

NOTICE D'INFORMATION

Au contrat d'assurance collective emprunteurs à adhésion facultative MNCAP WELCOM' EMPRUNTEUR

Notice d'information (202301UTMN-WELCOM-LIN-01) du contrat d'assurance collectif N°2023U02, souscrit par l'Association des Assurés pour une Protection Solidaire, auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351, ci-après dénommée, « la Mutuelle » dont le siège social est situé à Paris (75116), 5 rue Dosne. Le présent document est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de la de MNCAP, Il définit le contenu des engagements contractuels réciproques entre la Mutuelle et chaque Assuré en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le Contrat est formé par l'acceptation de la présente Notice d'Information et des statuts de la Mutuelle par l'Assuré.

L'organisme gestionnaire du contrat est, par délégation de MNCAP, UTWIN Assurances. UTWIN Assurances est le commercial de la société TWINSEO, SAS au capital de 250.000 €, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro n°821 873 734, dont le siège social est 2 Quai du Commerce - 69009 Lyon. Société de courtage en assurance immatriculée à l'ORIAS sous le n° 16005411 (www.orias.fr), dont l'activité relève de l'ACPR : 4, place de Budapest – 75009 PARIS.

Pour une meilleure compréhension de la présente notice d'information (ci-après la « Notice d'Information »), nous vous proposons de vous référer au Lexique à la fin de ce document.

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, la Notice d'Information a pour objet de garantir les personnes physiques, les représentants des personnes morales, adhérent à la Mutuelle, Emprunteur, Co-Emprunteur, Caution d'un ou plusieurs prêt(s) avant remboursement intégral contre les risques :

Garanties obligatoires :

- Décès ;
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Garanties facultatives :

- Invalidité Permanente Totale (IPT) ;
- Incapacité Temporaire Totale (ITT) ;
- Invalidité Permanente Partielle (IPP) ;
- Invalidité Permanente Professionnelle (IPPRO) ;
- Invalidité Spécifiques (GIS) ;
- Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail.

Les garanties facultatives ne peuvent être souscrites que si le Candidat à l'assurance a souscrit les garanties Décès et PTIA. La Caution ne peut souscrire qu'aux seules garanties Décès et PTIA, à l'exclusion des garanties facultatives.

A l'adhésion, il est également proposé aux Candidats à l'assurance de racheter les limitations de prise en charge Psy & Dos et/ou certaines exclusions sportives dans les conditions fixées à l'article 7.9 de la présente Notice d'Information.

Lorsque l'assurance est consentie à des conditions particulières, les garanties sont accordées à l'Assuré sous réserve de l'acceptation des conditions mentionnées sur le document « Acceptation des Conditions particulières » qui lui est adressé par la Mutuelle.

Les quotités peuvent être choisies par garanties et/ou par prêts. Toutefois, pour chaque prêt, les Quotités choisies pour les garanties facultatives ne peuvent en aucun cas être supérieures à la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/PTIA.

Il est rappelé que les prestations assurées correspondent, sous réserve des limitations de la Mutuelle figurant sur le Certificat d'Assurance et dans la présente Notice d'Information, au Capital Restant Dû et à la mensualité du prêt, sur lesquels est appliqué la Quotité choisie par le Candidat à l'assurance.

Sans préjudice des limitations prévues à l'article 2 de la Notice d'Information, le total des capitaux assurés au titre de la présente Notice d'Information, pour un même Assuré, ne pourra en aucun cas être inférieur à 17 000 € et ne pourra excéder 10 000 000 € et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.

ARTICLE 2 – PRÊTS ASSURABLES

La Notice d'Information couvre les prêts personnels ou professionnels contractés auprès d'un organisme prêteur suivants :

- **Prêts amortissables à taux fixe ou à taux variable de toute nature pour les particuliers d'une durée maximale de 480 mois différé compris ;**
- **Prêts à taux zéro (PTZ) d'une durée maximale de 300 mois différé compris ;**
- **Prêts immobiliers « relais » d'une durée maximale de 36 mois ;**
- **Prêts immobiliers « In Fine » d'une durée maximale de 240 mois € ;**
- **Prêts de regroupement de crédits, d'une durée maximale de 360 mois.**

Par exception, la Notice d'Information ne couvre pas les prêts immobiliers « relais » et les prêts immobiliers « In Fine » pour lesquels le Candidat à l'assurance ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L.113-2-1 du code des assurances.

Sont expressément exclus de la présente Notice d'Information: les découverts, crédits renouvelables, prêts en devise autre que l'euro, les crédits-baïls mobiliers/LOA ne portant sur des biens usage professionnel et les prêts Banque de France (liste non exhaustive).

Il est précisé que le bien objet du financement assuré doit être situé en France, et que le prêt est libellé en euros, rédigé en français, et souscrit auprès d'un organisme prêteur français ou une succursale française d'un établissement étranger. Pour les résidents monégasques et les biens situés à Monaco, le prêt est libellé en euros, rédigé en français, et souscrit auprès d'un organisme prêteur français ou monégasques.

Prêts libellés en Francs Suisses

La Mutuelle accepte, de manière dérogatoire, d'assurer les prêts libellés en Francs Suisses sur la base d'une conversion du montant assuré en euros. Dans ce cas, l'attention de l'Adhérent est attirée sur les conditions particulières suivantes :

- lors de l'adhésion au Contrat, le montant du prêt à assurer et le tableau d'amortissement correspondant sont convertis en euros selon le Taux de Change en vigueur à la date d'adhésion majoré d'un coefficient multiplicateur compris entre 100 et 120% ;
- les cotisations d'assurances sont prélevées en euros sur la base du tableau d'amortissement en euros ainsi obtenu ;
- en cas de réalisation du risque, l'indemnisation se fera en euros sur la base du tableau d'amortissement en devises en vigueur au jour du Sinistre, du Taux de change au jour de survenance du Sinistre et dans la limite du montant tel que prévu au dernier tableau d'amortissement figurant au Certificat d'adhésion en vigueur à la date du sinistre.

Une réactualisation du tableau d'amortissement et des cotisations afférentes pourra être demandée annuellement par l'Adhérent avant le 20 décembre, pour tenir compte de l'impact de l'évolution du Taux de Change sur le tableau d'amortissement exprimé en euros. Cette modification devra correspondre exactement à l'évolution du Taux de Change entre le 1er décembre de l'année précédant la réactualisation et le 1er décembre de l'année de la réactualisation, dans la limite de plus ou moins 10%. Toute réactualisation non demandée par l'Adhérent pour une année donnée ne pourra être prise en compte ultérieurement. Toute modification est subordonnée à l'acceptation préalable de l'Assureur qui se réserve le droit de renouveler les formalités d'adhésion.

L'attention de l'Adhérent est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par la Mutuelle étant exprimé en euros, l'Adhérent pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'Organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADHESION EN VUE DE L'ADMISSION A L'ASSURANCE ET ENGAGEMENTS DE LA MUTUELLE

Tout Candidat à l'assurance doit :

- Etre âgé au jour de l'adhésion :
 - d'au moins 18 ans et de moins de 81 ans pour l'adhésion à la garantie Décès ;
 - d'au moins 18 ans et de moins de 70 ans pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
 - d'au moins 18 ans et de moins de 70 ans pour l'adhésion aux garanties, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Professionnelle et l'option relative au rachat Psy & Dos.
- Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, de son taux et de son amortissement ;
- Avoir contracté le contrat de prêt assurable (tel que défini à l'article 2) auprès d'un organisme prêteur français ou d'une

- succursale française d'un organisme prêteur étranger ;
- Résider fiscalement en France continentale ou Monaco pour souscrire à toutes les garanties et options (sous réserve du respect des autres conditions).

Les personnes physiques qui ne résident pas fiscalement en France ou à Monaco (non résidents ou expatriés **hormis dans les pays faisant l'objet d'une contre-indication du Ministère des Affaires Etrangères (sauf accord préalable de la Mutuelle))** pourront, sur étude de la Mutuelle, souscrire aux seules garanties Décès/PTIA.

Les Candidats à l'assurance qui résident fiscalement à La Réunion, à la Guadeloupe, à la Martinique, en Guyane, à Saint-Barthélemy ou à Saint- Martin peuvent souscrire à toutes les garanties sauf la garantie IPPRO.

Les Candidats à l'assurance qui résident fiscalement en Corse, à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie Française, à Saint-Pierre-et-Miquelon, en Terres australes et antarctiques, à Wallis-et-Futuna peuvent uniquement souscrire aux seules garanties Décès/PTIA.

Les candidats à l'assurance qui résident fiscalement dans un autre pays peuvent, sur étude de la Mutuelle, souscrire aux seules garanties Décès/PTIA.

Les adhésions sont reçues à l'aide d'une Demande d'Adhésion mise à la disposition du Candidat à l'assurance par la Mutuelle. La signature de ce document matérialise la demande d'adhésion à la Mutuelle.

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

Loi n°2022-270 du 28 février 2022

L'admission, concernant l'assurance de prêt entrant dans le champ d'application de l'article L.113-2-1 du code des assurances, n'est pas subordonnée à des formalités médicales ni à une quelconque sélection médicale. En revanche, l'admission est subordonnée à l'exercice d'une Activité Professionnelle Rémunérée déclarée dans la Demande d'adhésion.

