

Le présent document constitue la Notice d'Information prévue par la législation. Il décrit les dispositions essentielles du contrat groupe d'assurance à adhésion facultative souscrit par l'Association des Assurés de ZENIOO (Association régie par la loi du 1er juillet 1901 - 33 rue de la République 69002 LYON) ci-après dénommée « la Contractante », 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.221-4 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.

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

Pour une meilleure compréhension de la présente Notice d'information, nous vous proposons de vous référer au Lexique ci-dessous :

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

Adhérent : Personne physique qui souscrit au contrat et en paie les cotisations. L'Adhérent a aussi la qualité d'Assuré. 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 et sur la tête de laquelle repose l'assurance. Il peut être représentant d'une personne morale, Emprunteur, Co-Emprunteur, Caution du prêt.

Assuré sans activité professionnelle : Sont considérés sans activité professionnelle les Chômeurs et Inactifs.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra les prestations prévues dans la notice d'information en cas de réalisation du risque.

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

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

Caution : Personne qui s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement des mensualités du prêt par le (Co) Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci. **L'Assuré caution ne peut souscrire qu'aux seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.**

Certificat Individuel d'Adhésion : Document remis à l'Assuré constatant son adhésion au Contrat. 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.

Chômeur : Assuré bénéficiant de droits aux prestations de Pôle Emploi ou d'organismes similaires au moment du Sinistre.

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

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

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

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

Date d'effet : La Date d'effet d'adhésion correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu. Elle est précisée sur le

Certificat Individuel d'Adhésion remis à l'Assuré ou sur le dernier Certificat Individuel d'Adhésion avenant.

Contrat : Le Contrat est formé par l'acceptation de l'Assuré des statuts de la Mutuelle, des conditions générales reprises dans la notice d'information et éventuellement des conditions particulières présentées dans le Bon pour accord.

Demande Individuelle d'Adhésion (DIA) : Document fourni par la Mutuelle complété et signé par le Candidat à l'Assurance afin de formaliser sa demande d'adhésion au Contrat.

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 ou 90, 120, 180 jours pour les contrats entrant dans le champ d'application de l'article L.113-2-1 du code des assurances) 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.

Inactif : Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée fiscalement déclarée au moment du Sinistre.

Incapacité Temporaire Totale (ITT) : Est considéré en incapacité de temporaire totale de travail l'Assuré se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis, dans l'impossibilité totale et temporaire médicalement reconnue d'exercer sa profession sous réserve qu'à la date d'arrêt de travail il exerce effectivement une activité professionnelle rémunérée.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité de travail s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou à une maladie garantie, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles.

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet de la garantie et au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire. De plus, l'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : Est considéré en Invalidité Permanente Partielle au sens du présent Contrat d'Assurance, l'Assuré se trouvant, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garantis, dans l'impossibilité permanente, d'exercer tout ou partie de son activité professionnelle, qui justifie d'un taux contractuel d'Invalidité Permanente supérieur à 33 % et inférieur à 66%, après Consolidation de son état de santé, et avant la date de liquidation de la pension de retraite ou de pré-retraite et au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire.

Le taux d'Invalidité est établi par le Médecin Conseil de l'Assureur, le cas échéant suite à expertise médicale, sur la base du tableau croisé de la notice d'information.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : Est considéré en Invalidité Permanente Totale au sens du présent Contrat d'Assurance se trouvant, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garantis, dans l'impossibilité totale et de façon permanente, d'exercer sa profession, et qui justifie d'un taux contractuel d'Invalidité Permanente supérieur à 66 % après Consolidation de son état de santé, et avant la date de liquidation de la pension de retraite ou de pré-retraite et au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire.

Le taux d'Invalidité est établi par le Médecin Conseil de l'Assureur, le cas échéant suite à expertise médicale, sur la base du tableau croisé de la notice d'information.

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.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : L'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, 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 dans l'impossibilité physique ou mentale définitive et permanente, médicalement constatée au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire, de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, et
- S'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).

Professions de Santé : médecins enregistrés au Conseil National de l'Ordre des Médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes enregistrés au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sage-femme, infirmier, kinésithérapeute ou vétérinaire.

Quotité : Niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimé en pourcentage du capital restant dû, précisé au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier Certificat Individuel d'Adhésion avenant, pour les garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Invalidité Permanente Totale, et de la mensualité pour les garanties Incapacité Temporaire Totale / Invalidité Permanente Partielle.

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

Sinistre : Evènement susceptible de mettre en œuvre l'une ou l'autre des garanties prévues par le Contrat.

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.

ARTICLE 2 - BASE JURIDIQUE

La notice d'information est régie par le Code de la Mutualité et la législation en vigueur.

ARTICLE 3 - 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 optionnelles :

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Les garanties optionnelles ne peuvent être souscrites que si le Candidat à l'Assurance a souscrit les garanties Décès et PTIA.

Les garanties IPT, ITT et IPP peuvent être souscrites par le Candidat à l'Assurance qui exerce une activité professionnelle rémunérée non exclue lors de l'adhésion ou qui est sans activité professionnelle.

Ces garanties sont définies à l'article 9 de la présente notice d'information.

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE 1021 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS.

Le contrat MNCAP ADE 1021 est distribué par la Société ZENIOO - société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 - Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON.20231102_NI_MNCAPADE1021

Les combinaisons de garanties proposées au Candidat à l'Assurance à l'adhésion sont les suivantes :

- **Formule 1 :** Décès - PTIA ;
- **Formule 2 :** Décès - PTIA - IPT - ITT ;
- **Formule 3 :** Décès - PTIA - IPT - ITT - IPP ;

Des exclusions de garanties sont prévues à l'article 10 de la Notice d'information.

