assurance associé à des Prêts autre que immobiliers

Pour les Prêts autre que immobiliers, la résiliation peut se faire : chaque année à la date anniversaire du contrat, en respectant un préavis de deux (2) mois, par l'envoi d'un courrier adressé au Gestionnaire avec l'accord de l'Organisme prêteur.

L'Adhérent devra adresser sa demande par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à l'adresse suivante :



Sur internet à l'adresse suivante :

<https://www.ugipassurances.com/resiliation-contrat>



Par courrier à l'adresse suivante :

UGIP ASSURANCES
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3

ARTICLE 7 — COTISATION

Article 7.1 - Calcul de la cotisation

Vous vous engagez à payer les cotisations d'assurance aux conditions fixées par la Mutuelle.

Les cotisations sont déterminées à l'adhésion et sont garanties sur toute la durée du contrat. Elles pourront évoluer en cas de modification des garanties ou d'évolution législative ou réglementaire en matière sociale ou fiscale.

Lors de l'adhésion, l'Adhérent choisit entre :

- des cotisations variables : le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Adhérent et du *Capital restant dû* ;
- des cotisations constantes : le montant reste fixe pendant toute la durée de l'adhésion.

L'option de tarification choisie à l'adhésion est irrévocable. La cotisation d'assurance dépend :

- du montant du Prêt à la date d'effet des garanties et du montant du *Capital restant dû* à chaque renouvellement de l'adhésion pour les années suivantes ;
- de la *Quotité assurée* ;
- de l'Âge de l'Adhérent à la date d'effet des garanties pour la première année, puis de l'âge atteint de l'Adhérent à chaque renouvellement de l'adhésion ;
- de la formule choisie lors de l'adhésion ;
- des tarifs et majorations en vigueur lors de l'adhésion ;

- de la profession ;
- et du statut *Fumeur/non-Fumeur* de l'Adhérent ;
- de la territorialité à l'adhésion.

L'échéancier des cotisations est fixé et communiqué lors de l'adhésion.

Les taux de cotisations sont fixés à l'adhésion et sont maintenus pendant toute la durée de l'adhésion, sous réserve de conservation des garanties souscrites et sauf évolution fiscale.

Pour permettre le prélèvement des cotisations d'assurance, il est nécessaire de transmettre un mandat SEPA et vos coordonnées bancaires (RIB ou RICE ou RIP).

Après un remboursement anticipé partiel, les cotisations restantes dues sont recalculées sur la base du *Capital restant dû* après cette opération.

Le coût de l'assurance est mentionné sur l'offre ou le contrat de Prêt, ou sur l'avenant à ce contrat de Prêt en cas d'adhésion suite à substitution. **Votre première cotisation est due dès la prise d'effet des garanties.**

Une prise en charge au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), ou de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) et, le cas échéant, de la garantie Invalidité Spécifique AERAS ne suspend pas votre obligation de paiement de vos cotisations d'assurance, même si elles vous sont remboursées ultérieurement si vous avez souscrit l'option d'exonération des cotisations.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'Échéance suivant la date de résiliation. Les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux (2) années de cotisation.

En cas de refus de substitution d'assurance par le Prêteur ou le client, de refus du (des) Prêt(s) par l'Organisme Prêteur, l'Adhérent doit déclarer à la Mutuelle ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les quatre (4) mois, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) Prêt(s) perçues par la Mutuelle, lors de l'adhésion, seront alors intégralement remboursées et l'adhésion sera alors réputée ne jamais avoir pris effet.

En cas de déclaration dans un délai supérieur à quatre (4) mois à compter de la date de refus du (des) Prêt(s) par l'Organisme Prêteur : la Mutuelle procédera à la résiliation de l'adhésion dans les mêmes conditions qu'une résiliation faisant suite à un remboursement anticipé total du Prêt.

Article 7.2 - Paiement des cotisations

L'Adhérent doit s'acquitter des cotisations aux dates convenues et selon les modalités fixées ci-dessus. La cotisation est prélevée automatiquement sur le compte bancaire support du Prêt.

En cas d'échec du prélèvement, le montant de la cotisation impayée sera représenté lors du prélèvement du mois suivant. Ce nouveau prélèvement inclut des frais liés au rejet de paiement.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours qui suivent son Échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Ce courrier rappelle que, conformément à l'article L. 221-8 du Code de la Mutualité si la ou les cotisations ou fractions de cotisations dues ne sont toujours pas payées trente (30) jours après son envoi, les garanties et options sont suspendues.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

A défaut de paiement, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité dix (10) jours après expiration de ce délai de trente (30) jours. La Mutuelle informe le *Prêteur* du non-paiement par l'*Emprunteur* de sa prime d'assurance.

Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre de mise en demeure sont à la charge de l'*Adhérent* ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 8 — MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

Article 8.1 - Déclaration de sinistre

Article 8.1.1 - Délai de déclaration

La déclaration de sinistre au titre de la garanties Décès (DC) doit intervenir le plus tôt possible et au plus tard dans les douze (12) mois à compter de la date de l'évènement. La déclaration de sinistre au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ou Invalidité Spécifique AERAS doit intervenir le plus tôt possible et au plus tard dans les six (6) mois à compter de la date de l'évènement. **Passé ce délai, si votre déclaration tardive venait à causer un préjudice à la Mutuelle, vous (ou vos ayants droits) seriez alors déchu de vos droits.**

La déclaration de sinistre au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) doit intervenir le plus tôt possible, au plus tard dans les six (6) mois qui suivent le premier jour d'arrêt et avant la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle.

Passés ces délais, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

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

Quelle que soit la garantie à mettre en jeu, le sinistre doit être déclaré directement à UGIP ASSURANCES :

Par mail à l'adresse suivante :
sinistres@ugip.org

Par courrier à l'adresse suivante :
SERVICE MEDICAL - À l'attention du Médecin Conseil
UGIP ASSURANCES
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3

Article 8.1.2 - Documents à fournir

Dans le cadre de l'exécution de l'adhésion, le médecin conseil de la Mutuelle pourra demander à l'*Adhérent*, ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel et le secret médical. L'*Adhérent*, agissant pour son compte, ou ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que la Mutuelle s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel et du secret médical. Les documents médicaux peuvent être adressés au médecin conseil de la Mutuelle à l'adresse ci-dessus.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'*Adhérent*, ou ses ayants droit, devra **obligatoirement** communiquer à la Mutuelle tous les documents (rédigés en français) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge).

Pour la garantie Décès :

- la copie intégrale de l'acte de décès ;
- le certificat médical fourni par la Mutuelle dûment rempli et signé par le médecin traitant ou à défaut le médecin ayant constaté le décès accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès ;
- une attestation fournie par la Mutuelle dûment remplie et signée par les ayants-droits de l'*Adhérent* ;
- si le décès résulte d'un *Accident* ou d'une mort non naturelle, la copie du rapport de police ou de gendarmerie ou de tout autre justificatif en possession expliquant les circonstances du décès ;
- une attestation de l'Organisme *Prêteur* indiquant le montant restant dû au jour du décès et le tableau d'amortissement au jour du décès ;
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amenée à demander pour la justification du décès.

Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

- le certificat médical fourni par la Mutuelle dûment rempli et signé par votre médecin traitant ;
- l'attestation fournie par la Mutuelle dûment remplie et signée par l'*Adhérent* ou son représentant légal ;
- **si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé**, la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 3ème catégorie avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité sociale ou la copie de la notification d'attribution de la rente *Accident* du travail à 100 % avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité sociale ;
- **si vous êtes travailleur non salarié**, la copie de la notification d'attribution d'un titre de pension d'invalidité totale et définitive à toute activité avec majoration pour tierce personne établie par la caisse d'affiliation dont vous dépendez ;
- une attestation de l'Organisme *Prêteur* indiquant le montant restant dû au jour du sinistre et le tableau d'amortissement ;
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amenée à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour la garantie Invalidité Spécifique AERAS (G.I.S.) :

- le certificat médical fourni par la Mutuelle dûment rempli et signé par votre médecin traitant ;
- **si vous êtes salarié**, la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 2ème catégorie de la Sécurité sociale ;



- **si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé**, la copie de la notification d'attribution d'une mise à la retraite pour invalidité, d'une mise en congé longue durée (C.L.D.) ou de la perception d'une pension d'invalidité (civile ou retraite anticipée) ;
- **si vous êtes travailleur non salarié**, la copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité totale et définitive ;
- le tableau d'amortissement au jour de l'invalidité spécifique AERAS ;
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amenée à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), y compris Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) :

- le certificat médical fourni par la Mutuelle dûment rempli et signé par le médecin traitant ;
- l'attestation fournie par la Mutuelle dûment remplie et signée par l'Adhérent ;
- la copie des certificats médicaux initiaux et de prolongation d'arrêt de travail ou d'incapacité à vos activités non professionnelles sans discontinuité dans les dates d'arrêt de travail ;
- la copie des bordereaux d'indemnités journalières réglées par la Sécurité sociale ou par la caisse dont vous dépendez y compris ceux émanant des organismes complémentaires (si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé) ;
- **si vous êtes fonctionnaire**, la copie des notifications du placement en congé de *Maladie* ordinaire (C.M.O.), en congé de longue *Maladie* (C.L.M.) et le cas échéant en congé de longue durée (C.L.D.) ;
- **si vous êtes Conjoint collaborateur** non rémunéré, un extrait K- BIS actualisé justifiant de cette qualité au jour du sinistre ;
- en cas de rechute, un certificat médical établi par votre médecin traitant précisant qu'il s'agit de la même *Maladie* et/ou d'une nouvelle *Maladie* résultant du sinistre initial ainsi que la copie de l'arrêt de travail mentionnant la rechute ;
- la copie de la notification d'attribution d'une pension ou rente d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité sociale, la commission de réforme ou tout organisme assimilé dont vous dépendez ;
- la copie des justificatifs de paiement de pension ou rente ;
- un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail ;
- le tableau d'amortissement ;
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amenée à vous demander pour la justification de l'état d'incapacité.