L'assurance de prêt entre dans le champ d'application de l'article L.113-2-1 du code des assurances si cumulativement :

- le contrat d'assurance a pour objet de garantir, en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant restant dû, soit le paiement de tout ou partie des échéances au titre d'un contrat de crédit destiné à financer l'acquisition d'un immeuble à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation ou d'un terrain destiné à la construction d'un tel immeuble ainsi que les autres opérations mentionnées au 1° de l'article L. 313-1 du code de la consommation,
- La part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré
- L'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré

Pour les demandes d'adhésion faisant l'objet d'une sélection médicale, le médecin-conseil peut accepter le Candidat à l'assurance aux conditions normales : la Mutuelle émet alors un Certificat d'Assurance. Le médecin-conseil se réserve également le droit de :

- demander toutes justifications, visites ou examens complémentaires (notamment rapport médical, analyses biologiques ou tout autre élément) nécessaires à l'appréciation du risque. S'il s'agit d'informations médicales, elles pourront être adressées sous pli confidentiel au médecin-conseil de la Mutuelle qui en prendra connaissance ;
- majorer la cotisation, de restreindre ou d'exclure certaines garanties.

Dans ce dernier cas, la Mutuelle émet une proposition d'assurance appelée « Proposition Commerciale après étude médicale », récapitulant le montant du prêt, la Quotité à assurer, les garanties proposées et le montant de la cotisation et indique les éventuelles clauses particulières et réserves. L'acceptation expresse de l'Assuré est

alors matérialisée par la signature électronique de la Demande d'Adhésion, de la Déclaration sur l'honneur – Questionnaire de santé et de l'éventuelle attestation de Conditions Particulières. Elle conditionne l'émission du Certificat d'Assurance.

En cas d'adhésion effective, de refus ou d'acceptation avec restriction de garanties et/ou majoration de cotisations de la part de la Mutuelle, les frais d'examens médicaux engagés par le Candidat à l'assurance ou l'Assuré seront pris en charge directement par la Mutuelle si les examens sont réalisés dans un centre de santé agréé par la Mutuelle et, dans tous les autres cas, seront remboursés sur présentation des factures originales des examens médicaux dans les limites des remboursements indiqués sur le document Mes Formalités Complémentaires pour l'adhésion. En revanche, le Candidat à l'assurance ou l'Assuré supportera les honoraires d'examens lorsque ces derniers n'auront pas été sollicités par la Mutuelle, lorsqu'il ne donne pas suite à un accord d'assurance émis par la Mutuelle sans restriction et/ou majoration et en cas de renonciation de sa part après la signature du Certificat d'Adhésion, sauf si cette renonciation fait suite à un refus de de l'organisme prêteur.

Toutes les pièces médicales sont déposées sur l'Espace Personnel et confidentiel de chaque candidat à l'assurance ouvert à cet effet et les demandes de remboursement d'honoraires sont à retourner par mail ou par courrier à :

**UTWIN ASSURANCES – A l'attention du Médecin conseil –
2 Quai du Commerce,
69009 Lyon.**

Les prêts contractés sont assurables sous réserve de la signature de l'offre de l'Opération de crédit au plus tard dans les 6 mois qui suivent la signature de la demande d'adhésion.

ARTICLE 4 – INCONTESTABILITE

Les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré servent de base à l'adhésion qui est incontestable dès qu'elle a pris effet, **sauf en cas de réticence ou de fausse déclaration.**

Ainsi, les déclarations portées à la demande d'adhésion doivent être rectifiées avant l'émission du Certificat d'assurance si elles ne sont plus exactes. **A défaut, la Mutuelle peut appliquer les sanctions prévues par le code de la Mutualité en cas de réticence ou de fausse déclaration**

L'attention des Candidats à l'assurance est attirée sur les sanctions prévues par le Code de la mutualité.

Article L. 221-14 du Code de la mutualité :

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

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

Article L.221-15 du Code de la mutualité :

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

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle ou l'Union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de

cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle ou l'Union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

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

Le Candidat à l'assurance qui a rempli des formalités médicales à l'adhésion est tenu d'informer la Mutuelle de toute modification de son état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de l'Adhésion.

ARTICLE 5 – PROCEDURE D'ADMISSION EN CAS DE RISQUE AGGRAVE DE SANTE – CONVENTION AERAS

La Mutuelle s'engage à respecter les principes de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et le code de bonne conduite qui lui est annexé, et à les mettre en œuvre pour toutes les opérations qui y sont éligibles.

5.1 Dispositif d'examen des demandes d'assurance

Les Candidats à l'assurance des prêts immobiliers ou professionnels (uniquement pour l'acquisition de locaux et de matériels) présentant un risque aggravé de santé et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat (niveau 1 de ladite convention AERAS), bénéficient d'un transfert automatique de leur dossier vers un dispositif d'assurance de deuxième niveau qui permet un réexamen individuel systématique de leur demande d'adhésion, sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de leurs dossiers (notamment questionnaire de santé complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas d'accord, une proposition tarifaire personnalisée leur est adressée.

Conformément à la Convention AERAS, en cas de refus des garanties dans le cadre du dispositif d'assurance de niveau 2, le dossier est présenté au pool de réassurance de 3^{ème} niveau, dans le respect des dispositions de confidentialité prévues sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- Acquisition d'une résidence principale : prêt d'au plus 420 000 € sans tenir compte des crédits relais ;
- Dans les autres cas de prêts immobiliers ou professionnels : encours cumulé de prêts d'au plus 420 000 € ;
- Pour toutes les demandes d'assurance de prêts immobiliers ou professionnels : la durée maximum du prêt est telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans en fin de prêt.

5.2 Dispositif d'écrêtement des majorations de cotisation

Le dispositif d'écrêtement concerne les prêts immobiliers et professionnels d'un montant maximum de 420 000 €. Il intervient au 2^{ème} et 3^{ème} niveaux d'examen des demandes d'adhésion dès lors que la majoration de cotisation a pour effet que la cotisation globale représente plus de 1,4 points dans le taux effectif global (TEG) du prêt. La Mutuelle informe les Candidats à l'assurance de la possibilité de demander l'application du dispositif.

Toutes les informations sur la Convention AERAS sont consultables sur le site www.aeras-infos.fr.

ARTICLE 6 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET ET CESSATION DE L'ADHESION

6.1 – Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion à la Notice d'Information prend effet à la date figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion délivré par la Mutuelle.

L'Adhésion est conclue pour une période initiale se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque année pendant toute la durée de remboursement du contrat de prêt.

Le service fourni est de nature exclusivement électronique. Seule l'adhésion électronique est possible. Par dérogation à l'article 1366 du Code civil, il est convenu que, les données sous forme électronique conservées par la Mutuelle ou tout mandataire de son choix :

- valent selon le cas signature de l'Adhérent ou de l'Assuré ;
- lui sont opposables ;
- peuvent être admises comme preuves de son identité et de son consentement relatif à l'adhésion à la Notice d'Information, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance dûment acceptés.

6.2 Cessation de l'adhésion

L'Adhésion prend fin pour l'Assuré :

- A la fin du terme contractuel prévu pour chaque garantie et pour les prestations correspondantes et au plus tard au 40^{ème} anniversaire du contrat de prêt ;
- A la date de remboursement total et anticipé de chaque prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- Si l'adhérent est une personne morale le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé ou de dirigeant de la société adhérente ;
- En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;
- Dans les dix (10) jours qui suivent la réception par la Mutuelle de l'acceptation de la substitution du Contrat par l'Organisme Prêteur lorsque l'Assuré a demandé la résiliation de son Contrat d'assurance conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité ;
- En cas de résiliation par l'Assuré, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité avec accord exprès du Bénéficiaire acceptant du Contrat ;
- Lors du versement du Capital Restant Dû en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- A la date à laquelle le contrat de cautionnement est résilié dans l'hypothèse où l'Assuré est Caution ;
- En cas de fausse déclaration, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

6.3 Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet, après acceptation des risques par la Mutuelle et sous réserve du paiement de la première cotisation :

- **En cas de Vente à distance**, à la date de signature de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds, et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu à l'article 21 « DROIT DE RENONCIATION » qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion.
Les garanties peuvent prendre effet à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds, lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation à condition que l'Adhérent le demande dans l'espace prévu sur la Demande d'Adhésion pour la mise en œuvre des garanties.
- **Dans les autres cas**, à la date figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion délivré par la Mutuelle et au plus tôt à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds.

La date de prise d'effet des garanties doit avoir lieu dans les six (6) mois qui suivent la signature de la demande d'adhésion.

Les garanties s'appliquent à chacun des prêts pendant toute leur durée contractuelle dans les limites précisées à l'article 6.4.

Les garanties prennent effet immédiatement sans délai de carence. Elles s'appliquent à chacun des prêts pendant toute leur durée contractuelle dans les limites citées ci-dessous.