A l'adhésion, sur étude de la Mutuelle, le Candidat à l'assurance peut demander le rachat des exclusions liées aux pratiques sportives ou de loisirs.

A l'adhésion il est également proposé l'option « **DOS et PSY** » : permettant le rachat des exclusions liées aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires et des exclusions liées aux affections psychiatriques. **Cette option est éligible aux formules 2, 3 et 4 uniquement.**

Lorsque l'assurance est consentie à des conditions particulières, seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur le Bon pour Accord qui lui est adressé par la Mutuelle.

Les Quotités assurées au titre des garanties optionnelles IPT, ITT et IPP doivent être identiques. Elles peuvent être inférieures et au plus égales à la Quotité assurée au titre de la garantie Décès - PTIA.

Le total des capitaux assurés au titre de la notice d'information, pour un même Assuré, ne pourra en aucun cas excéder 15 000 000 €, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés. Les affaires portant sur des montants plus importants pourront être soumises à la Mutuelle pour accord dérogatoire.

Les prestations ITT, IPT et IPP sont globalement limitées à 15 000€ par mois par Assuré.

ARTICLE 4 - PRÊTS ASSURABLES

La notice d'information couvre les prêts énumérés ci-après :

- Prêts amortissables avec ou sans différé à taux fixe ou à taux variable,
- Prêts relais,
- Prêts in fine,
- Prêts à taux zéro (total ou partiel),
- Sur étude préalable de la Mutuelle, les prêts de regroupement de crédits (hors rachat de crédits).

La variation acceptée pour les prêts à taux variable assurables est limitée à 200 points de base (2%).

La durée des prêts assurée est limitée :

- pour les prêts immobiliers à 33 ans (396 mois) y compris différé éventuel,
- pour les prêts relais à 3 ans (36 mois),
- pour les prêts in fine à 33 ans (396 mois),
- pour les prêts à taux zéro à 20 ans (240 mois) y compris différé éventuel,
- pour les prêts de regroupement de crédits à 30 ans (360 mois).

Le différé d'amortissement est plafonné à 36 mois.

Il est précisé que le bien objet du financement assuré est situé en France et que le prêt est libellé en euros et rédigé en français, et souscrit auprès d'un organisme bancaire situé en France ou dans les DROM, COM ce qui inclut les succursales françaises d'organismes bancaires étrangers.

Par exception, lorsque les prêts dont la couverture fait l'objet de la demande d'adhésion entrent dans le champ d'application de l'article L.113-2-1 du code des assurances, ils sont assurables dans les conditions suivantes :

- La durée des prêts est au minimum de 120 mois ;
- la Franchise est au minimum de 90 jours ;
- Si la demande d'adhésion est faite en substitution d'une autre assurance en cours, il s'agit d'une assurance contractée au sein d'un contrat groupe bancaire ;

Le prêt finance l'acquisition de la résidence principale.

ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADHÉSION EN VUE DE L'ADMISSION A L'ASSURANCE

Tout Candidat à l'Assurance doit :

- Être âgé au jour de l'adhésion :
 - D'au moins 18 ans et de moins de 80 ans pour l'adhésion de la garantie Décès,
 - D'au moins 18 ans et de moins de 65 ans pour l'adhésion de la garantie PTIA,
 - d'au moins 18 ans et de moins de 65 ans pour l'adhésion des garanties IPT, ITT et IPP,
 - Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, de son taux et de son amortissement, résider en France. Pour tout candidat résidant dans les DOM-COM, une étude préalable de la Mutuelle est requise. Pour les étrangers et les expatriés seules les garanties Décès et PTIA sont ouvertes.

Les adhésions sont reçues à l'aide d'une Demande Individuelle d'Adhésion mise à la disposition des Candidats à l'Assurance par la Mutuelle. La signature de cet imprimé matérialise la demande d'adhésion à la Mutuelle.

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

L'admission à l'assurance pour les prêts entrant dans le champ d'application de l'article L.113-2-1 du code des assurances n'est pas subordonnée à la sélection médicale, sauf si le cumul déclaré par le Candidat à l'assurance des prêts immobiliers (hors prêt relais) assurés par la Mutuelle ou par tout autre organisme d'assurance emprunteur est égal ou supérieur à 200 000 euros à l'adhésion.

Les autres demandes d'adhésion font l'objet d'une sélection médicale. Elles sont valables 6 mois pour les questionnaires et 12 mois pour les examens médicaux.

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'examen 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 des formalités médicales pour l'adhésion. En revanche, le Candidat à l'Assurance ou l'Assuré supportera les honoraires d'examen 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 Individuel d'Adhésion, sauf si cette renonciation fait suite à un refus de la banque.

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

- De demander toutes justifications, visites ou examens complémentaires (rapport médical, analyses biologiques ou tout autre élément)

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE 1021 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS.

Le contrat MNCAP ADE 1021 est distribué par la Société ZENIOO - société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 - Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON.20231102_NI_MNCAPADE1021

nécessaires à l'appréciation du risque. S'il s'agit d'informations médicales, elles seront adressées sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de la Mutuelle,

- De majorer la cotisation, de restreindre ou d'exclure des garanties.