Si le sinistre survient pendant la période V.E.F.A. (Vente en Etat Futur d'Achèvement) ou avant la remise des clés : la copie des déblocages de fonds successifs.

Si le sinistre survient après la consolidation du Tableau d'Amortissement :

- la copie intégrale de l'offre de *Prêt* (voire de celle du plan de financement) ;
- dans le cas d'un *Prêt locatif* :
 - la copie intégrale du contrat de bail ;
 - la copie intégrale du dernier avis d'imposition ;
 - si le bien est déclaré à nu au jour du sinistre, en sus, une attestation sur l'honneur mentionnant notamment la date depuis laquelle il n'est pas loué.
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amenée à demander pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

Pour la Garantie Aide à la Famille (G.A.F.)

- l'attestation de paiement établie mensuellement par la Caisse des Allocations Familiales ou de la MSA de l'Allocation Journalière de Présence Parentale, définie aux articles L544-1 à L544-9 du code de la sécurité Sociale ;
- toute pièce nécessaire à établir la reconnaissance de l'état de santé de l'enfant et la date de cette reconnaissance.

ARTICLE 9 — LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le *Prêteur* est *Bénéficiaire* acceptant des prestations garanties, à

concurrence des sommes qui lui sont dues.

Le surplus éventuel est versé :

- soit selon la clause standard : au conjoint de l'*Adhérent*, non décédé, non divorcé, non séparé de corps ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés en cas de décès, par parts égales entre eux, à défaut aux parents par parts égales entre eux, à défaut aux héritiers ou ayants droit par parts égales entre eux ;
- soit selon la clause particulière, offrant la possibilité de désigner une personne physique à l'*Adhérent* qui désigne le *Prêteur* comme *Bénéficiaire* pour une quotité inférieure à 100% des montants garantis au titre de la présente adhésion. Elle permet à l'*Adhérent* de désigner un ou plusieurs *Bénéficiaire(s)* personne(s) physique(s) de son choix, autre que le *Prêteur*, pour une quotité qu'il aura déterminée. La *Quotité assurée* au bénéfice du *Prêteur* additionnée à celle assurée ne doit pas dépasser 100% du montant du capital emprunté. Le(s) *Bénéficiaire(s)* sont nommés dans la demande d'adhésion où doit figurer, le nom, prénom, date de naissance et lieu de naissance et adresse de la/des personne(s) désigné(s).

Le(s) *Bénéficiaire(s)* sont modifiables pendant toute la durée de l'adhésion. La désignation peut être faite sous seing privé (lettre) ou par acte authentique (testament chez un notaire) ou par avenant. Cette modification doit être adressée à UGIP ASSURANCES, 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3 par voie postale dûment daté, signé, informant de cette nouvelle désignation *Bénéficiaire* (aucune modification ne pourra intervenir sans l'accord du *Bénéficiaire* acceptant).

En l'absence de clause *Bénéficiaire* conforme ou en cas de caducité de la clause particulière au jour du décès de l'*Adhérent*, les sommes dues seront versées conformément à la clause contractuelle standard reprise ci-dessus.

Par ailleurs, en cas de pluralité de *Bénéficiaires* de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part lui ou leur revenant sera répartie entre le(s) *Bénéficiaire(s)* survivant(s) de même rang au prorata de leurs parts respectives.

Enfin, en cas de prédécès de tous les *Bénéficiaires* désignés, la clause contractuelle standard s'applique en lieu et place de la clause particulière.

Le bénéfice de la quote part assurée revenant au *Bénéficiaire* en cas de décès de l'*Adhérent* ne peut être versée s'il est condamné pour avoir causé volontairement le décès de l'*Adhérent* (article L.223-23 du Code de la Mutualité).