6.4 Cessation des garanties

Outre les cas énumérés ci-dessus, la cessation des garanties et des prestations s'applique également dans les conditions suivantes :

- En cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions figurant à l'article 6.2 de la présente Notice d'Information ;
- La garantie Décès cesse au plus tard au jour du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) cesse au plus tard au jour du 71^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) cesse au plus tard à la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, ou à la date de reconnaissance de l'Assuré en Invalidité Permanente Partielle, en Invalidité Permanente Totale, en Invalidité Permanente Professionnelle ou en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et au plus tard selon l'option choisie au jour du 65^{ème}, 67^{ème} ou au 71^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- Les garanties Invalidité Permanente Partielle (IPP), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Professionnelle (IPPRO), cessent au plus tard à la date de reconnaissance de l'Assuré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard selon l'option choisie au jour du 65^{ème}, 67^{ème} ou au 71^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- En cas de résiliation de l'adhésion, suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité.

ARTICLE 7 – GARANTIES - OPTIONS DU CONTRAT ET MONTANT DE LA PRESTATION

7.1 Garantie Décès - Etendue de la garantie

En cas de Décès de l'Assuré survenu pendant la période de validité de la garantie, la Notice d'Information prévoit le remboursement du Capital Restant Dû au jour du Décès, affecté de la Quotité assurée, majoré des intérêts courus jusqu'à la date du Décès et éventuellement, le montant des fonds non encore versés à la date du Décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Si le Décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au Décès et, par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

Les garanties joueront conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, à l'**exclusion des mensualités échues et non réglées à cette date ainsi que des intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt.**

La prestation ne pourra excéder le Capital Restant Dû tel qu'il résulte du dernier tableau d'amortissement accepté par la Mutuelle.

Le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100 % pour un même prêt.

En cas de cumul d'assurance sur plusieurs têtes pour un même prêt :

- Si la garantie Décès porte sur plusieurs têtes assurées chacune à 100 % du prêt, la Mutuelle règle le Capital Restant Dû à la date de l'échéance qui précède le Décès du premier Assuré, et radie les co-contractants à la même date.

- Si la garantie Décès porte sur plusieurs têtes avec un cumul de Quotité supérieur à 100 %, la Mutuelle règle le Capital Restant Dû à la date de l'échéance qui précède le premier Décès, affecté du pourcentage garanti sur la tête de l'Assuré décédé. Le co-contractant survivant reste assuré à hauteur du solde du prêt après indemnisation du premier Sinistre.

En cas de Décès simultané des Co-assurés, la Mutuelle règle le Capital Restant Dû à la date de l'échéance qui précède le Sinistre suivant le cumul des Quotités assurées sans jamais excéder 100% du Capital Restant Dû.

Le paiement de la prestation suite au Décès de l'Assuré entraîne la fin de toutes les garanties pour l'Assuré concerné et ne pourra donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie octroyée par la Mutuelle à ce même Assuré.

Cas particulier lié à la mise en place d'un séquestre avec accord de l'Organisme prêteur :

Le bénéficiaire du capital garanti en cas de Décès de l'Assuré revient à la ou aux personne(s) désignée(s) dans la clause stipulée au contrat de séquestre intervenu entre l'Organisme prêteur et l'emprunteur déposée chez un notaire. Le règlement du capital garanti s'effectuera auprès du notaire et libérera entièrement, valablement et définitivement l'Assureur. Si, au Décès de l'Assuré, le notaire informe l'Assureur, avant le règlement de la prestation, de la caducité du séquestre, l'Assureur procédera au règlement dudit capital.

7.2 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

7.2.1 Définition de la garantie

L'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie si, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) et survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale, totale, définitive et permanente, médicalement constatée au plus tard au jour de son 71^{ème} anniversaire de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, et,
- il se trouve dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance viagère d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

7.2.2 Etendue de la garantie

Le montant du capital versé est égal à celui prévu en cas de Décès, calculé à la date de reconnaissance par le Médecin Conseil de la Mutuelle, de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et ce, au plus tard au jour du 71^{ème} anniversaire de l'Assuré.

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

Le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100 % d'un même prêt. L'engagement de la Mutuelle ne saurait excéder 100 % du Capital Restant Dû à l'Organisme Prêteur.

Le paiement de la prestation suite à la reconnaissance de l'état de PTIA de l'Assuré entraîne la fin de toutes les garanties pour l'Assuré concerné et ne pourra donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie octroyée par la Mutuelle à ce même Assuré.

7.3 Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

7.3.1 Définition de la garantie

L'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale avant la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard selon l'option choisie au jour de son 65^{ème}, 67^{ème}, 71^{ème} anniversaire, si à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) et survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties, il se trouve temporairement dans l'impossibilité physique ou mentale, totale et continue, médicalement constatée, d'exercer, son activité professionnelle sous réserve qu'à la

date du Sinistre il exerce effectivement une activité professionnelle rémunérée.

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet de la garantie.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale s'il est temporairement contraint, suite à un Accident ou une Maladie garantie, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre ses Occupations de la Vie Quotidienne.

Il est entendu que l'Assuré doit se soumettre au traitement médical qui lui a été prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

La Mutuelle se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

7.3.2 Etendue de la garantie

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale, Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

Dans l'hypothèse où l'Assuré est une caution personne physique, les prestations ne seront versées que sous réserve de l'insolvabilité de l'Emprunteur et le paiement, par l'Assuré, des échéances du prêt depuis au moins trois (3) mois continus depuis le jour du Sinistre.

A. Prestations garanties

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle verse au Bénéficiaire, prorata temporis et à terme échu, en fonction de la Quotité assurée et sous réserve de l'application du délai de Franchise choisie à l'adhésion par l'Adhérent et mentionné sur le Certificat d'adhésion, 100% des échéances de prêt.

L'Adhérent a le choix entre une Franchise de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours s'il exerce de manière effective une activité professionnelle au moment de l'adhésion au contrat.

S'il n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au moment de l'adhésion au Contrat ou s'il réside dans un Département et Région d'Outre-Mer hors Mayotte, à Saint Barthélemy, ou à Saint Martin, ou si sa demande d'assurance entre dans le champ d'application de l'article L.113-2-1 du code des assurances il a le choix entre une Franchise de 90, 120 ou 180 jours.

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé), de prêts relais ou de prêts in fine, il sera versé, prorata temporis et à terme échu, les seuls intérêts annuels dus par l'Assuré au titre du prêt garanti, réduits à la Quotité assurée. Pour les prêts in fine, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

Il sera appliqué à chacun des Sinistres la même période de Franchise et la même durée maximum d'indemnisation.

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

Le versement des indemnités mentionnées ci-dessus se poursuit jusqu'à la fin de l'ITT médicalement justifiée et **au maximum pendant 1 095 jours pour un même Sinistre** et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 6.4 « Cessation des garanties » n'est pas atteint.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'arrêt de travail concomitant des Coassurés sur la même période, il pourra être versée une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100 % de l'échéance réellement due à l'Organisme Prêteur.

Toute augmentation de la mensualité qui interviendrait pendant un Sinistre, et donc durant la phase de versement des prestations ou

dans les six (6) mois précédents l'arrêt de travail, ne sera pas prise en charge.

Il est rappelé au Candidat à l'assurance que l'ouverture du droit aux prestations n'interrompt pas son obligation de remboursement du prêt garanti.

En tout état de cause, le montant mensuel versé par Assuré au titre de l'ITT, au cumul de ses adhésions au titre de la présente Notice d'Information, ne pourra excéder 7 500 €.

B. Rechute

Tout rechute dans les deux mois qui suivent la reprise du travail ou des occupations habituelles sera considérée comme un seul et même sinistre sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par la Mutuelle et que la garantie ITT soit toujours en vigueur à la date de la rechute. Le service des prestations sera repris dès le premier jour de la cessation des activités sans nouvelle application d'une période de Franchise.

En cas de rechute dans un délai égal ou supérieur à deux (2) mois après la reprise de l'activité professionnelle, ou en cas d'arrêt de travail motivé par un nouvel Accident ou une nouvelle Maladie, il sera de nouveau fait application du délai de Franchise.

C. Reprise à mi-temps thérapeutique au cours d'une indemnisation au titre de l'ITT

Lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle à temps partiel thérapeutique dans le cadre des articles L.323-3 et L.433-1 du Code de la Sécurité Sociale, après une période d'Incapacité Temporaire Totale indemnisée par la Mutuelle, la Mutuelle poursuit l'indemnisation à hauteur de 50% de la prestation garantie en ITT durant une période ne pouvant excéder 365 jours et dans les limites contractuelles rappelées à l'Article 6.2 « Cessation de l'adhésion ».

Le mi-temps thérapeutique n'est pas pris en charge pour les prêts in fine, relais et pendant la période de différé.

7.3.3 Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale sans pouvoir excéder les limites fixées à l'article 6.4 « Cessation des garanties ».

Il cesse également en cas de :

- Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 10.1 de la présente Notice d'Information ;
- Refus de se soumettre au contrôle diligenté par la Mutuelle (sauf cas de force majeure) ;
- Reconnaissance d'un état d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Professionnelle ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- Reprise d'une activité professionnelle même partielle (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle à mi-temps thérapeutique) ;
- L'Assuré n'est plus médicalement reconnu en incapacité de travail ;
- L'Assuré est mis en pré-retraite, fait valoir ses droits à la retraite ou atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite ;
- La durée maximum d'indemnisation de 1095 jours est atteinte.