Dans ce dernier cas, les conditions d'acceptation à l'assurance sont notifiées au Candidat à l'Assurance par lettre sous pli confidentiel, appelé « Bon pour accord », valable pour une Date d'effet intervenant dans les 120 jours à compter de sa date d'émission ou dans le cas des substitutions d'assurance dans les 14 mois suivant la réalisation des formalités médicales.

L'acceptation expresse de l'Assuré est matérialisée par le retour signé du Bon pour Accord à la Mutuelle. Elle conditionne l'émission du Certificat Individuel d'Adhésion par la Mutuelle.

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

ARTICLE 6 – INCONTESTABILITE

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

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

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

Article L.221-14 :

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

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

Article L.221-15 :

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

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

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

Ces dispositions sont applicables tant à l'adhésion qu'en cours de Contrat. Les cotisations versées restent alors acquises à la Mutuelle, qui

se réserve le droit d'engager tout recours pour la restitution des prestations indûment payées auprès de l'Assuré ou en cas de décès, auprès de ses ayants-droits.

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 des garanties.

ARTICLE 7 – PROCEDURE D'ADMISSION EN CAS DE RISQUE AGGRAVE DE SANTE – CONVENTION AERAS

7.1 Objet de la Convention

Conformément à la Convention AERAS, le renseignement du Questionnaire de santé n'est pas obligatoire pour l'assurance des prêts à la consommation affectés ou dédiés, sous réserve des conditions suivantes :

- leur montant ne dépasse pas 17 000 euros,
- leur durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans,
- le candidat à l'assurance a 50 ans au plus,
- le candidat à l'assurance dépose une déclaration sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà du plafond susmentionné.

Les dispositions mentionnées ci-dessous ne concernent que les prêts immobiliers et les prêts professionnels.

Le dossier du Candidat à l'Assurance présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat d'assurance, (niveau 1 de ladite Convention) sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance de « 2^{ème} niveau » qui permet un réexamen individualisé de la demande.

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

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

- Pour les prêts immobiliers et professionnels (autres que la résidence principale) : encours cumulé des prêts d'au plus de 320 000 € et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme des prêts ;
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêts d'au plus de 320 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme des prêts.

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

7.2 Garantie Invalidité Spécifique (GIS)

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

La garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue Maladie pour les

fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 % apprécié par le Médecin-Conseil de la Mutuelle suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

Tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus et que l'Assuré n'a pas fait valoir ses droits à pension de vieillesse, et au plus tard le jour de son 65^{ème} anniversaire, 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 justifié de la personne Assurée, chaque mois entier étant compté pour 30 jours.

Tous les risques de Maladie et d'Accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en Décès, PTIA et ITT figurant à l'article 10 « Exclusions ».

Le montant des prestations est limité à 7 500€ par mois par Assuré.

7.3 - Dispositif d'écrêtement des majorations de cotisation

Le dispositif d'écrêtement concerne les prêts immobiliers et professionnels d'un montant maximum de 320 000 €. 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.

ARTICLE 8 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION – PRISE D'EFFET DES GARANTIES.

8.1 Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat groupe prend effet à la date d'envoi du Certificat Individuel d'Adhésion.

L'adhésion est conclue pour une période se terminant à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à cette date anniversaire pour des périodes successives d'un an.

L'adhésion prend fin :

- A la fin du terme contractuel des garanties et des prestations et au plus tard au 35^{ème} anniversaire du contrat de prêt ;
- Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;
- A la date de remboursement anticipé total de chaque prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;
- En cas de résiliation par l'Adhérent, 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 de l'organisme prêteur ;
- Lors du versement du capital restant dû en cas de décès, PTIA ou IPT ;
- 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.

Cas de l'Adhésion électronique : par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion électronique, les données sous forme électronique conservées par la Mutuelle ou tout mandataire de son choix :

- valent signature par l'Adhérent et l'Assuré ;
- leur sont opposables ;

- peuvent être admises comme preuves de leur identité et de leur consentement relatif à l'adhésion au contrat groupe, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

8.2 Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet, après acceptation des risques par la Mutuelle à la Date mentionnée sur le Certificat Individuel d'Adhésion sous réserve :

- 1/ du paiement de la première cotisation,
- 2/ de la signature de l'offre de prêt
- 3/ le cas échéant de l'accord de l'Adhérent sur les conditions particulières d'acceptation indiqués dans le Bon pour Accord.

- en cas de Vente à distance. Les garanties prennent effet au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de trente (30) jours calendaires prévu à l'article 24 « Droit de renonciation » qui court à compter de la Date d'effet de l'Adhésion.

Les garanties peuvent prendre effet à la date de signature de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds ou à la date choisie et indiquée par le Candidat à l'Assurance sur la Demande Individuelle d'Adhésion (DIA), 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 Individuelle d'Adhésion pour la mise en œuvre des garanties.

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

La cessation de l'adhésion définie à l'article 8.1 « Prise d'effet et durée de l'adhésion » met fin à l'ensemble des garanties.

En outre, la cessation des garanties s'applique également dans les conditions suivantes :

- La garantie Décès cesse le jour du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie PTIA cesse le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie ITT cesse à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ou à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite, et au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire ;
- La garantie IPT cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite, et au plus tard, le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie IPP cesse à la reconnaissance de l'IPT ou à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite et au plus tard le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- L'option « DOS et PSY » suit les règles de cessation des garanties ITT, IPT et IPP auxquelles elle est attachée.

Par ailleurs, la garantie Décès accidentel cesse, sans autre avis :

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

ARTICLE 9 – ETENDUE DES GARANTIES ET DES OPTIONS

9.1 Garantie de base : Décès – PTIA

A. Garantie Décès

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE 1021 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS.