ARTICLE 10 — PRESTATIONS, CONTROLE ET EXPERTISE

L'attention de l'*Adhérent* est attirée sur le fait qu'il n'existe pas de lien entre l'incapacité et l'invalidité telles que définies dans la présente notice d'information et celles retenues par la Sécurité sociale ou tout autre caisse d'affiliation. La reconnaissance d'un état d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout autre organisme d'affiliation ne s'impose pas à la Mutuelle qui est tenu par la seule définition figurant dans la présente notice d'information. Les décisions de la Sécurité sociale ou autres caisses d'affiliation sont inopposables à la Mutuelle.

Article 10.1 - Prestations

Les prestations dues aux titres des garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) sont servies selon les modalités évoquées aux Articles 2, 3, 4, 5, 6 ou 8.

Les prestations liées aux garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ne sont servies que si l'état de santé de l'*Adhérent* est médicalement constaté en France (France continentale, Corse et

NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

DROM-COM), les frais de déplacement engagés par l'Adhérent pour s'y rendre restent à sa charge.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du médecin conseil de la Mutuelle et celles de la Sécurité sociale ou de tout autre régime obligatoire dont dépend l'Adhérent.

Article 10.2 - Contrôle médical, Expertise médicale et Tierce Expertise

Le médecin conseil de la Mutuelle peut à tout moment procéder à un contrôle médical en demandant toutes pièces qu'il estimera nécessaire que cela soit au moment de la mise en jeu d'une des garanties ou en cours de prise en charge.

De même, le médecin conseil de la Mutuelle, en cas de sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS (G.I.S.), Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), peut, à tout moment, contrôler votre état de santé en diligentant auprès du médecin expert de son choix, agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France une expertise médicale, à ses frais.

Vous pouvez vous présenter seul à cette expertise ou si vous le souhaitez, être accompagné du médecin de votre choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France, à vos frais. Quel que soit votre choix, vous devez apporter votre dossier médical entier.

Les conclusions de l'expertise diligentée par la Mutuelle peuvent amener à la cessation du versement des prestations et le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées. Si vous vous opposez à un contrôle médical ou expertise médicale, la garantie sollicitée ne pourra pas produire ses effets ou le paiement des prestations cessera immédiatement.

À la suite de l'expertise médicale, vous pouvez contester la décision du médecin expert par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à la Mutuelle dans un délai de trente (30) jours après en avoir eu connaissance.

La Mutuelle vous proposera alors de vous soumettre à une nouvelle expertise confiée à un tiers expert. Le choix de ce tiers expert intervient d'un commun accord entre vous et la Mutuelle. Ce choix pourra se faire parmi une liste d'experts inscrits auprès de la cour d'appel de votre domicile.

Les honoraires de ce tiers expert sont répartis pour moitié par parts égales entre vous et la Mutuelle. Vous pouvez vous faire assister lors de l'expertise par toute personne de votre choix, y compris un médecin.

La Mutuelle peut aussi se faire assister par un médecin lors de cette expertise. Chacun conserve à sa charge les honoraires inhérents à cette représentation et ses frais. Le paiement des prestations est suspendu tant que cette procédure est en cours. Les conclusions de l'expertise contradictoire s'imposeront à la Mutuelle et à l'Adhérent.

ARTICLE 11 — PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 221-11 à L. 221-12 du Code de la Mutualité, reproduits ci-après :

Toutes actions dérivant des opérations régies par la présente Notice d'Information valant Règlement Mutualiste, sont, conformément aux articles L 221-11 et 221- 12 du Code de la Mutualité et à compter de l'évènement qui y donne naissance, prescrites par dix (10) ans en cas de décès et par deux (2) ans pour les autres garanties.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où MUTLOG 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 de l'Adhérent ou de l'ayant droit contre MUTLOG 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 l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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 recommandé électronique avec accusé de réception adressée par MUTLOG à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent ou l'ayant droit à MUTLOG, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 12 — CONTINUITÉ DU CONTRAT

En cas de résiliation du contrat, contracté entre la Mutuelle et L'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP) pour le compte de ses Adhérents, toutes les garanties accordées au titre du contrat résilié sont maintenues aux Adhérents de ce contrat dans les conditions de cette notice d'information. Les cotisations continuent d'être dues.

Conformément à l'article L. 223-26 du Code de la Mutualité en cas de dissolution ou de liquidation de L'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP), le contrat se poursuit de plein droit entre la Mutuelle et les personnes antérieurement Adhérentes au contrat d'assurance de groupe.

ARTICLE 13 — CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle et le Gestionnaire sont soumis au contrôle administratif de :



Par courrier à l'adresse suivante :

ACPR

4 Place de Budapest

CS 92459 - 75436 PARIS 9ème

ARTICLE 14 — GESTION DU CONTRAT

La Mutuelle a délégué la gestion de son contrat UGIP Optimal à UGIP ASSURANCES pour recevoir, en ses lieux et places, avis et communications pour accepter les risques, opérer tout règlement, et plus généralement, assurer toute opération nécessaire à leur gestion.