7.4 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

7.4.1 Définition de la garantie

L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, au sens de la présente Notice d'Information, si avant la date de liquidation de sa retraite et au plus tard selon l'option choisie au jour de son 65^{ème}, 67^{ème} ou 71^{ème} anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale totale et définitive, médicalement constaté(e) de se livrer à son activité professionnelle, et;
- il lui est reconnu par le médecin-expert de la Mutuelle, après Consolidation de son état de santé, un taux global d'invalidité « N » au moins égal à 66%.

La détermination du taux d'invalidité « N » est définie à l'article 7.4.3.

7.4.2 Etendue de la garantie

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale, Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

L'Assuré qui a souscrit la garantie IPT a le choix, au moment de l'adhésion, du mode de versement de la prestation et peut opter entre un versement sous forme de capital ou sous forme de rente.

7.4.2.1 Versement sous forme de Capital

Si l'Assuré a opté pour l'option versement de l'IPT sous forme de capital, il percevra le montant du capital restant dû par l'Assuré à l'Organisme Prêteur au prorata de la quotité assurée au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT.

7.4.2.2 Versement sous forme de rente

Si l'Assuré a opté pour le versement de la prestation sous forme de mensualité, la Mutuelle verse, au prorata temporis et à terme échu une indemnité correspondant à 100% de l'échéance des prêts garantis, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'Organisme Prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement accepté par la Mutuelle, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'Invalidité Permanente Totale médicalement justifiée.

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé), de prêts relais ou de prêts in fine, il sera versé, prorata temporis et à terme échu, les seuls intérêts annuels dus par l'Assuré au titre du prêt garanti réduits à la Quotité assurée. Pour les prêts relais ou in fine, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

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

Le versement de la prestation s'effectue dès la date de reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Totale de l'Assuré par la Mutuelle. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'Invalidité Permanente Totale médicalement justifiée et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 6.4 n'est pas atteint.

Le montant maximum de l'indemnité mensuelle versée par la Mutuelle en cas d'Invalidité Permanente Totale est égal à 7500 € par Assuré et par mois au cumul des prêts souscrits auprès de la Mutuelle.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'arrêt de travail concomitant des Coassurés sur la même période, il pourra être versé une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100% de l'échéance réellement due à l'Organisme Prêteur.

Toute augmentation de la mensualité qui interviendrait pendant un Sinistre, et donc durant la phase de versement des prestations ou dans les six (6) mois précédents l'arrêt de travail, ne sera pas prise en charge.

Il est rappelé au Candidat à l'assurance que l'ouverture du droit aux prestations n'interrompt pas son obligation de remboursement du prêt garanti.

7.4.3 Détermination du taux Global d'invalidité « N »

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale, le taux global d'invalidité « N » doit être au moins égal à 66%.

L'invalidité est constatée par un médecin-expert désigné par la Mutuelle qui reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé. Il détermine le taux global d'invalidité « N » en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle selon le barème de droit commun publié par le « Concours Médical », en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'invalidité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions d'exercice normales, et des possibilités d'exercice restantes.

Le taux global d'invalidité « N » est déterminé en fonction de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle selon le tableau suivant :

Tx global N	Taux d'invalidité Fonctionnelle									
	10.00%	20.00%	30.00%	40.00%	50.00%	60.00%	70.00%	80.00%	90.00%	100.00%
Taux d'Invalidité Professionnelle	10.00%	10.00%	15.90%	20.80%	25.20%	29.20%	33.00%	36.60%	40.00%	43.30%
	20.00%	12.60%	20.00%	26.20%	31.70%	36.80%	41.60%	46.10%	50.40%	54.50%
	30.00%	14.40%	22.90%	30.00%	36.30%	42.20%	47.60%	52.80%	57.70%	62.40%
	40.00%	15.90%	25.20%	33.00%	40.00%	46.40%	52.40%	58.10%	63.50%	68.70%
	50.00%	17.10%	27.10%	35.60%	43.10%	50.00%	56.50%	62.60%	68.40%	74.00%
	60.00%	18.20%	28.80%	37.80%	45.80%	53.10%	60.00%	66.50%	72.70%	78.60%
	70.00%	19.10%	30.40%	39.80%	48.20%	55.90%	63.20%	70.00%	76.50%	82.80%
	80.00%	20.00%	31.70%	41.60%	50.40%	58.50%	66.00%	73.20%	80.00%	86.50%
	90.00%	20.80%	33.00%	43.30%	52.40%	60.80%	68.70%	76.10%	83.20%	90.00%
	100.00%	21.50%	34.20%	44.80%	54.30%	63.00%	71.10%	78.80%	86.20%	93.20%

Pour les personnes sans activité professionnelle au jour du Sinistre, le taux global d'invalidité « N » est déterminé en fonction du seul taux d'invalidité fonctionnelle.

7.4.4 Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Invalidité Permanente Totale sans pouvoir excéder les limites fixées à l'Article 6.4 « Cessation des garanties ». Il cesse également en cas de :

- Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 10.1 de la Notice d'Information ;
- Refus de se soumettre au contrôle diligent par la Mutuelle (sauf cas de force majeure) ;
- Changement de l'état de santé de l'Assuré si le taux d'invalidité devient inférieur à 66% ;
- Reprise par l'Assuré d'une quelconque activité professionnelle même partielle ;
- Reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Décès de l'Assuré ;
- Départ à la retraite de l'Assuré, de mise en préretraite ou lorsqu'il atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite.

7.5. Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

7.5.1 Définition de la garantie

L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle si, pendant la période de validité de la garantie, avant la date de liquidation de sa pension de retraite et selon l'option choisie au plus tard au jour de son 65^{ème}, 67^{ème} ou 71^{ème} anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un

Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- S'il se trouve définitivement dans l'impossibilité physique ou mentale permanente, médicalement constatée d'exercer tout ou partie de son activité professionnelle, et ;
- Et s'il lui est reconnu par le médecin-expert désigné par la Mutuelle, après Consolidation de son état de santé, un taux global d'invalidité « N » supérieur à 33% et inférieur à 66%.

La détermination du taux global d'invalidité « N » est identique à celle utilisée pour l'IPT à l'article 7.4.3 de la Notice d'Information.

7.5.2 Etendue de la garantie

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale, Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle versera, au prorata temporis et à terme échu une fraction égale à 50% de la prestation définie au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale, dans la limite des échéances réellement du(e)s par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'Invalidité Permanente Partielle.

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

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement, (pendant la période de différé), de prêts relais ou de prêts in fine, il sera versé, prorata temporis et à terme échu, les seuls intérêts annuels dus par l'Assuré au titre du prêt garanti réduits de la Quotité assurée. Pour les prêts in fine, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle, l'invalidité est constatée par un médecin-expert qui reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'arrêt de travail ou d'Invalidité Permanente Partielle concomitant des Coassurés sur la même période, il pourra être versé une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100 % de l'échéance réellement due à l'Organisme Prêteur.

La prise en charge des remboursements s'applique pendant la durée de l'invalidité et tant que le terme des prestations tel que déterminé à l'article 6.4 n'est pas atteint.

7.5.3 Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Invalidité Permanente Partielle sans pouvoir excéder les limites fixées à l'article 6.2 « Cessation de l'adhésion ». Il cesse également en cas de :

- Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 10.1 de la Notice d'Information ;
- Refus de se soumettre au contrôle diligent par la Mutuelle (sauf cas de force majeure) ;
- Changement dans l'état de santé de l'Assuré si son taux d'invalidité devient inférieur à 33% ;
- En cas d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ;
- En cas de reprise d'une activité professionnelle à temps plein ;
- En cas de reconnaissance d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'indemnisation à ce titre.

7.6 Garantie Invalidité Permanente Professionnelle (IPPRO)

7.6.1 Conditions d'adhésion :

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie DC/PTIA. Pour pouvoir bénéficier de prestation au titre de cette garantie, l'Assuré devra justifier de son activité professionnelle au jour du sinistre.

L'assuré est reconnu en état d'Invalidité Professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un Accident garanti(e) et survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties, s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale médicalement constatée au plus tard au jour de son 65^{ème}, 67^{ème} ou 71^{ème} (selon l'option choisie à l'adhésion, le rendant définitivement inapte à l'exercice de l'activité pratiquée au jour du sinistre. Cette garantie est exclusivement destinée aux personnes exerçant une des professions de santé suivantes à l'adhésion : médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, interne, sage-femme, pharmacien, kinésithérapeute, ostéopathe ou vétérinaire (à condition qu'ils soient diplômés d'Etat et inscrits au Conseil National de l'Ordre de leur profession).

7.6.2 Conditions d'adhésion :

Pour les professions médicales et paramédicales citées ci-dessus, en cas d'invalidité professionnelle de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, La Mutuelle verse une rente d'invalidité dont le montant est calculé proportionnellement au taux d'invalidité évalué en fonction de la quotité choisie et du montant de la mensualité de prêt ou du loyer TTC tels que définis dans le tableau d'amortissement ou calendrier de loyers. Le taux d'invalidité détermine le montant de la rente dans les conditions suivantes, si le taux d'invalidité est :

Supérieur à 66% la rente d'invalidité est versée intégralement ;

Compris entre 33% et 66% : la rente d'invalidité est versée à 50% ;

Compris entre 15% et 33% la rente d'invalidité versée à 25%.