Le contrat MNCAP ADE 1021 est distribué par la Société ZENIO – société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 – Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON.20231102_NI_MNCAPADE1021

En cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de validité de la garantie, le contrat MNCAP ADE 1021 prévoit le remboursement du capital restant dû sur le prêt assuré, calculé sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date du décès), en fonction de la Quotité assurée, 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.

Le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100 % d'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 au jour du 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 au jour du premier décès, affecté du pourcentage garanti sur la tête de l'Assuré décédé et réduit systématiquement la Quotité assurée sur la tête des co-contractants survivants au solde du prêt après indemnisation du premier Sinistre.

En cas de décès simultanés des coassurés, la Mutuelle règle le capital restant dû au jour du Sinistre suivant le cumul des Quotités assurées sans jamais excéder 100% du capital restant dû.

Le paiement du capital restant dû ou des loyers restants dus en cas de décès 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.

B. Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de PTIA de l'Assuré médicalement constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat MNCAP ADE 1021 prévoit le remboursement, par anticipation, du capital restant dû à l'organisme prêteur (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de la PTIA), au prorata de la Quotité assurée, calculé sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle à l'exclusion des mensualités échues et non réglées à cette date ainsi que des intérêts, frais ou autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt, à la date de reconnaissance par le Médecin-Conseil de la Mutuelle de la PTIA.

L'échéance qui se situerait le jour de la reconnaissance de la PTIA sera prise en charge par la Mutuelle.

Le capital restant dû au jour de la reconnaissance de PTIA ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de l'adhésion (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de la reconnaissance de la PTIA) et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour du décès de l'Assuré.

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

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

Le paiement du capital restant dû ou des loyers restants dus en cas de PTIA 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.

C. Garantie Décès accidentel :

Pour les demandes d'adhésion faisant l'objet d'une sélection médicale, pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque et sous réserve que l'Adhérent ait accepté l'offre préalable de prêt, objet de la demande d'assurance, l'Assuré, âgé de moins de 80 ans, est garanti contre le risque de décès suite à un Accident à hauteur du capital Décès à assurer figurant sur la Demande Individuelle d'Adhésion dans la limite d'un montant maximum de 500 000 € et de la quotité demandée à assurer.

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

Cette garantie est accordée sous réserve des exclusions applicables à la garantie Décès énoncées à l'article 10.

La durée maximale de la garantie est de 90 jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit. Elle peut également cesser sans autre avis dans les conditions prévues à l'article 8.2.

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

Cette garantie n'est pas acquise dans le cas des substitutions d'assurance.

9.2 Garanties optionnelles :

Incapacité Temporaire Totale (ITT) - Invalidité Permanente Totale (IPT) – Invalidité Permanente Partielle (IPP).

A. Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

A.1 Versement d'indemnités en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

En cas d'ITT de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle verse une indemnité égale à 100% des échéances des prêts garantis multipliés par la quotité assurée, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, pendant la période d'ITT médicalement justifiée. Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier.

Les prestations ne sont pas limitées à la diminution de la rémunération.

Le versement des indemnités journalières 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 8.2 n'est pas atteint. 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.

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

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé) ou de prêts in fine, il sera versé, au prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent au titre du prêt garanti. Pour les prêts in fine et les prêts relais, le remboursement du capital au terme n'est pas pris en charge.

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 durant la phase de versement des prestations ou dans les 6 mois précédents l'arrêt de travail n'est pas prise en considération sauf si cette augmentation a été prévue dans le prêt et n'est pas laissée à l'initiative de l'Assuré.

A.2 Rechute

Si l'Assuré reprend son activité et qu'un nouvel arrêt de travail résultant de la même pathologie ou du même accident intervient dans les 2 mois qui suivent la reprise du travail, le service des prestations sera repris (sous réserve de l'accord du Médecin-conseil de l'Assureur et sous réserve que l'adhésion au contrat soit toujours en cours) sans qu'il ne soit fait application à nouveau de la franchise.

En cas de rechute dans un délai égal ou supérieur à 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 de la franchise.

A.3 Maternité

En cours de Contrat, les Assurées en état de grossesse, peuvent bénéficier des prestations si elles se trouvent en ITT pour des causes pathologiques. Les prestations sont réglées après application de la Franchise. Elles cessent pendant la période de congé légal de maternité du régime de la Sécurité Sociale même pour les Assurées ayant une activité professionnelle non salariée.

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

- Pendant la grossesse, avant le début du congé légal de maternité, la Franchise s'applique,
- Après l'accouchement, normal ou prématuré, la Franchise s'applique à compter de la fin du congé légal de maternité.

A.4. Mi-temps thérapeutique

Lorsque l'Assuré en ITT reprend une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle n'applique pas de nouvelle période de Franchise et verse des indemnités d'un montant égal à 50% de l'indemnité prévue en cas d'ITT (point A.1 ci-dessus).

Le versement des indemnités en cas d'Incapacité Temporaire Partielle se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Partielle médicalement justifiée et au maximum pendant 6 mois.

A.5. Fin du versement des prestations

La prestation cesse d'être versée lorsque l'un des événements suivants survient :

- L'Assuré n'est plus médicalement reconnu en incapacité de travail,
- L'Assuré décède ou est reconnu en Invalidité Permanente,
- L'Assuré est mis en préretraite, 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 1 095 jours par sinistre est atteinte.

B. Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

Les prestations périodiques peuvent être versées au Bénéficiaire en cas d'IPT de l'Assuré, pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle verse indemnité égale à 100% des échéances des prêts garantis multipliés par la quotité assurée, dans la limite des échéances réellement

dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, pendant la période d'IPT médicalement justifiée.

Les prestations ne sont pas limitées à la diminution de la rémunération.

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

Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'IPT médicalement justifiée et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 8.2 n'est pas atteint.

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

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

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.

Le montant des prestations est limité à 15 000€ par mois par Assuré.

C. Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément des garanties ITT et IPT.

En cas d'IPP de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle verse, en fonction du taux global d'invalidité « N » de l'Assuré au prorata temporis et à terme échu une fraction des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, en fonction de la Quotité Assurée, pendant la période d'IPP sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle.

Cette fraction de l'indemnité est égale à (N-33)/33 des échéances multipliée par la Quotité Assurée.

Les prestations ne sont pas limitées à la diminution de la rémunération.

Sont exclues 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.

S'agissant de prêts avec une période différée d'amortissement ou de prêts in fine, il sera versé, au prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent 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).

Toute augmentation de la mensualité qui interviendrait durant la phase de versement des prestations ou dans les 6 mois précédents l'arrêt de travail, ne sera pas prise en considération sauf si cette augmentation a

été prévue à l'origine dans l'accord de Prêt et n'est pas laissé à l'initiative de l'Assuré.

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 8.2 n'est pas atteint.

La garantie cesse d'être due si l'Assuré est reconnu en état d'IPT ou de PTIA et pris en charge au titre de l'une de ces garanties.

Toute reprise d'une activité professionnelle équivalente à temps plein entraîne la cessation des prestations au titre de la garantie IPP, le taux Global d'Invalidité « N » étant dans ce cas réévalué.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'IPP 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.

D. Détermination du taux Global d'invalidité « N »

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

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie IPP, le taux global d'invalidité « N » doit être au moins égal à 33%.

Le taux d'invalidité est apprécié en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle. Ces derniers sont appréciés grâce à une expertise médicale effectuée par un médecin expert missionné par la Mutuelle, dès lors que l'état de l'Assuré peut être considéré comme consolidé (stabilisé).

Le taux d'Invalidité fonctionnelle est établi sur la base du barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour de la constatation de l'état d'Invalidité Permanente, en dehors de toute considération professionnelle.

Le taux d'Invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée par l'Assuré en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette activité, des possibilités d'exercice restantes de l'Assuré.

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

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité-fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10							37%	40%	43%	46%
20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30				36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40				40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50			36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60			38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70			40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80			42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90			43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%	

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

La Mutuelle statue sur le droit à prestation. Les pièces émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas la Mutuelle.

F. Fin du versement des prestations IPT et IPP:

La prestation cesse d'être versée lorsque :

- L'Assuré en IPT reprend une activité professionnelle,
- L'Assuré décède,
- Si le taux d'Invalidité Permanente est réduit à moins de 66 %, l'Assuré n'est plus considéré en IPT,
- Si le taux d'Invalidité Permanente est réduit à moins de 33 %, l'Assuré n'est plus considéré en IPP.
- L'Assuré part à la retraite, est mis en préretraite, ou atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite.

9.3 Extension facultative des Garanties Incapacité Temporaire Totale (ITT) - Invalidité Permanente Totale (IPT) - Invalidité Permanente Partielle (IPP) : Option « DOS et PSY »

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle et moyennant une tarification spéciale, l'Adhérent a la possibilité, à l'adhésion, si les formules 2, 3 ou 4 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 10 de la notice d'information. Ces exclusions doivent obligatoirement être rachetées ensemble.

A. Option « DOS »

Pour les garanties ITT, IPT ou IPP : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP résultant de toutes atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires, sans condition d'hospitalisation.

B. Option « PSY »

Pour les garanties ITT, IPT ou IPP : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP faisant suite à une Maladie ou un Accident résultant de toutes affections psychiatriques et syndromes de fatigue (telles que définie à l'article 10), sans condition d'hospitalisation.

ARTICLE 10 – EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge 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 à l'article D.223-1 du code de la mutualité est garanti. En cas de modification apportée 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 l'assureur lors de l'adhésion au contrat ;
- 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 pilotes par un pilote non muni d'un brevet valable ;
- 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 du Code de la Route en vigueur à la date de survenance de l'accident ;
- Les Maladies, Accidents ou Infirmités dont les premières constatations sont antérieures à la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, si l'assurance a fait l'objet d'un questionnaire de santé, les suites et conséquences des affections déclarées à cette occasion, ainsi que celles non visées par celui-ci, sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'assuré ou mention particulière faite au Certificat Individuel d'Adhésion. Il en est de même des affections frappées du droit à l'oubli ou pour les assurés pour lesquels aucune formalité médicale n'a été demandée à l'adhésion en application de l'article L113-2-1 du code des assurances. .