Pour toutes questions relatives à ce contrat, votre interlocuteur privilégié est UGIP ASSURANCES.

ARTICLE 15 — RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme



que ce soit (lettre, courriel, service en ligne, téléphone) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

L'Adhérent peut, à tout moment, s'adresser à son interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son contrat.

Si le litige éventuel demeure, l'Adhérent peut adresser une réclamation écrite.

Selon l'objet de cette réclamation, le service en charge de son traitement diffèrera.

Pour toute réclamation relative aux circonstances de la commercialisation du contrat (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil, ...) ou à la gestion de son contrat, l'Adhérent peut contacter UGIP Assurances :



Par mail à l'adresse suivante :
reclamation@ugip.org



Par courrier à l'adresse suivante :
**SERVICE GESTION DES RÉCLAMATIONS
OFFRE UGIP ASSURANCES
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3**

UGIP Assurances s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi (en l'absence de réponse à la réclamation dans ce délai) et à apporter une réponse le plus rapidement possible et au maximum dans les soixante (60) jours calendaires suivant sa date d'envoi (sauf circonstances particulières dont l'Adhérent serait alors informé).

Si la réponse à sa réclamation ne satisfait pas l'Adhérent (ou en cas d'absence de réponse dans les deux (2) mois suivant la date d'envoi de sa réclamation), ce dernier dispose de la faculté de faire appel au Médiateur compétent : le Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française :



Sur internet à l'adresse suivante :
https://www.mediateur-mutualite.fr



Par courrier à l'adresse suivante :
**Monsieur le Médiateur de la Mutualité française
255 rue de Vaugirard
75015 PARIS**

Le recours au Médiateur offert à tout Adhérent personne physique est gratuit et s'effectue sans préjudice des autres voies d'actions légales, dans un délai maximum d'un (1) an à compter de la date de la réclamation écrite.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux, mais ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure ; le délai de prescription de l'action en justice est suspendu à compter de la saisine du Médiateur compétent, et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Le Médiateur peut formuler une proposition de solution dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à réception du dossier complet. UGIP Assurances et l'Adhérent restent libres de la suivre ou non. L'Adhérent peut aussi contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en charge de protéger les Adhérents :



Par courrier à l'adresse suivante :

**ACPR
4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS 9ème**

ARTICLE 16 — PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Toutes les informations collectées sur la Demande d'adhésion ou en cours d'adhésion (y compris le questionnaire de santé) sont enregistrées par la Mutuelle. UGIP Assurances est responsable du traitement de l'entrée en relation, de l'adhésion, de la connaissance client, de la vie du contrat et du dénouement du contrat. UGIP Assurances et la Mutuelle sont co-responsables du traitement des Réclamations, de la lutte contre la Fraude et de la Lutte Anti-Blanchiment et Financement du Terrorisme. Pour UGIP Assurances, les données personnelles recueillies font l'objet de traitements visant à la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de contrats d'assurance, à l'application de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, et le financement du terrorisme, à la lutte contre les fraudes, à la mise en place de virements ou prélèvements bancaires, et à la réalisation d'études statistiques. Elles sont conservées dix (10) ans à compter de la fin du contrat en cas de souscription d'un contrat. Les destinataires des données sont les mutuelles, les intermédiaires d'assurance et éventuellement nos ou leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, et le cas échéant, les autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Les données peuvent également être transmises s'il y a lieu, à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins-conseils, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et des prestations. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, Adhérent, Assuré et Bénéficiaire du contrat). Conformément à la loi « informatique et libertés » de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et 2018 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations qui vous concernent, ainsi qu'un droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité, que vous pouvez exercer en vous adressant :



Par mail à l'adresse suivante :
dpo@ugip.org



Par courrier à l'adresse suivante :
**UGIP ASSURANCES
30-32 Boulevard de Vaugirard
75015 PARIS**

Pour la Mutuelle, toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par la Mutuelle, responsable du traitement. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations.

Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i), (v), (vi)], l'intérêt légitime [(iv)(vi)] et le respect des obligations légales [(ii), (iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de la Mutuelle, (ii) aux organismes professionnels habilités, (iii) aux partenaires commerciaux de la Mutuelle, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (iv) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par la Mutuelle, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont

NOTICE D'INFORMATION

VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE N°2602

stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par la Mutuelle de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances.

Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, s'il est donné, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, sous réserve de production d'une pièce justificative d'identité, il convient de contacter le délégué à la protection des données de la Mutuelle, par courriel (dpo@mutlog.fr) ou la Mutuelle par courrier postal (le DPO de MUTLOG, 75 Quai de la Seine, 75940 Paris Cedex 19) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de réclamation, vous disposez également du droit de contacter la CNIL :

Sur internet à l'adresse suivante :
<https://www.cnil.fr/fr/agir>

Par courrier à l'adresse suivante :
CNIL
Service des Plaintes
3 place de Fontenoy
TSA 80715 - 75334 PARIS

Vous pouvez également vous inscrire au service d'opposition au démarchage téléphonique sur le portail officiel Bloctel (www.bloctel.gouv.fr) ou :

Par courrier à l'adresse suivante :
Worldline - Service Bloctel
CS 61311 - 41013 BLOIS CEDEX

L'Adhérent peut aussi contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en charge de protéger les Adhérents :

Par courrier à l'adresse suivante :
ACPR
4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS 9ème

ARTICLE 17 — MODIFICATIONS RÉGLEMENTAIRES

Toute modification intervenant sur la législation et la réglementation relatives à l'assurance des Emprunteurs ou ayant des répercussions sur le contrat est de plein droit applicable à la date de son entrée en vigueur.

ARTICLE 18 — RENONCIATION

En cas de démarchage, conformément à l'article L 121-18-1 du Code de la Mutualité « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

L'Adhérent dispose également d'un droit de renonciation en cas de commercialisation à distance du contrat d'assurance conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances dans un délai de trente (30) jours à compter soit de l'émission du certificat d'adhésion, soit à la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties).

Attention : Si, dans l'intervalle, le Bénéficiaire acceptant a retourné le certificat d'adhésion dûment signé, son accord écrit sera demandé.

La renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée à UGIP ASSURANCES, gestionnaire mandaté par l'association et la Mutuelle (UGIP ASSURANCES, 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3), selon le modèle indiqué ci-après :

« Je soussigné(e) (nom et prénom), demeurant . , déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance UGIP Optimal, conclue sous la référence n°. . . Je demande le remboursement des sommes déjà versées. Fait à....., le..... [signature] »

ARTICLE 19 — CONVENTION DE PREUVE

L'Adhérent accepte la dématérialisation des relations, dès la signature du Contrat d'assurance au moyen d'une signature électronique dématérialisée et sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance. Cette acceptation est valable pour toutes les opérations d'assurances ultérieures et en relation avec des Contrats d'assurance. La Mutuelle, l'Assuré et l'Adhérent s'il est différent, conviennent expressément que tout document signé de manière dématérialisée selon la procédure de signature dématérialisée mise en place constitue (i) l'original dudit document, (ii) une preuve littérale au sens de l'article 1316-1 du Code civil ayant la même valeur probante qu'un écrit manuscrit sur support papier et pourra valablement être opposé aux Parties et susceptible d'être produit en justice, à titre de preuve littérale, en cas de litiges.

En conséquence, l'Adhérent reconnaît que tout document signé de manière dématérialisée vaut preuve du contenu dudit document, de l'identité du signataire et de son consentement aux obligations et conséquences de faits et de droit qui découlent du document signé de manière dématérialisée.

L'identification de l'Adhérent est assurée sur la base des informations collectées et/ou vérifiées et les pièces justificatives remises le jour de l'opération. L'Adhérent reconnaît que les informations et pièces justificatives le concernant sont conformes à la réalité et non contestables.



L'*Adhérent* reconnaît que l'utilisation d'un certificat électronique délivré par un tiers certificateur permet d'exprimer son consentement à la conclusion du document signé de manière dématérialisée et/ou de confirmer la validité de ce document.

Par ailleurs, l'ensemble des documents transmis par l'*Adhérent*, et l'Assuré s'il est différent, sont numérisés dès réception par UGIP Assurances. Les parties reconnaissent que les documents numérisés ont, entre elles, la même valeur probante que des originaux, et renoncent expressément à contester la recevabilité, la validité et la force probante de ces documents, du seul fait de leur forme électronique ou de leur transmission par procédé électronique.

ARTICLE 20 — FONDS D'ENTRAIDE

Un fonds d'Entraide est constitué, pour intervenir ponctuellement,

lors de la survenance d'un évènement familial ou professionnel fortuit (dû au hasard), qui met en péril l'équilibre du budget familial. Cette intervention constitue un moyen mis à la disposition des *Adhérents* de MUTLOG, afin d'aider des familles momentanément en difficulté. Une commission étudie des dossiers qui lui sont présentés. Ainsi, s'agissant d'un *Adhérent* classé en PTIA (c'est-à-dire incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante), il pourra lui être versé sur décision du Comité de Gestion de ce fonds, une allocation non remboursable de cinq cent (500) euros aux fins de faciliter son organisation de vie. La demande doit être effectuée auprès du service « Prestations » de MUTLOG par mail (service.souscription@mutlog.fr) ou par courrier postal (75 Quai de la Seine, 75940 Paris cedex 19).