Si l'Assuré a opté pour un mode de versement de l'IPP sous forme de capital alors en cas d'IPPRO supérieure à 66% la prestation sera versée sous forme de capital, dont le montant sera calculé en fonction du capital restant dû au jour de la reconnaissance de l'IPPRO et prorata de la Quotité assurée.

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé, de prêts relais ou de prêt In Fine, il sera versé prorata temporis et à terme échu, les seuls intérêts annuels dus par l'Assuré au titre du prêt garanti. Pour les prêts in Fine la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital). Sont également exclus de la garantie les échéances échues et non réglées ainsi que les intérêts frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt au jour de la survenance du Sinistre et le montant de la valeur résiduelle/ option d'achat éventuellement compris dans les dernières échéances de remboursement dans le cadre d'un crédit-bail/ Loa au jour de la survenance du Sinistre.

L'Invalidité Professionnelle est constatée par la Mutuelle par expertise médicale. Le médecin expert désigné par la Mutuelle reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé. L'IPPRO réservée aux professions médicales et paramédicales ouvrant droit aux prestations tient compte uniquement de l'invalidité professionnelle appréciée en fonction de la profession exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident générateur de l'Invalidité, en tenant compte, des conditions normales d'exercice de la profession, des possibilités d'exercice qui subsistent après recours aux aides techniques disponibles.

En cas de pluralités d'Assurés : le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100% d'un même prêt. L'engagement de la Mutuelle ne saurait excéder 100% de la mensualité du prêt due à l'Organisme Prêteur.

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

Le taux d'invalidité est apprécié de 0 à 100% en tenant compte de la capacité de l'Assuré à exercer son activité professionnelle. La constatation dudit taux d'invalidité doit être réalisée en France métropolitaine.

Si un accident ou une maladie entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité sera calculé en considérant le taux de l'infirmité la plus handicapante, puis les taux suivants dans un ordre décroissant par rapport au pourcentage restant.

Le taux définitif qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème communiqué et le taux antérieur à l'Accident ou à la Maladie assurée.

7.6.3 Non cumul des prestations d'invalidité

L'assuré ayant souscrit la garantie IPP et la garantie IPPRO ne pourra cumuler les prestations en cas de sinistre. La Mutuelle appliquera la garantie offrant à l'Assuré la meilleure indemnisation.

7.7 Garantie Invalidité Spécifique

Cette garantie prévue par la Convention AERAS ne peut être proposée qu'en complément des garanties Décès/PTIA au Candidat à l'assurance ayant sollicité une garantie invalidité.

Dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle ont été refusées pour des raisons médicales, la GIS est proposée par la Mutuelle au niveau 2 sous réserve d'acceptation médicale.

Pour bénéficier de la GIS, toutes les conditions ci-dessous doivent être réunies :

- L'état de santé est consolidé ;
 - Le taux d'incapacité fonctionnelle apprécié par le médecin-conseil par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;
 - Un justificatif est présenté : titre de pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, mise à la retraite pour invalidité, mise en congés longue maladie ou perception d'une pension invalidité (civile ou retraite anticipée) pour les fonctionnaires ou d'une pension d'invalidité totale et définitive pour les non-salariés.
- Tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus, la Mutuelle verse à l'organisme prêteur les termes périodiques de remboursement du prêt, après application de la quote-part assurée, à raison de 1/30^{ème} du versement mensuel par jour d'arrêt de travail justifiée de l'Assuré, chaque mois entier étant compté sur trente (30) jours.
- Tous les risques de Maladie et d'Accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale figurant à l'article 8 « EXCLUSIONS ».

Les prestations cesseront d'être versées :

- En cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré si le taux fonctionnel devient inférieur à 70% ;
- En cas de non-production des justificatifs attestant de l'incapacité professionnelle de l'Assuré de manière administrative ; - à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 65^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité rémunérée ;
- Et dans tous les autres cas de cessation prévue à l'article 6 « Prise d'effet et durée des garanties » de la présente Notice d'Information.

7.8 Option exonération des cotisations

Cette option permet de bénéficier du remboursement des cotisations dans les conditions suivantes :

Dès lors que la Mutuelle verse des prestations au titre des garanties ITT, IPT, IPPRO sous forme de rente l'Adhérent bénéficie du remboursement des cotisations payées au titre de l'ensemble des garanties souscrites par l'Assuré, au prorata du nombre de jours indemnisés, et ce durant toute la période de prise en charge.

Pour l'Assuré qui bénéficie de la prise en charge au titre de l'IPP, l'exonération visée ci-dessus s'effectue à hauteur de 50 % du montant de ces cotisations.

7.9 - Option rachat des maladies psychiques et psychiatriques et les atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires (option rachat Psy & Dos) :

Sous réserve de l'accord de la Mutuelle et moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire, l'Assuré, ou l'Adhérent s'il est différent de l'Assuré, a la possibilité, si les garanties ITT, IPP, IPT et IPPRO ont été souscrites, de racheter les exclusions liées aux atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires et les exclusions liées aux affections psychiatriques définies à l'article 8 « EXCLUSIONS » de la présente Notice d'Information.

Le Candidat à l'assurance à la possibilité, au moment de l'Adhésion, de souscrire l'option « Psy & Dos » qui lui permet, pour les garanties ITT, IPP, IPT et IPPRO, d'être couvert :

- En cas d'ITT, d'IPP, d'IPT ou d'IPPRO résultant de toutes atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires, sans condition d'hospitalisation ;
- En cas d'ITT, d'IPP, d'IPT ou d'IPPRO résultant de toutes affections psychiatriques et syndrome de fatigue tels que définis à l'article 8 « EXCLUSIONS », sans condition d'hospitalisation.

L'option du présent article ne peut être souscrite que par les personnes résidant en France Métropolitaine hors Corse, dans les DROM ou à Monaco.

ARTICLE 8 – EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis au titre de la garantie Décès les suites et conséquences :

- Du suicide de l'Assuré survenant pendant 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. Dans ce cas toutefois, seul le montant du prêt dans la limite du plafond défini aux articles L.223-9 et D.223-1 du Code de la mutualité est garanti. En cas de modification apportées aux garanties (augmentation des capitaux assurés ou remise en vigueur de l'adhésion), le suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de la modification apportée aux garanties, mais ne concerne le cas échéant que l'augmentation de garantie ;
- De guerres civiles ou étrangères, émeutes, mouvements populaires, ou rixes. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements, ou si cette participation résulte de l'exercice de sa profession, préalablement garantie par la Mutuelle lors de l'adhésion à la Notice d'Information ;
- Des 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 ;
- De risques aériens se rapportant à des compétitions aériennes, raids aériens, vols acrobatiques, voltige, tentatives de records ou vols d'essais, ainsi que les vols effectués sur des appareils non munis d'un certificat valable de navigabilité, ou pilotés par un pilote non muni d'un brevet valable ;
- Des Accidents de la circulation résultant d'un état d'ivresse de l'Assuré caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation française du Code de la route en vigueur à la date de survenance de l'Accident ou celle du pays où a eu lieu l'Accident si le taux d'alcool maximum autorisé par cette réglementation locale est plus faible ;
- Des Affections dont la première constatation est antérieure à la date de prise d'effet des garanties, dès lors que l'adhésion peut être soumise à la sélection médicale et que l'Assuré ne les a pas déclarées. Dans ce cas, les suites et conséquences des affections déclarées lors de l'adhésion sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'Assuré ou mention particulière faite au certificat d'adhésion. En toute hypothèse, les affections couvertes par le Droit à l'Oubli sont garanties.

En outre, sont également exclues les suites et conséquences d'Accidents résultant de la pratique par l'Assuré des sports ou activités indiqués ci-après :

- le saut à l'élastique

-la pratique de tout sport ou activité sportive :

- non représenté(e) par une fédération française agréée par le Ministère des Sports français,
- à titre professionnel ou à titre amateur sous contrat rémunéré,
- nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre à moteur, toutefois cette exclusion ne s'applique pas à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état,
- nécessitant l'utilisation d'une embarcation à moteur, toutefois cette exclusion ne s'applique pas à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état,
- nécessitant l'utilisation d'un quelconque engin aérien (à moteur, à aile ou à voile), toutefois cette exclusion ne s'applique pas à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état.

Dans le cadre d'une pratique ponctuelle, d'une initiation ou d'un baptême encadrés par un personnel qualifié titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigées, les exclusions sportives ci-dessus ne s'appliquent pas.

Tout ou partie de ces exclusions sportives peut faire l'objet, sous réserve de l'accord de la Mutuelle, d'un rachat d'exclusion lors de l'adhésion à la Notice d'Information.

Au titre de la garantie PTIA, outre les exclusions au titre de la garantie Décès, sont également exclues les suites et conséquences :

- d'Accidents ou de Maladies résultant du fait volontaire de l'Assuré, y compris les tentatives de suicide ou de mutilation ;
- d'usage de drogues, stupéfiants ou de médicaments non prescrits médicalement ;
- de l'imprégnation alcoolique reconnue médicalement.