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 :

- les sports pratiqués à titre professionnel ou rémunéré ;
- les paris, défis, raids et tentatives de record ;
- boxe et autres sports de combat (sauf pratique amateur et hors compétition) ;
- les compétitions et entraînements préparatoires de sports équestres ou de sport avec usage d'engins à moteur ;
- la spéléologie, l'escalade (au-delà du niveau 5B) et la varappe (sauf si pratiquée en salle) ;
- motonautisme, planche à voile à plus de 1 mille des côtes, yachting, plongée sous-marine (sauf plongée dans le cadre du niveau 2 FFESSM et pratiquée moins de 20 fois par an et toujours accompagnée, hors exploration de grotte ou épave) ;
- l'alpinisme et tous les sports pratiqués en montagne au-delà de 3 000 mètres d'altitude. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas à la pratique de ski alpin, de fond ou de snowboard sur pistes réglementées, ouvertes et accessibles en remontées mécaniques ;
- le kitesurf, windboard, funboard, snowboard, saut à l'élastique, parachutisme, parapente, wingsuit, bobsleigh, toboggan, skeleton, saut à ski ou au tremplin, vol d'essai et vol sur engin non muni de certificat de navigabilité, acrobatie aérienne, ULM, deltaplane.

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 d'un rachat d'exclusion lors de l'adhésion au contrat.

Ne sont pas pris en charge au titre de la garantie PTIA les suites et conséquences :

- Exclusions au titre de la garantie Décès
- Accidents ou maladies résultant du fait volontaire de l'Assuré y compris les tentatives de suicide ou de mutilation ;
- Les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou de médicaments non prescrits médicalement.
- L'imprégnation alcoolique reconnue médicalement.

Ne sont pas pris en charge au titre des garanties ITT, IPT et IPP les suites et conséquences :

- Exclusions au titre des garanties Décès et PTIA ;
- De tout arrêt de travail en cours à la date d'effet de l'adhésion, qu'il résulte d'une incapacité temporaire totale ou d'une invalidité permanente, ainsi que toutes suites et conséquences de la maladie ou de l'accident à l'origine de cet arrêt de travail
- 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 10 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, para-vertébrales, 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 10 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.
- 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 considérée 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 au contrat.

Pour toutes les garanties, l'adhésion au contrat ou la poursuite de la couverture des garanties en cas de changement d'emploi en cours de validité du contrat fait l'objet d'une étude préalable de la Mutuelle pour les activités et les professions suivantes :

- **Militaire, policier ou gendarme**
- **Professionnel de la sécurité, agent de sécurité, convoyeur de fonds**
- **Pompier, secouriste**
- **Professionnel de l'industrie minière, du pétrole, du gaz ou de l'énergie nucléaire**
- **Les professions consistant en la manipulation et le transport de matières dangereuses, chimiques, toxiques ou explosives**
- **Les professionnels de la montagne**
- **Les personnels des avions ne navigant pas sur des lignes régulières**
- **Les professions maritimes**
- **Les métiers artistiques, du spectacle ou cascadeur**
- **Les sportifs professionnels**
- **Les professions comportant des risques liés à des missions humanitaires, politiques ou de séjour à l'étranger**
- **Les professions de la voyance et de la divination**

ARTICLE 11 – LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

Il est expressément précisé que le Contrat en vigueur au moment de l'Adhésion fait la loi entre les parties. Ainsi, les éventuels règlements

mutualistes adoptées ultérieurement par la Mutuelle s'appliqueront exclusivement aux nouvelles affaires conclues après leur adoption. Par conséquent, le bénéfice des nouveaux Règlements mutualistes 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 du Contrat 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.

ARTICLE 12 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

12.1 Irrévocabilité des garanties- 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.

12.2 Modification du tableau d'amortissement

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des prêts couverts par le Contrat, 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 3 mois. En cas de déclaration hors délai, la rétroactivité sera limitée à 3 mois. La Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au Certificat Individuel 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 d'augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance : il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
- la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas les durées prévues à l'article 4,
- le prêt est amortissable.

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 6 mois précédant la date d'arrêt de travail sont sans effet sur le montant des prestations versées en ITT, d'IPT et d'IPP

12.3 Modification des 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.

De même, dans le cas de la désolidarisation de l'un des Emprunteurs, par exemple suite à une procédure de divorce, 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'Adhérent 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 13 – FORMALITES A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE ET REGLEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Règlement des prestations

Les prestations sont payées en euros et 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.

Pour les prêts en Francs Suisses convertis en euros, le montant des prestations est déterminé à partir du montant assuré déterminé à partir du tableau d'amortissement remis par l'organisme prêteur converti en euros en application du taux de change retenu à l'adhésion et du coefficient multiplicateur de 100%, 110% ou 120%.

13.2 Formalités en cas de Sinistre

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

La 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, de l'IPT ou de l'IPP.

En vue de l'ouverture du dossier Sinistre, les pièces à fournir à l'attention du Médecin-Conseil de la Mutuelle sont les suivantes :

Documents à fournir en cas de décès :

- ✓ Offre de prêt
- ✓ Tableau d'amortissement émis à la date du décès
- ✓ Attestation de la banque indiquant le capital restant dû au jour du décès
- ✓ Justificatif d'identité
- ✓ Acte de décès
- ✓ Certificat médical indiquant la cause du décès
- ✓ Comptes rendus hospitalier et opératoire s'il y a lieu
- ✓ PV de gendarmerie en cas d'accident

Documents à fournir en cas de PTIA :

- ✓ Offre de prêt
- ✓ Tableau d'amortissement émis au jour de la reconnaissance de l'état de PTIA
- ✓ Attestation de la banque indiquant le capital restant dû au jour de la reconnaissance de l'état de PTIA
- ✓ Justificatif d'identité
- ✓ Certificat médical indiquant la cause de la PTIA
- ✓ Comptes rendus hospitalier et opératoire
- ✓ Attestation de tierce personne
- ✓ PV de gendarmerie en cas d'accident

Documents à fournir en cas de ITT :