ASSURANCE EMPRUNTEUR

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit assuré par MUTLOG - 75 Quai de la Seine 75940 Paris Cedex 19 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité – SIREN n° 325 942 969 (LEI : 969500N48BV9MPP5182) et **MUTLOG Garanties** - 75 Quai de la Seine 75940 Paris Cedex 19 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité - SIREN n° 384 253 605 (LEI : 969500SOV6U08S8A1F91).

Produit distribué par l'intermédiaire UGIP Assurances - 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris - SAS au capital de 130 944 € - RCS Paris N°398 784 645 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS N°07 005 590 (www.orias.fr). **Le co-distributeur du Contrat Groupe est GROUPE SANTIANE HOLDING (GSH)** - 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris - SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris N° 812 962 330 - Immatriculée à l'Orias sous le N° 19 004 119 (www.orias.fr) - Intervient en qualité de **co-courtier d'UGIP Assurances**.

Nom du produit : UGIP OPTIMAL N°2602

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit est destiné à rembourser à la place de l'assuré tout ou partie des *Échéances de Prêts* ou des loyers dus en cas de survenance de certains événements l'en empêchant. Cette assurance peut notamment être souscrite en garantie de *Prêt* personnel à la consommation, *Prêt* professionnel, opération de crédit-bail.



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **La garantie préalable du Décès Accidentel** : garantie temporaire en cas de Décès Accidentel entre la signature de la demande d'adhésion et l'acceptation du dossier par l'assureur.

Les garanties ci-après sont soumises à l'acceptation du dossier par l'assureur notamment sur la partie médicale.

- ✓ **Le Décès Toutes Causes (DC)** : décès suite à un *Accident* ou une *Maladie*.
- ✓ **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)** : inaptitude totale et irréversible à travailler entraînant le recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer.

Pour ces deux événements et dans la limite de la *Quotité assurée* :

- **Crédit-bail** : versement des loyers restant dus et de la valeur de rachat à la banque ;
- **Pour tous les autres Prêts** : versement du capital assuré restant dû à la banque au jour du sinistre et dans la limite du montant garanti.

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

- **L'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.)** : inaptitude totale et temporaire à travailler pour raison de santé (ou d'effectuer ses occupations quotidiennes usuelles si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre).
- **L'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), consécutive à une I.T.T.** : reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'assuré, consécutive à une I.T.T.
- **La Garantie Aide à la Famille (G.A.F.)** dont bénéficient les assurés ayant souscrit l'I.T.T./I.P.T. et qui perçoivent l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) du fait du handicap ou d'une *Maladie* grave d'un enfant de moins de 20 ans, selon les conditions et modalités définies dans la notice d'information.
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), indemnisée en rente ou en capital** : inaptitude totale et définitive à travailler pour raison de santé (ou d'effectuer ses occupations quotidiennes usuelles si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre). Le taux d'invalidité doit être supérieur à 66% et l'état de santé consolidé.
- **L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)** : inaptitude partielle et définitive à travailler pour raison de santé (ou d'effectuer ses occupations quotidiennes usuelles si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre). Le taux d'invalidité doit être compris entre 33% et 66% et l'état de santé consolidé.

Dans les situations précédentes, passé le délai de Franchise mentionné dans le certificat d'adhésion : versement d'une indemnité forfaitaire calculée sur la base des *Échéances de Prêt* ou des loyers dus, dans la limite de la *Quotité assurée*.

- **L'exonération des cotisations**, qui prend la forme d'un remboursement des primes durant le versement de la prestation ITT/IPT/IPP.
- **La possibilité de faire bénéficier l'Assuré d'allègement des exclusions pour les garanties I.T.T./I.T.P./I.P.T./I.P.P.** (option MNO).

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ La perte d'emploi ;
- ✗ Les garanties optionnelles non souscrites ;
- ✗ Les garanties refusées, les exclusions notifiées par l'assureur ;
- ✗ La quotité non assurée ;
- ✗ Les frais de soins.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