Ne sont pas garanties au titre des garanties ITT :

- les exclusions prévues au titre des garanties Décès et PTIA ;
- les suites et conséquences d'une Maladie ou d'un Accident ayant donné lieu à un arrêt de travail en cours à la Date d'effet ;
- Troubles anxieux, troubles névrotiques, schizophrénie, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome de burn-out ou d'épuisement, du syndrome de fatigue chronique, de la fibromyalgie, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation en établissement psychiatrique, ou service de psychiatrie d'un établissement hospitalier, supérieure ou égale à quinze (15) jours continus. La matérialisation de cette hospitalisation n'entraînera pas une indemnisation rétroactive portant sur la période d'incapacité antérieure au 1er jour d'hospitalisation.
- Pathologies relatives à l'axe rachidien, paravertébrales, disco-vertébrales ou dorsolombaires et leurs suites et conséquences, de lumbago, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à sept (7) jours continus ; La matérialisation de cette hospitalisation n'entraînera pas une indemnisation rétroactive portant sur la période d'incapacité antérieure au 1er jour d'hospitalisation. cette exclusion ne s'applique pas en cas d'affections tumorales ou fracturaires de la colonne vertébrale ». Les affections tumorales et les fractures traumatiques d'origine accidentelle, leurs suites et leurs conséquences, sont en effet couvertes par le contrat.
- La période de grossesse couverte par le congé légal de maternité, ou assimilé pour les non-salariés tel que prévu par le Code du Travail, n'est pas considéré comme une période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ; cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées ;
- Les cures de toute nature, notamment thermales, marines de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en établissement de repos.

- Interventions chirurgicales esthétiques et / ou traitements esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti à la Notice d'Information.

Sont exclues au titre des garanties IPT, IPP et IPPRO les exclusions prévues pour les garanties Décès, PTIA et ITT.

ARTICLE 9 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

9.1 Modification de la situation personnelle de l'Assuré

Les modifications de situation personnelle de l'Assuré en cours de Contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans la limite des dispositions prévues à l'article 6.4 « Cessation des garanties » selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de celle des avenants.

L'Adhérent est tenu d'informer la Mutuelle de tout changement de domicile, d'adresse postale et électronique, à défaut les courriers transmis par la Mutuelle à son dernier domicile seront réputés avoir été reçus.

9.2 Modification du tableau d'amortissement

Les garanties joueront conformément au tableau en vigueur au jour du Sinistre, et ce, dans la limite du dernier tableau d'amortissement communiqué à la Mutuelle.

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des prêts couvert(s) par la présente Notice d'Information en cours de Contrat, l'Assuré, ou l'Adhérent s'il est différent de l'Assuré, 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 soixante 60 jours. En cas de déclaration hors délai, la rétroactivité sera limitée à soixante (60) jours. La Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au Certificat d'Adhésion prenant effet rétroactivement à la date de modification et pourra être amenée, le cas échéant, à rembourser à l'Assuré une fraction de la cotisation payée.

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

En cas de remboursement anticipé partiel : la Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du prêt et pourra être amenée à rembourser une fraction des cotisations payées.

Les augmentations d'échéance intervenant après la date de l'arrêt de travail ou dans les six (6) mois précédant la date d'arrêt de travail sont sans effet sur le montant des prestations versées en Incapacité Temporaire Totale, en Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle.

Les demandes de modifications de la durée initiale du prêt par l'Assuré, ou l'Adhérent s'il est différent de l'Assuré, ne donnent pas lieu à l'établissement de nouvelles formalités d'adhésion ou médicales sous réserve du strict respect des conditions cumulatives suivantes :

- La durée supplémentaire n'excède pas 24 mois ;
- La nouvelle durée totale du prêt ne doit pas excéder la durée maximum indiquée à l'article 2.

9.3 Modification des garanties

Une fois le Certificat d'Assurance émis, les garanties souscrites sont acquises pendant toute la durée du Contrat, sous réserve de modifications légales ou réglementaires imposant la modification de ces garanties.

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

donnent lieu à de nouvelles formalités d'adhésion et sont soumises à l'accord de la Mutuelle.

S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception par la Mutuelle de l'accord écrit du Bénéficiaire acceptant, sous réserve du paiement de la cotisation d'assurance.

S'il s'agit d'une augmentation, cette modification prend effet à la date d'effet des garanties mentionnées sur la nouvelle Demande d'Adhésion et au plus tôt à la date d'acceptation de la modification par la Mutuelle, l'acceptation du changement étant subordonnée aux résultats des nouvelles formalités d'adhésion.

Dans le cas de la désolidarisation de l'un des emprunteurs, l'augmentation de la Quotité de l'Assuré conservant la qualité d'emprunteur est acceptée d'office par la Mutuelle, sous réserve de l'ajustement du montant des cotisations par rapport à cette nouvelle Quotité.

L'Assuré, et/ou l'Adhérent s'il est différent de l'Assuré, est tenu d'informer la Mutuelle de tout changement de domicile à défaut les courriers transmis par la Mutuelle à son dernier domicile seront réputés avoir été reçus.

ARTICLE 10 – FORMALITES A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE ET REGLEMENT DES PRESTATIONS

10.1 Formalités en cas de Sinistre

Pour faire valoir ses droits aux prestations, tout Assuré doit être à jour de ses cotisations.

L'Assuré Caution doit notamment justifier de la mise en œuvre d'une procédure contentieuse de recouvrement engagée à son encontre, antérieure à la survenance de l'ITT, l'IPT, l'IPP ou de l'IPPRO.

L'Assuré doit déclarer son état d'ITT dans un délai de 180 jours. En cas de déclaration tardive, les prestations débiteront à compter de la date de réception par la Mutuelle de la déclaration sans application du délai de Franchise.

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de Franchise ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale faite, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. La Mutuelle se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Les déclarations de sinistre devront être adressées à :

**UTWIN Assurances - Service Gestion des sinistres
2 quai du Commerce 69009 Lyon**

Pièces à fournir :

- Dans tous les cas
 - Une déclaration de Sinistre ;
 - Pièce d'identité en cours de validité ;
 - Un échéancier du prêt ou un tableau d'amortissement effectif à la date du Sinistre, à défaut une photocopie du Contrat de prêt ou une attestation détaillée de l'Organisme Prêteur ;
 - Toute autre pièce jugée nécessaire par la Mutuelle ;
 - Une attestation d'affiliation, de l'Assuré, à un régime obligatoire de sécurité sociale français ou monégasque.
- En cas de Décès
 - Un acte intégral de Décès établi par un bureau d'état civil ou, en cas de Décès à l'étranger, par la représentation française située dans le pays concerné (consulat ou ambassade) ;
 - Un certificat médical sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle indiquant si le Décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle ;
 - Les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu ;
 - L'intégralité du procès-verbal de police ou de gendarmerie établi en cas d'Accident ;

- Attestation de l'Organisme Prêteur indiquant le Capital Restant Dû au jour du Décès.

3. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par la Mutuelle, remplie par le médecin traitant de l'Assuré ;
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou d'une rente d'invalidité de 2^{ème} catégorie ;
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou la notification de la rente accident du travail à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, l'arrêté de position administrative ou la décision de la commission de réforme ;
- S'agissant d'un Assuré non assujéti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état de PTIA par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant ;
- L'attestation de tierce personne ;
- L'attestation de l'Organisme Prêteur indiquant le Capital Restant Dû au jour de la reconnaissance de la PTIA.

Si l'Assuré ne réside pas en France, la preuve de l'état de PTIA doit être fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par la Mutuelle. A défaut, la garantie PTIA sera maintenue, mais le droit à prestation sera suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine ou dans les DROM-COM.

4. En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par la Mutuelle, remplie par l'Assuré et par un médecin qu'il aura choisi ;
- Comptes rendus hospitaliers et opératoires ;
- Circonstances détaillées en cas d'accident ;
- La copie des arrêts de travail (initial(aux) et prolongations) ;

Ou toute autre pièce que la situation de l'intéressé rend nécessaire pour justifier de son degré d'invalidité et de la nécessité pour lui de l'assistance continue et viagère d'une tierce personne.

10.2 Règlement des prestations

Les prestations, payées en euros, sont versées en fonction du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle et dans la limite des sommes réellement dues à l'Organisme prêteur.

10.3 Continuation du service des prestations

La poursuite du paiement des prestations suppose, qu'à l'occasion des contrôles médicaux que la Mutuelle peut à tout moment diligenter, ait été vérifié le bien-fondé de la poursuite du service des prestations. La poursuite du service des prestations suppose également la production d'une attestation mensuelle certifiant de l'état d'ITT ou d'une attestation trimestrielle en cas d'IPT ou d'IPP.

Les pièces émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas la Mutuelle. Les pièces émanant de la CDAPH ne permettent pas, à elles seules, de justifier d'une ITT, IPP, IPT, IPPRO ou PTIA.

Il est rappelé que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants droit, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, et/ou aux circonstances du Sinistre, entraînent la déchéance

de tout droit aux garanties de la présente Notice d'Information pour le Sinistre en cause.

ARTICLE 11 – BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations est l'Organisme Prêteur en cas de Décès, PTIA, ITT, IPT, IPP, IPPRO.

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

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

ARTICLE 12 – TERRITORIALITE

L'Assuré est couvert dans le monde entier, pour tout déplacement à l'étranger à titre personnel, professionnel ou humanitaire.

Le risque de Décès est couvert, sous réserve que la preuve du Décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle ou d'Invalidité Permanente Professionnelle survenus hors de France, doivent être constatés par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) pour ouvrir droit au paiement des prestations. A défaut de preuve, la garantie sera maintenue mais le droit aux prestations sera suspendu jusqu'au jour du retour en France (y compris DROM-COM).

ARTICLE 13 – DECISION DE LA MUTUELLE, CONTRÔLE ET CONTESTATION

La Mutuelle peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales ou expertises par les soins d'un médecin désigné par elle, contrôles, enquêtes et vérifications qu'elle juge nécessaires, soit pour son compte soit celui de tout organisme avec lequel elle est liée.

Lors de la déclaration de Sinistre initiale, l'Assuré, ou ses ayants-droits en cas de Décès, est tenu de fournir, sous peine de déchéance, sur simple demande, les certificats ou tout autre renseignement d'état civil ou médicaux dont la Mutuelle aurait besoin pour juger de son état de santé avant, au moment et après son adhésion.

Au cours de la période d'indemnisation, le contrôle suspend les paiements jusqu'à prise de décision par la Mutuelle.

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

Tout refus de prise en charge initiale ou de poursuite de la prise en charge de la Mutuelle suite à un contrôle médical peut faire l'objet d'une procédure de tierce expertise.

La Mutuelle invite alors le médecin de l'Assuré, et celui qu'elle a choisi, à désigner un médecin tiers expert chargé de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente à ce sujet, la désignation est faite, à la demande de la Mutuelle par le Président du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'Assuré. Si l'Assuré est domicilié hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de Paris. Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties sous réserve du recours par voie de droit.

L'Assuré prendra à sa charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert et la

moitié des frais de nomination dudit tiers expert, quelle que soit l'issue de la tierce expertise.

ARTICLE 14 – RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'interprétation et/ou l'exécution de la Notice d'Information, l'Assuré peut s'adresser à

UTWIN ASSURANCES
Service Clients
2 quai du Commerce
69009 Lyon

Ou via son Espace Assuré, qui les aidera à rechercher une solution. Si les réponses apportées ne satisfont pas l'Assuré ou s'il souhaite faire une réclamation, l'Assuré peut écrire à la Mutuelle à l'adresse suivante:

Groupe MNCAP –
Service gestion des réclamations –
5, rue Dosne
75116PARIS.

La Mutuelle s'engage à accuser réception de sa demande dans les dix (10) jours ouvrables suivants sa réception et à lui apporter une réponse au maximum dans les deux (2) mois.

En cas de désaccord avec la position définitive de la Mutuelle c'est-à-dire après épuisement des voies de recours internes à la Mutuelle, l'Assuré ou ses ayants droit peut(vent) demander l'avis du Médiateur de la FNMF via le formulaire disponible sur le site www.mediateur-mutualite.fr ou par courrier à :

FNMF - Service Médiation,
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15.

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

MNCAP – Service gestion des réclamations –
5 rue Dosne
75116 PARIS

La demande écrite et signée devra autoriser le Médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier et en particulier du volet médical détenu par le service médical de la Mutuelle.

Le recours au médiateur est gratuit. Le médiateur formulera un avis motivé dans le délai qu'il aura indiqué dans la confirmation de sa saisine auprès de l'Assuré et de la Mutuelle. La saisine du médiateur interrompt le cours de la prescription.

En cas de difficultés liées au fonctionnement ou au non-respect des dispositions de la Convention AERAS, l'Assuré peut s'adresser à la Commission de Médiation – 4 place de Budapest - 75009 Paris, qui l'aidera à rechercher une solution amiable du dossier.

ARTICLE 15 – DELAIS DE DECLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

15.1. Délai de déclaration

En cas d'ITT, d'IPP ou d'IPT est considéré comme forclus tout Assuré n'ayant pas formulé sa demande de prestation à la Mutuelle dans un délai maximum de six mois suivant la survenance du Sinistre sauf impossibilité médicale démontrée. Passé ce délai, la Mutuelle ne règlera que les mensualités à échoir.

15.2. Prescription

Toute action dérivant du Contrat est prescrite par deux ans à compter du jour de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les délais et les dispositions :

- de l'article L.221-11 du Code de la mutualité (prescription) qui prévoit :

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'Union en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les Contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2), les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du Décès du membre participant. »

- de l'article L.221-12 (interruption de la prescription) du Code de la Mutualité qui prévoit :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la Mutuelle ou l'Union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'Union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 221-12 du Code de la mutualité sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, l'Assuré est invité à consulter le site officiel «www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le

délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

ARTICLE 16 – COTISATIONS D'ASSURANCE

Les garanties du contrat n°2023U002 sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle.

Elle est calculée suivant l'âge atteint par l'Assuré chaque année à la date d'effet du Contrat, en fonction de l'activité professionnelle de l'Assuré, des risques sportifs et médicaux déclarés, du statut de fumeur ou de non-fumeur, des garanties souscrites, et de la Quotité choisie. Le taux d'assurance ainsi déterminé chaque année est appliqué au Capital Restant Dû à chaque échéance du Contrat sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle, documenté dans le Certificat d'Assurance.

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

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

Selon la périodicité demandée par l'Adhérent et acceptée par la Mutuelle, les cotisations peuvent être payées mensuellement, trimestriellement ou semestriellement uniquement par prélèvement automatique.

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

En cas 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, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçue(s) par la Mutuelle, lors de l'adhésion, seront alors intégralement remboursées et le contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

En cas de non-paiement de la cotisation, il sera procédé, à l'initiative de la Mutuelle à l'envoi d'une lettre de mise en demeure en application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité. Cette lettre recommandée est envoyée par la Mutuelle dix (10) jours au plus tôt après la date à partir de laquelle les sommes dues doivent être payées.

Un double de ce courrier sera transmis au Bénéficiaire acceptant du contrat.

Le défaut de paiement d'une cotisation peut entraîner la radiation de l'Assuré de la Mutuelle et la résiliation de l'ensemble des garanties souscrites par l'Assuré au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, par lettre recommandée.

Les cotisations échues non payées restent dues.

ARTICLE 17 – FRAIS D'ADHESION A LA MUTUELLE

En application des statuts de la Mutuelle, afin de bénéficier de l'assurance, il y a lieu d'adhérer à la Mutuelle en qualité de membre participant. Les adhésions sont nominatives et donnent lieu au paiement d'un droit d'entrée fixé statutairement à **2€**, à acquitter dès l'émission du

Certificat d'Adhésion. Le membre participant prend part à l'élection des délégués de sections à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

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

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

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

Les frais d'adhésion ne sont pas remboursables.

ARTICLE 18 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT – FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme par la mise en place de procédures appropriées pour identifier et évaluer les risques auxquels elle est exposée et peut être amenée à interroger les parties au contrat (Adhérent, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il est ainsi notamment demandé au candidat à l'assurance :

- De fournir une pièce d'identité à l'adhésion et au moment du Sinistre aux fins de vérification de son identité ;
- De renseigner la déclaration relative à la notion de Personne Politiquement Exposée (PPE), telle que définie à l'article R.561-18 du Code monétaire et financier, figurant sur la Demande d'Adhésion;

Il est également demandé à l'Assuré, dans le cadre de la mise en œuvre de la vigilance constante, d'informer la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception s'il cessait d'être une PPE ou s'il le devenait au cours de la relation d'affaire.

ARTICLE 19 – INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

L'Adhérent est informé et accepte que dans le cadre de l'exécution du Contrat, MNCAP et UTWIN ASSURANCES, en tant que responsables conjoints de traitement, peuvent stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du Contrat et en particulier lors de l'adhésion, dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 20 juin 2018 et le Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (ou « RGPD »).

MNCAP a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@mncap.fr

UTWIN ASSURANCES a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@utwin.fr

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de l'adhésion à l'**Association des Assurés pour une Protection Solidaire**, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, ainsi que pour l'amélioration des services proposés par MNCAP et UTWIN ASSURANCES, et ont pour base juridique l'exécution du contrat.

Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données sont également conservées afin de permettre à MNCAP et UTWIN ASSURANCES de respecter les obligations légales et réglementaires leur incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques liées à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment d'argent. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale.

Sauf opposition de l'Adhérent, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par voie électronique, par MNCAP et UTWIN ASSURANCES, pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, sur la base juridique de leurs intérêts légitimes respectifs.

Ces données personnelles sont strictement confidentielles et ne sont destinées qu'aux services compétents de MNCAP et UTWIN ASSURANCES intervenant dans le cadre de l'exécution du contrat.

Dans le cadre de l'exécution du Contrat et/ou de ses suites, MNCAP peut également être amenée à communiquer certaines des données ainsi

recueillies à des tiers dûment habilités, et le cas échéant, à ses réassureurs, dans le strict respect de la réglementation applicable lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la ou les finalités déclarées. Pour plus d'informations sur les réassureurs et leur utilisation des données, veuillez contacter MNCAP.

Les données personnelles traitées ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables ou aux règles de conservation des documents comptables. Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, l'Adhérent est invité à prendre contact avec un délégué à la protection des données fin de s'informer notamment sur la politique de protection des données personnelles et sur les durées de conservation desdites données.

L'Adhérent dispose à l'égard de MNCAP et UTWIN ASSURANCES, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants :

- Droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- Droit de demander la rectification de celles-ci,
- Droit de demander leur effacement,
- Droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- Droit de s'opposer au traitement,
- Droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- Droit à la portabilité des données le concernant,
- Droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle,
- Droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son Décès.

L'Adhérent peut exercer ses droits en s'adressant à : UTWIN ASSURANCES, 2 quai du Commerce 69009 Lyon ou dpo@UTWIN.fr. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ». UTWIN ASSURANCES se chargera de transmettre les demandes à MNCAP, le cas échéant.

L'Adhérent est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/>

L'Adhérent est informé de l'existence d'une prise de décision automatisée par MNCAP aux fins d'améliorer ses produits, d'évaluer sa situation et de personnaliser les offres qui pourraient lui être proposées. L'Adhérent est également informé que MNCAP et UTWIN ASSURANCES n'envisagent pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne.

D'une manière générale, MNCAP et UTWIN ASSURANCES s'engagent à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui leur ont été communiquées par l'adhérent ou auxquelles elles auront accès dans le cadre de l'exécution du contrat.

Les engagements pris par MNCAP et UTWIN ASSURANCES au titre du présent article survivront à la cessation du Contrat pour quelque cause que ce soit.

En cas de désaccord persistant, l'Adhérent peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante :

Commission Nationale Informatique et Libertés
3 place de Fontenoy
75007 Paris

ARTICLE 20 – AUTORITE DE CONTROLE

Il est rappelé que l'autorité de contrôle de la Mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), sise à **Paris, au 4 place de Budapest 75436 Cedex 09.**

ARTICLE 21 – DROIT DE RENONCIATION

En cas de vente à distance, conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité (et les dispositions des articles L.222-1, L.222-3, L.222-6, L.222-13 à L.222-15 et L.222-18 du Code de la consommation),

l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion sous réserve de l'accord de l'Organisme Prêteur dans un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion formalisée par l'envoi du Certificat d'Assurance.

La Mutuelle prolonge ce délai de renonciation de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion à trente (30) jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Dans les autres cas, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à l'assurance dans un délai de trente jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance. et doit en avoir averti l'Organisme Prêteur par lettre recommandée.

Pour ce faire, il doit adresser un courrier ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité, avec copie à l'organisme de prêt concerné, reproduisant le texte ci-dessous :
*Je soussigné(e) « Nom, Prénom » né(e) le demeurant titulaire du contrat de prêt N° « raison sociale de l'organisme de prêt » déclare renoncer expressément à l'adhésion de mon contrat MNCAP Welcom' Emprunteur N°.
Je demande le remboursement des sommes déjà versées.
Fait à le « Signature »*

Le courrier doit être adressé à l'adresse suivante :

UTWIN ASSURANCES
Service gestion
2 quai du Commerce
69009 Lyon

Les cotisations éventuellement versées lui sont alors remboursées dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité

Au-delà de ce délai, l'Assuré pourra mettre fin au contrat par résiliation selon les dispositions prévues à l'article 6.3. La renonciation met fin à l'affiliation.

La Mutuelle informe parallèlement l'éventuel Bénéficiaire acceptant.

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

ARTICLE 22 – FACULTE DE RESILIATION

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, et sous réserve des dispositions de la Notice d'Information relatives à la prise d'effet et à la durée de l'adhésion, l'Adhérent dispose de la faculté de résilier son adhésion à tout moment.

L'Adhérent peut résilier son adhésion en notifiant sa demande à la Mutuelle par l'envoi d'une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité à la Mutuelle conformément au 1er alinéa de l'article L.221-10 du Code de la mutualité.

Dans tous les cas, l'Adhérent doit notifier sa demande de résiliation auprès de l'organisme prêteur, qui informera l'Adhérent de sa décision d'acceptation ou de refus dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception d'un autre contrat d'assurance de substitution.

La lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité doit être envoyé à l'adresse suivante :

UTWIN ASSURANCES
Service gestion
2 quai du Commerce
69009 Lyon

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

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

ARTICLE 23 – PARTICIPATION AUX BENEFICES

L'Adhérent, ou l'Assuré s'il est différent de l'Adhérent, ne peut se prévaloir d'aucun droit individuel aux bénéfices techniques et financiers de la présente Notice d'Information. Ceux-ci sont affectés, à la fin de chaque exercice, à l'ensemble des provisions techniques ou des réserves de la Mutuelle.

ARTICLE 24 – LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

Il est expressément précisé que la Notice d'Information en vigueur au moment de l'adhésion fait la loi entre les parties. Ainsi, les éventuelles Notices d'Information adoptées ultérieurement par la Mutuelle s'appliqueront exclusivement aux nouvelles affaires conclues après leur adoption.

Par conséquent, le bénéfice des nouvelles Notices d'Information ne pourra être revendiqué par l'Adhérent pour régir les Sinistres à venir se rapportant à son adhésion antérieure.

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

La Mutuelle fait élection de domicile à son siège à Paris.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de la Notice d'Information sera de la compétence du tribunal du domicile de l'Assuré ou de l'ayant droit, si ce dernier est domicilié en France.

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

LEXIQUE

Accident : Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré. Ne sont donc pas des accidents au sens de la présente Notice d'Information le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide, les maladies, leurs conséquences, ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes et indirectes. A titre d'exemple, un « accident vasculaire » ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents.

Activité Professionnelle Rémunérée : Activité procurant des revenus payés par un employeur ou par des clients à l'exclusion des activités menées par :

- les personnes au foyer,
- les investisseurs qui vivent de leurs revenus issus de leurs investissements,
- les retraités,
- les personnes percevant principalement des indemnités ou des allocations.

Adhérent : Personne physique qui souscrit à la Notice d'Information et en paie les cotisations. L'Adhérent peut être membre d'une personne morale qui s'engage irrévocablement à payer les cotisations pour le compte de l'Assuré.

Assuré : Personne physique admise à l'assurance, membre de la Mutuelle, et sur la tête de laquelle repose l'assurance. Il peut être représentant d'une personne morale, Emprunteur, Co-Emprunteur, Caution du prêt et adhère aux statuts, et se conforme aux dispositions de la présente Notice d'Information.

Bénéficiaire : l'Organisme Prêteur est réputé bénéficiaire acceptant et percevra les prestations prévues par la Notice d'Information en cas de Sinistre sauf cas particulier lié à la mise en place d'un séquestre avec accord de l'Organisme prêteur et de la Mutuelle.

Proposition commerciale après étude médicale : Proposition d'assurance émise par la Mutuelle précisant le montant du prêt garanti, la Quotité assurée, les garanties accordées, les conditions tarifaires, émise sous réserve d'acceptation des conditions particulières.

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

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

Capital Restant Dû : montant total du prêt dont l'Adhérent est redevable auprès de l'Organisme Prêteur à une date déterminée. Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des Échéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

Caution : Personne qui s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement des mensualités du prêt, auprès de l'Organisme Prêteur, par le (Co) Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci. **La Caution ne peut souscrire qu'aux seules garanties Décès/PTIA.**

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

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

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

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

Contrat : le contrat de l'Assuré est formé par la demande d'adhésion (y compris les questionnaires de sélection de risque), la présente Notice d'Information, le Certificat d'Assurance et l'éventuel Bon pour Accord.

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

Date d'effet de l'Adhésion : La Date d'effet de l'Adhésion correspond à la date à partir de laquelle la demande d'adhésion a été signée électroniquement. Elle est précisée sur le Certificat d'Adhésion remis à l'Assuré ou sur le dernier avenant du Certificat d'Adhésion.

Demande d'Adhésion : Document fourni par la Mutuelle complété et signé électroniquement par le Candidat à l'Assurance afin de formaliser sa demande d'adhésion à la Notice d'Information.

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

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail, choisi par le Candidat à l'assurance (30, 60, 90, 120 ou 180 jours) et figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier Certificat Individuel d'Adhésion avenant, au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale. Pour les Candidats à l'assurance ayant souscrit un **prêt à taux zéro, un prêt de regroupement de crédits ou un prêt dans les DROM-COM, ou si sa demande d'assurance entre dans le champ d'application de l'article L.113-2-1 du code des assurances les franchises applicables sont de 90 120 ou 180 jours.**

Inactif : Toute personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle. Néanmoins, une personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée et qui est soit au chômage indemnisé par Pôle Emploi ou un organisme assimilé, soit Conjoint collaborateur, ne relève pas de cette catégorie.

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

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

Profession : Métier exercé par l'Assuré lui procurant un salaire, une rémunération ou des revenus.

Quotité : Niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimée en pourcentage du capital initial, précisée sur le Certificat d'Assurance ou sur le dernier avenant du Certificat d'Assurance, pour les garanties de la Notice d'Information.

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

Sinistre : Réalisation d'un événement susceptible de mettre en jeu l'une ou l'autre des garanties prévues par la Notice d'Information.

Taux de Change : est ainsi dénommé le taux de change applicable aux montants cités dans la présente Notice qui sera déterminé selon le cours de référence de la Banque de France (<http://www.banquefrance.fr/nc/economie-et-statistiques/change-et-taux/les-tauxdechange-salle-des-marches/parites-quotidiennes.html>).

Vente à distance : Système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion de l'adhésion

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

MNCAP WELCOM'EMPRUNTEUR

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

Le barème actuellement en vigueur est le suivant :

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