- ✓ Offre de prêt
- ✓ Tableau d'amortissement émis à la date de l'arrêt de travail
- ✓ Justificatif d'identité
- ✓ Certificat médical indiquant la cause de l'arrêt de travail
- ✓ Comptes rendus hospitalier et opératoire
- ✓ Copie des examens radiologiques, sanguins ...
- ✓ Certificats d'arrêts de travail

- ✓ Circonstances détaillées en cas d'accident

Documents à fournir en cas d'IPP ou d'IPT :

- ✓ Offre de prêt
- ✓ Tableau d'amortissement émis à la date de consolidation
- ✓ Justificatif d'identité
- ✓ Certificat médical indiquant la cause de l'invalidité
- ✓ Comptes rendus hospitalier et opératoire
- ✓ Copie des examens radiologiques, sanguins ...
- ✓ Certificats d'Arrêt de travail précédents l'invalidité
- ✓ Circonstances détaillées en cas d'accident

Dans tous les cas, si une pièce est manquante ou que les circonstances le justifient, la Mutuelle peut demander des documents supplémentaires et nécessaires à l'étude du sinistre.

13.3 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'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, d'une IPP, d'une IPT ou d'une PTIA.

Il est rappelé que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants-droits, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, aux circonstances du Sinistre, entraînent la déchéance de tout droit aux garanties de la notice d'information pour le Sinistre en cause.

ARTICLE 14 – BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur.

ARTICLE 15 – TERRITORIALITE

L'Assuré est couvert dans le Monde entier, pour tout déplacement (à titre personnel, professionnel ou humanitaire) à l'étranger, sans limitation en termes de durée de séjour.

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.

La constatation médicale en cas de sinistre PTIA, ITT, IPT, IPP ou GIS doivent être effectuée en France continentale.

ARTICLE 16 – 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.

Il est précisé que la modification de l'état de santé de l'Assuré peut entraîner la révision de son taux d'invalidité et de son droit à prestation.

Tout refus de prise en charge initial 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 choisi par elle, 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. Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties sous réserve du recours par voie de droit.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois dans le cas, où le tiers expert confirmerait la décision de rejet prise à l'égard de l'Assuré, les frais des trois médecins seraient à la charge de ce dernier qui en fait l'avance.

ARTICLE 17 – RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'interprétation et/ou à l'exécution de la notice d'information, l'Assuré pourra s'adresser par écrit à :

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

La Mutuelle s'engage à accuser réception de sa demande dans les 10 jours ouvrables suivant sa réception et à lui apporter une réponse au maximum dans les deux 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 droits peut(vent) demander l'avis du Médiateur de la FNMV via le formulaire disponible sur le site www.mediateur-mutualite.fr ou par courrier à : **Service Médiation, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15.**

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

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

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

ARTICLE 18 – DELAIS DE DECLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

18.1 Délai de déclaration

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

18.2 Prescription

Toute action dérivant du Contrat est prescrite par deux (2) ans à compter du jour de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les délais et les dispositions :

- de l'article L221-11 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 :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'Union en a eu connaissance.

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

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

La prescription est portée à 10 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-droits 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 L221-12 (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 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 ».

ARTICLE 19 – COTISATIONS D'ASSURANCE

Irrévocabilité des cotisations :

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle. L'Adhérent s'engage à payer les cotisations, calculées selon le choix qu'il a effectué au moment de l'adhésion :

- Cotisations variables : le montant des cotisations varie chaque année en fonction de votre âge et du capital restant dû moyen sur l'année ;

- Cotisations constantes : le montant des cotisations reste fixe pendant toute la durée de l'adhésion.

La cotisation est calculée suivant l'âge de l'Assuré à la Date d'effet d'Adhésion, déterminée par l'âge atteint à l'adhésion pour les cotisations variables et en âge à l'adhésion pour les cotisations constantes, selon l'activité professionnelle de l'Assuré, les risques sportifs et médicaux déclarés, les garanties souscrites, la Quotité choisie, la Franchise, la durée du prêt, le montant du prêt, l'assurance concomitante du conjoint, le taux de commissionnement du courtier et le mode de règlement de la prestation.

Des tarifs différents sont appliqués pour les Assurés fumeurs et les non-fumeurs. Lors de l'établissement de la Demande Individuelle d'Adhésion, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration « non-fumeur », ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris de cigarettes électroniques), cigares ou pipes au cours des 24 mois précédant la date de signature de la Demande Individuelle d'Adhésion et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, la cotisation communiquée lors de l'adhésion est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion (sauf en cas de mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement du taux de taxe, applicables au présent Contrat).

Les cotisations, y compris les taxes en vigueur, sont à échoir. La cotisation comprend la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. En cas de modifications 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 annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement. Le prélèvement automatique est obligatoire.

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

En cas de remboursement anticipé du prêt, de décès ou de PTIA, les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux années de cotisation.

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 accompagnée des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçues 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 déclaration dans un délai supérieur à 3 mois à compter de la date de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme Prêteur : la Mutuelle procédera à la résiliation du Contrat dans les mêmes conditions qu'une résiliation faisant suite à un remboursement anticipé total du prêt.

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 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 du Contrat.

Il est porté à la connaissance de l'Assuré qu'en cours de Contrat, dès le premier impayé, la cotisation de l'Assuré sera majorée des frais suivants:
- 9€ par rejet de prélèvement bancaire ou mise en demeure pour non-paiement de la cotisation ;
- 9€ par rejet pour provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition de prélèvement.

Le défaut de paiement d'une cotisation dans les trois mois suivant l'échéance peut entraîner la radiation de l'Adhérent de la Mutuelle et la résiliation de l'ensemble des garanties souscrites par l'Assuré au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure.

Les cotisations échues non payées restent dues.

La perception de cotisations, qui ne serait pas conforme à l'acceptation du risque ou qui serait effectuée hors acceptation du risque, ne pourrait en aucun cas être considérée comme valant couverture de risque, et n'aurait aucune conséquence de droit autre que le remboursement des sommes indûment perçues, même si celles-ci avaient été reversées à la Mutuelle.

ARTICLE 20 – ADHESION A LA MUTUELLE

Frais d'Adhésion :

En application des statuts de la Mutuelle, afin de bénéficier de l'assurance, il y a lieu d'adhérer à la Mutuelle en qualité de membre participant. Les Adhésions sont nominatives et donnent lieu au

paiement d'un droit d'entrée fixé à 2€. L'Adhérent participe à l'élection des délégués de sections à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Il perd sa qualité de membre participant de la Mutuelle dans les hypothèses suivantes :

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

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

ARTICLE 21- 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 Individuelle 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 mail s'il cessait d'être une PPE ou s'il le devenait au cours de la relation d'affaire à l'adresse suivante : conformite@mncap.fr

ARTICLE 22 – INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

L'Adhérent est informé et accepte que dans le cadre de l'exécution du contrat, MNCAP et ZENIOO, 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 « RGDP »).

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

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de l'adhésion à MNCAP, 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 ZENIOO, 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 ZENIOO 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 ZENIOO, 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 de ZENIOO 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 le délégué à la protection des données personnelles de la 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 le délégué à la protection des données de MNCAP ou ZENIOO, afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données.

L'Adhérent dispose à l'égard de MNCAP et de ZENIOO, 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 MNCAP 5, rue Dosne 75116 Paris ou dpo@mncap.fr. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ». MNCAP se chargera de transmettre les demandes à ZENIOO et aux réassureurs, 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 ZENIOO 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 ZENIOO 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 ZENIOO au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.

En cas de désaccord persistant, le Candidat à l'assurance peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy, 75007 Paris

[Le traitement des données personnelles par l'Association des Assurés de Zenioo](#)

En tant que Responsable de traitement, l'Association des Assurés de Zenioo collecte des données sur les Adhérents et les bénéficiaires de ses aides, à des fins de réalisation de son objet social et notamment :

- l'étude de la demande d'aide ;
- la collecte de la Cotisation associative ;
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Ce traitement est réalisé dans l'intérêt de l'Association, afin d'améliorer son fonctionnement.

Ces données sont collectées directement auprès de l'Adhérent ou de son courtier en assurance.

Les données sont conservées pendant toute la durée pendant laquelle l'Adhérent bénéficie de la qualité de membre de l'Association des Assurés de Zenioo puis, pendant la durée de prescription légale applicable.

Au sein de l'Association des Assurés de Zenioo, seules les personnes ayant besoin de connaître ces données dans le cadre de leurs missions y ont accès.

Les données peuvent également être transmises aux délégataires de l'Association des Assurés de Zenioo, aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur.

Les données sont traitées sur le territoire de l'Union Européenne. Elles peuvent toutefois faire l'objet, sous contrôle, de transferts hors de ce territoire. Ces règles peuvent être transmises sur demande à l'Association. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement européen (UE) n°2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, tout Adhérent dispose d'un droit d'accès, de portabilité (dans les cas prévus par la loi uniquement), de rectification, de limitation (dans les cas prévus par la loi uniquement), d'opposition et de suppression (uniquement des données inexacts, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement est illicite) concernant les informations qui le concerne ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après son décès.

L'Adhérent peut exercer ses droits en adressant un courrier à l'adresse suivante : Association des assurés Zenioo - 33 rue de la République, 69002 Lyon. Une copie de la pièce d'identité (recto-verso) du demandeur devra être transmise lors de la demande.

L'Adhérent ou le bénéficiaire dispose également de la faculté d'introduire une réclamation relative au traitement de ses données personnelles : Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ; Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 23 - 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 - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09**.

ARTICLE 24 - DROIT DE RENONCIATION

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

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité (et les dispositions des articles L.121-26, L.121-26-1, L.121-28, L.121-30 à L.121-33 du Code de la consommation, l'Assuré 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 Individuel d'Adhésion.

La Mutuelle prolonge ce délai de renonciation de quatorze (14) 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 faculté de renoncer au contrat d'assurance de la Mutuelle dans un délai de trente (30) jours à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Pour ce faire, il doit adresser au siège de la Mutuelle 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 « Nom, Prénom » né(e) le..... demeurant, contrat de prêt N°..... « raison sociale de l'organisme de prêt » déclare renoncer expressément à l'adhésion de mon contrat d'assurance N°..... .

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait àle..... « Signature »

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'Adhérent pourra mettre fin au Contrat par résiliation selon les dispositions prévues à l'article 25. La renonciation met fin à l'affiliation.

La Mutuelle informe parallèlement le Bénéficiaire.

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 25 – FACULTE DE RESILIATION

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, et sous réserve des dispositions de la présente 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, conformément au 1^{er} 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 jours à compter de la réception d'un autre contrat d'assurance de substitution.

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

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 26 – PARTICIPATION AUX BENEFICES

L'Adhérent ne peut se prévaloir d'aucun droit individuel aux bénéfices techniques et financiers de la 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.