- ! Les *Accidents* dus à la pratique de sports ou activités extrêmes, ou de sport ou activités sportives à titre professionnel ou à titre amateur sous contrat rémunéré ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant.
- ! Les *Accidents* ou *Maladies* résultant de l'usage de drogues, stupéfiants, produits toxiques et hallucinogènes ; de l'usage de tranquillisants ou médicaments non prescrits par une autorité médicale ou au-delà des doses prescrites par celle-ci.
- ! Les *Accidents* ou *Maladies* résultant de la conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la route français, ou du pays où a lieu l'*Accident* si le taux d'alcoolémie maximum autorisé par la réglementation locale est plus faible.
- ! Le suicide au cours de la 1^{ère} année (sauf si le *Prêt* a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'*Adhérent*). Dans ce cas toutefois, seul le montant du *Prêt* dans la limite du plafond défini à l'article R 132-5 du code des assurances est garanti).
- ! 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 suites et conséquences d'une Incapacité ou d'une Invalidité en cours à la date d'effet des garanties ne peuvent mettre en jeu les garanties prévues au contrat.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! L'existence d'âges limites à l'adhésion (85 ans pour le décès et 64 pour les autres garanties).
- ! Le montant total des capitaux assurés, tous contrats d'assurance de financement auprès de l'Assureur et tous réseaux distributeurs confondus, **par assuré**, est de : 10 000 000 euros **pour les garanties DC, P.T.I.A et I.P.T. en capital**.
- ! Le montant total de l'I.T.T., de l'I.T.P., de l'I.P.T. en rente ou de l'I.P.P., toutes adhésions confondues, au titre du présent contrat, par assuré, est de : 20 000 euros par mois selon la quotité assurée (1 500 euros par mois et par Assuré au titre de la G.A.F. non cumulable avec les autres prestations prévues au contrat)
- ! L'existence d'une *Franchise* appliquée en cas d'I.T.T., d'I.P.T. ou d'I.P.P.
- ! Certaines *Franchises* et certaines options ne sont pas ouvertes à tous les assurés.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ Dans le monde entier ;
- ✓ L'état de santé de l'assuré doit être médicalement constaté en France (France continentale, Corse, DROM-COM). Les frais de déplacement engagés par l'assuré restent à sa charge s'il réside fiscalement hors du territoire français (sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par expert français).



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, vous devez :

À l'adhésion du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par l'assureur ;
- Avoir satisfait aux formalités médicales et financières et, le cas échéant, fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Payer la première cotisation dès acceptation du contrat de *Prêt* (ou de location) par le *Prêteur*.

En cours d'adhésion :

- Payer les cotisations d'assurance ;
- Déclarer tout changement de coordonnées et toute modification du contrat de financement.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre le plus tôt possible et au plus tard dans les douze (12) mois à compter de la date de l'évènement pour la garantie décès et au plus tard dans les six (6) mois à compter de la date de l'évènement pour les garanties PTIA/GIS/ITT/ITP/IPT/IPP ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Se soumettre au contrôle médical et/ou expertises médicales éventuellement demandé(es) ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont prélevées sur le compte bancaire, support du contrat de financement (*Prêt* ou location). La périodicité de paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

28



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Le contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve notamment du paiement de la cotisation d'assurance (le cas échéant après expiration du délai de renonciation de trente (30) jours calendaires révolus qui court à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu en cas de vente à distance).

Il prend fin notamment dans les cas suivants :

- en cas de remboursement intégral du financement, d'expiration ou de résiliation du crédit-bail ;
- en cas de non-paiement des cotisations d'assurance ;
- en cas de résiliation par l'assuré ;
- en cas de paiement de la prestation due par l'assureur suite à la mise en jeu de la garantie PTIA ou de la garantie décès ;
- à l'arrivée de l'âge limite fixé pour chaque garantie et prévu dans la notice d'information. Pour les garanties I.T.T/I.T.P./I.P.T/I.P.P en rente, l'âge limite est choisi par l'*Adhérent* à la souscription conformément aux modalités prévues dans la notice d'information ;
- et en tout état de cause, à la date limite de couverture fixée pour chaque garantie.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

• Pour les crédits immobiliers mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation :

Conformément aux dispositions de l'article L.121-10 du Code de la Mutualité, l'*Adhérent* peut résilier son Adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de *Prêt*, par courrier à l'adresse : **UGIP Assurances - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**, ou par courriel adressé à **production@ugip.org**, ou par tout autre moyen listé à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité.

• Pour les opérations de crédits autres que celles mentionnées au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation :

L'*Adhérent* peut résilier son contrat à tout moment à l'issue de la première année, par courrier à l'adresse : **UGIP Assurances - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**, ou par courriel adressé à **production@ugip.org**, ou par tout autre moyen listé à l'article L.113-14 du Code des assurances.





UGIP ASSURANCES
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Produit distribué par UGIP Assurances - 30-32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris – SAS au capital de 130 944 € - RCS Paris N°398 784 645 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS N°07 005 590 (www.orias.fr).

Assuré par MUTLOG - 75 Quai de la Seine 75940 Paris Cedex 19 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité – SIREN n° 325 942 969 (LEI : 969500N48BV9MPSP5182) et **MUTLOG Garanties** - 75 Quai de la Seine 75940 Paris Cedex 19 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité - SIREN n° 384 253 605 (LEI : 969500SOV6U08S8A1F91).

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !