



INNOV PRÊT



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 N° 1353 souscrit par l'ASSociation pour Union et le Recours En Assurances, Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 dont le siège social est situé 848 A Chemin de Saint Germain – 30100 ALES 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.

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

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT GROUPE D'ASSURANCE

La présente Notice d'information est régie par le Code de la mutualité, la législation en vigueur et les dispositions du contrat N° 1353 souscrit, au profit de ses adhérents par la Contractante auprès de la Mutuelle.

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, le contrat 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 énumérés ci-dessous, en fonction de leur choix, de la nature de leur activité professionnelle ou de leur statut (demandeur d'emploi, sans activité professionnelle ou en congé parental) :

Formule 1 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Formule 2 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Formule 3 Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Il est proposé deux garanties facultatives attachées aux formules précédentes :

Option 1 : Incapacité Permanente Partielle (IPP)

Option 2 : Bénéficiaires croisés

Le risque Invalidité Permanente Partielle (IPP) ne peut être souscrit qu'en complément des Formules 2 ou 3 .

L'Option 2 Bénéficiaires croisés peut être souscrite en complément des Formules 1, 2 ou 3, pour les prêts d'un montant maximal de 1 000 000 euros.

Ces garanties sont définies à l'article 7.

Dans la Formule 3, les garanties IPT et IPP seules ne sont pas accordées pour les prêts immobiliers « relais » et « in fine ».

A l'adhésion, il est proposé au Candidat à l'assurance ayant souscrit aux Formules 2 ou 3 ou à la Formule 2 attachée à l'Option 1 ou à la Formule 3 attachée à l'Option 1, de bénéficier, moyennant acceptation de la Mutuelle et le paiement d'une cotisation complémentaire, du rachat des exclusions liées aux maladies psychiques et psychiatriques et aux atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires, listées à l'article 7.7 de la présente Notice d'information.

Le choix de l'option s'effectue à la date de signature de la Demande d'adhésion.

Concernant la durée de franchise, le Candidat à l'assurance a le choix entre 30, 60, 90, 120 et 180 jours pour les prêts souscrits en France métropolitaine et les DROM et 90, 120 ou 180 jours pour les prêts souscrits dans les COM.

Il sera appliqué la même période de franchise pour tous les prêts et quelque soit la formule et l'option choisie.

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 .

La Quotité assurée peut être choisie par prêts.

ARTICLE 2 – PRÊTS ASSURABLES

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

- **Prêts amortissables de toute nature pour les particuliers ou les professionnels y compris prêts à paliers lissés**, d'un montant maximal de 2 000 000 euros, à échéances constantes ou modulables, d'une durée maximale de **33 ans**, y compris la période de **différé d'amortissement** éventuelle (de 3 ans maximum) et/ou le rallongement de la durée initiale liée à une baisse du montant de la mensualité, dans ce dernier cas, il est précisé que l'assurance peut être prolongée dans la limite de 2 ans sans nouvelles formalités médicales,

- **Prêts à taux zéro (PTZ) sans limite de durée de différé ,**

- **Prêts immobiliers « relais »** d'un montant maximal de 2 000 000 euros et d'une durée maximale de 3 ans ; les intérêts peuvent être réglés soit périodiquement, soit capitalisés et réglés avec le remboursement global du prêt. Les prêts « relais » ne seront soumis à aucune sélection médicale.

- **Prêts immobiliers « In Fine »** d'un montant maximal de 1 000 000 euros, avec paiement de la totalité des intérêts pendant la durée du prêt, et d'une durée maximale de 20 ans,

- **Prêts professionnels d'investissement amortissables**, d'un montant maximal de 1 000 000 euros et d'une durée maximale de 10 ans,

- **Prêts de regroupement de crédits**, d'un montant maximal de 1 000 000 euros et d'une durée maximale de 30 ans.

Il est précisé que le bien objet du financement assuré doit être situé en France, et que le prêt est libellé en euros, rédigé en français, et souscrit auprès d'un organisme bancaire situé en France.

Capital total à assurer

A partir des éléments figurant sur la demande d'adhésion, il est défini un capital total à assurer permettant de déterminer les formalités d'adhésion à accomplir par le Candidat à l'assurance, dont le montant est égal :

- au montant du capital sous risque figurant sur la demande d'adhésion,
- majorés des capitaux restant dus déjà assurés à la date de la demande d'adhésion au titre du présent contrat souscrit auprès de la Mutuelle, et/ou au sein d'autres contrats, pour des prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme et déclarés par le Candidat à l'assurance sur la demande d'adhésion.

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

Tout Candidat à l'assurance doit :

- Etre âgé au jour de l'adhésion d'**au moins 18 ans** et :
 - o Pour la **garantie Décès** :
 - **de moins de 65 ans** au titre d'un prêt immobilier « In Fine », d'un prêt à taux zéro, d'un prêt professionnel ou au titre de l'option « Bénéficiaires croisés » ;
 - **de moins de 65 ans**, au titre d'un prêt immobilier amortissable pour un particulier, d'un prêt immobilier « relais » ou d'un regroupement de crédit dont le capital total à assurer est supérieur à 500 000 € ;
 - **de moins de 85 ans** au titre d'un prêt immobilier amortissable pour un particulier, d'un prêt immobilier « relais » ou d'un regroupement de crédit dont le capital total à assurer est inférieur ou égal à 500 000 € ;
- o Pour les **garanties PTIA, ITT, IPT, IPP et Bénéficiaires croisés** :
 - **de moins de 65 ans** pour tous les types de prêt
 - Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, de son taux et de son amortissement ;
 - Résider fiscalement en France ou dans un état membre de l'Union Européenne, sous réserve que l'emprunteur dispose d'un compte bancaire domicilié en France ;

Le montant maximal ci-dessus de l'engagement de la Mutuelle, n'est valable que pour un même Assuré, quelque soit le nombre de prêts garantis au titre du présent contrat, est limité à :

- **2 000 000 € (DEUX MILLIONS D'EUROS)** pour les Assurés âgés de moins de 65 ans à la date de signature de la demande d'adhésion au titre des prêts immobiliers amortissables ou « relais »
- **1 000 000 € (UN MILLION D'EUROS)**
 - o au titre d'un prêt immobilier « In Fine », d'un prêt à taux zéro, d'un prêt professionnel ou d'un prêt de regroupement de crédits ;
 - o pour les Assurés âgés de 65 ans et plus à la date de signature de la demande d'adhésion au titre des prêts immobiliers amortissables ou « relais »

Si, lors de l'octroi d'un prêt, l'Assuré est déjà garanti par le présent contrat au titre de prêts non encore arrivés à terme, le montant de l'engagement de la Mutuelle au titre du nouveau prêt est limité au maximum ci-dessus, diminué du montant total des sommes restant dues au titre de prêts antérieurs à la date de signature de la demande d'adhésion.

Lorsque pour un prêt donné, l'engagement de la Mutuelle a été limité, les garanties de ce prêt sont réduites au cours de sa durée par application d'un coefficient égal au rapport existant entre l'engagement maximum de la Mutuelle pour ce prêt et le montant réel du prêt à l'origine.

CAUTION

Les Candidats à l'assurance intervenant au contrat de prêt en qualité de Caution peuvent aussi adhérer à l'Option 2, dès lors qu'ils répondent aux conditions d'admission définies au paragraphe précédent.

Ils s'acquittent des cotisations.

Les garanties ne leur sont acquises qu'en cas d'insolvabilité de l'Emprunteur ou du Co-Emprunteur et si la preuve est apportée qu'ils sont les payeurs réguliers et reconnus du prêt concerné depuis au moins six mois continus, au jour de la réalisation du sinistre Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle.

Tant pour l'âge limite à l'adhésion, que pour la cessation des garanties et pour le calcul des cotisations, il est tenu compte de l'âge réel de l'Assuré à l'adhésion.

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

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

Le Médecin-Conseil peut accepter le Candidat à l'assurance aux conditions normales : la Mutuelle émet une attestation d'assurance.

Le Médecin-Conseil se réserve également le droit :

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

Dans ce dernier cas, la Mutuelle émet une proposition d'assurance appelée « Bon Pour Accord », récapitulant le montant du prêt, la quotité à assurer, les garanties proposées et éventuellement les clauses particulières et réserves, et le tarif.

L'acceptation expresse de l'Assuré est matérialisée par le retour signé du Bon Pour Accord à la Mutuelle. Elle conditionne l'émission de l'attestation d'assurance.

Pour faciliter les démarches de formalités médicales et éviter toute avance de fonds, l'ensemble des examens peut être effectué dans un centre de santé agréé par la mutuelle. Les frais d'examens médicaux engagés par le Candidat à l'assurance ou l'Assuré seront pris en charge directement par la Mutuelle si les examens sont réalisés dans un centre de santé agréé par la Mutuelle.

Dans tous les autres cas, ils seront remboursés sur présentation des factures originales des examens médicaux dans les limites des plafonds de prise en charge. En revanche, le Candidat à l'assurance ou l'Assuré supportera les honoraires d'examens lorsque ces derniers n'ont pas été sollicités par la Mutuelle.

Toutes les pièces médicales sous pli confidentiel et demandes de remboursement d'honoraires sont à retourner à :

SERVICE GESTION MULTI IMPACT – M. LE MEDECIN CONSEIL – 1 RUE RENE FRANCCART – BP 283 – 51687 REIMS CEDEX 2

Toutefois, si **180 jours** se sont écoulés depuis la date de signature de la demande d'adhésion sans que les garanties aient pris effet, les formalités accomplies doivent être renouvelées.

Par rapport au montant du capital total à assurer défini à l'article 2.1 de la présente Notice, et de son âge, tout Candidat à l'assurance doit satisfaire aux formalités d'adhésion décrites ci-après :

CAPITAL A ASSURER	≤ 45 ANS	> 45 ANS ET ≤ 60 ANS	> 60 ANS
< 10 000 €	PAS DE SELECTION		
10 000 € et < 200 000 €	QS ET SI UNE REPOSE A OUI : QMD	QS ET SI UNE REPOSE A OUI : QMD	QMD
200 000 € et < 350 000 €	QS ET SI UNE REPOSE A OUI : QMD	QS ET SI UNE REPOSE A OUI : QMD	QMD + PS AVEC PSA POUR LES HOMMES + ECV
350 000 € et < 450 000 €	QMD	QMD + PS AVEC PSA POUR LES HOMMES + ECV	QMD + PS AVEC PSA POUR LES HOMMES + ECV
450 000 € et < 1 000 000 €	QMD + RM + PS + ECV + ECHOGRAPHIE CARDIAQUE	QMD + RM + PS AVEC PSA POUR LES HOMMES + ECV + ECHOGRAPHIE CARDIAQUE	QMD + RM + PS AVEC PSA POUR LES HOMMES + ECV + ECHOGRAPHIE CARDIAQUE
1 000 000 € et < 1 500 000 €	QMD + RM + PS + ECV + ECHOGRAPHIE CARDIAQUE + QUESTIONNAIRE FINANCIERS	QMD + RM + PS AVEC PSA POUR LES HOMMES + ECV + ECHOGRAPHIE CARDIAQUE + QUESTIONNAIRE FINANCIERS	QMD + RM + PS AVEC PSA POUR LES HOMMES + ECV + ECHOGRAPHIE CARDIAQUE + QUESTIONNAIRE FINANCIERS
1 500 000 € et ≤ 2 000 000 €	QMD + RM + PS + ECV + ECHOGRAPHIE CARDIAQUE + QUESTIONNAIRE FINANCIERS ET ANNEXES	QMD + RM + PS AVEC PSA POUR LES HOMMES + ECV + ECHOGRAPHIE CARDIAQUE + QUESTIONNAIRE FINANCIERS ET ANNEXES	QMD + RM + PS AVEC PSA POUR LES HOMMES + ECV + ECHOGRAPHIE CARDIAQUE + QUESTIONNAIRE FINANCIERS ET ANNEXES

QS : Questionnaire Simplifié ;

QMD : Questionnaire Médical Détaillé ;

RM : Rapport Médical

PS : Profil Sanguin comprenant : pour tous : Numération globulaire – formule sanguine – plaquettes – vitesse de sédimentation – glycémie – créatinine – uricémie – cholestérol total – HDL – triglycérides – transaminases SGOT/SGPT – gamma GT – anticorps anti VIH 1 et 2 – sérologie hépatite B (antigène HBs – anticorps anti HBs – anticorps anti Hbc) – sérologie hépatite C (anticorps anti Vhc) ;

PSA Prostatic Spécific Antigen pour les hommes de plus de 50 ans

ECG : Examen cardiovasculaire avec compte rendu ainsi que le tracé d'un ECG (Electrocardiogramme) pratiqué au repos.

L'ECV et l'Echographie cardiaque sont réalisés par le même cardiologue. Ces examens sont pratiqués au repos.

ARTICLE 4 – 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. 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:

« 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 est tenu d'informer la Mutuelle de toute modification de son état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet des garanties.

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

5.1 Objet de la Convention

Les Candidats 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, (niveau 1 de ladite Convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

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

Une proposition tarifaire personnalisée est adressée sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers

(Questionnaire de santé complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier).

En cas de refus des garanties dans le cadre du contrat de niveau 2, et sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

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

Le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de 3^{ème} niveau, conformément à la Convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

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

5.2 Garantie Invalidité Spécifique

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique est proposée sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle ont été refusées pour des raisons médicales. 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.

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

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

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité Temporaire Totale à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

ARTICLE 6 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET DE L'ADHESION – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

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

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

6.2 Prise d'effet et durée des garanties

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

- en cas de Vente à distance, à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des

fonds intervienne dans les 6 mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté), et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu à l'article 21 «DROIT DE RENONCIATION» qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les garanties peuvent prendre effet à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds, lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation à condition que l'Adhérent le demande dans l'espace prévu sur la demande d'adhésion pour la mise en œuvre des garanties.

- dans les autres cas, à la date figurant sur l'attestation d'assurance délivrée par la Mutuelle à l'Adhérent et au plus tôt à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds intervienne dans les six mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté).

Les garanties s'appliquent à chacun des prêts pendant toute leur durée contractuelle dans les limites précisées à l'article 6.3 « Cessation de l'adhésion ». Elles prennent effet immédiatement sans délai de carence.

Garantie Décès accidentel

Le décès résultant d'un accident, c'est-à-dire de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure fortuite et indépendant de la volonté de l'assuré, est garanti dès la signature de la demande d'admission, dans les limites de l'article 7 «GARANTIES, OPTIONS DU CONTRAT ET MONTANT DE LA PRESTATION » et 8 « EXCLUSIONS » de la présente Notice d'information. Tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par la Mutuelle, la couverture du risque de Décès accidentel est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt et la couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne devient effective qu'au jour de l'acceptation par la Mutuelle,

Dans le cas où la Mutuelle ne peut statuer sur l'adhésion avant l'expiration du troisième mois à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, la couverture du risque de Décès accidentel cesse trois mois jour pour jour à compter de ladite date.

Si au vu des conclusions du Médecin Conseil, la Mutuelle prononce le refus d'adhésion du Candidat à l'assurance, la couverture du risque de Décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification dudit refus à l'Assuré.

Le Décès consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date dudit accident.

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

6.3 Cessation de l'adhésion

L'Adhésion prend fin pour l'Assuré :

- **A la fin du terme contractuel des garanties et au plus tard au 33^{ème} anniversaire du contrat de prêt ;**
- **Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;**
- **A la date de remboursement anticipé de chaque prêt ;**
- **A la date de déchéance du prêt ;**
- **En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;**
- **Dans les dix jours qui suivent la réception par l'Assureur de l'acceptation de la substitution du contrat par l'Organisme prêteur**

lorsque l'Adhérent a demandé la résiliation de son contrat d'assurance conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité,

- En cas de résiliation par l'Adhérent, par lettre recommandée avec préavis de deux mois au moins et accord exprès du Bénéficiaire acceptant du contrat,
- Lors du versement du capital garanti en cas de Décès, PTIA, 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.

6.4 Cessation des garanties

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

- La garantie Décès cesse au jour du 90^{ème} anniversaire de l'Assuré au titre d'un prêt autre qu'un prêt in fine et au jour du 75^{ème} anniversaire de l'Assuré au titre d'un prêt in fine ;
- La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), cesse au plus tard au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) cesse à la date de reconnaissance de l'Assuré en IPP ou IPT ou PTIA ou à la date de liquidation de la pension de retraite sauf si la mise en retraite (ou préretraite) résulte de l'état d'invalidité qui fait l'objet de la prise en charge par la Mutuelle et au plus tard au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) cesse à la date de reconnaissance de la PTIA ou à la date de liquidation de la pension de retraite, sauf si la mise en retraite (ou préretraite) résulte de l'état d'invalidité qui fait l'objet de la prise en charge par la Mutuelle et au plus tard au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré
- La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) cesse à la reconnaissance de l'IPT ou à la date de liquidation de la pension de retraite, sauf si la mise en retraite (ou préretraite) résulte de l'état d'invalidité qui fait l'objet de la prise en charge par la Mutuelle et au plus tard au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- 180 jours après la date de signature de l'offre de prêt si aucun versement de fonds, total ou partiel, n'a été effectué.

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

7.1 Garantie Décès - Etendue de la garantie

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

Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

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

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

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

- Si la garantie Décès porte sur plusieurs têtes assurées chacune à 100 % du prêt, la Mutuelle règle le capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le décès du premier Assuré, et radie les co-contractants à la même date ;
- Si la garantie Décès porte sur plusieurs têtes avec un cumul de Quotité supérieur à 100 %, la Mutuelle règle le capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le premier décès, affecté du pourcentage garanti sur la tête de l'Assuré décédé. Le co-contractants survivants reste assuré à hauteur de la quotité souscrite sur le solde du prêt après indemnisation du premier Sinistre.

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

Le paiement du capital restant dû 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.

L'Assuré non résident ou expatrié dans un état qui n'est pas reconnu « à risque » par la Mutuelle, dont l'organisme prêteur et l'objet du prêt sont situés en France et dont le prêt est soumis à une devise libellée en euros, est couvert au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans le monde entier.

7.1.1 Montant des prestations

En cas de décès de l'Assuré avant son 90^{ème} anniversaire, la Mutuelle garantit au(x) prêteur(s), le paiement en une seule fois du montant défini ci-après, multiplié par la quotité assurée figurant sur la demande d'adhésion :

- Pour les prêts immobiliers « in fine » : le montant du capital emprunté à l'origine, majoré des intérêts courus entre la date de dernière échéance de paiement des intérêts précédant le décès et la date du décès,
- Pour les prêts immobiliers « relais » : le montant du capital emprunté à l'origine, majoré des intérêts courus :
 - entre la date de dernière échéance de paiement des intérêts précédant le décès et la date du décès, pour les prêts avec différé partiel d'amortissement,
 - entre la date d'octroi du prêt et la date du décès, pour les prêts avec différé total d'amortissement.
- Pour les prêts immobiliers amortissables, les prêts professionnels d'investissement ou les regroupements de crédits : le montant du capital restant dû au jour du décès, majoré :
 - du montant des fonds non encore versés à l'Assuré au jour du décès, si pour le prêt consenti la totalité du capital n'a pas encore été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,
 - des intérêts courus entre la date de la dernière échéance et la date du décès,
 - des intérêts courus depuis la réalisation du crédit jusqu'au jour du sinistre, lorsque ledit crédit prévoit une période de différé d'amortissement total avec capitalisation des intérêts.

Sont exclus, les éventuelles échéances de prêt échues et impayées, intérêts de retard, frais ou toute autres pénalités à courir en exécution du contrat de prêt au jour de la survenance du sinistre.

Si une échéance survient le jour du décès, elle est considérée comme postérieure à cette date et, par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

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

7.2.1 Définition de la garantie

L'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, 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 constaté(e) au plus tard au 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).

7.2.2 Etendue de la garantie et montant des prestations

Le montant du capital versé est égal à celui prévu en cas de décès, calculé à la date de reconnaissance par le Médecin Conseil, de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenu avant le jour du 70ème anniversaire de l'Assuré.

Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par la Mutuelle au titre de l'Incapacité Temporaire Totale ou de l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale sont déduites du montant du capital à régler au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans la mesure où ces sommes en capital sont venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du contrat, de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

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 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.

7.3 Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

7.3.1 Définition de la garantie

L'Assuré, qui exerce son activité professionnelle en France, ou dans un pays frontalier de la France mais réside fiscalement en France, est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale avant la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard au jour de son 70^{ème} anniversaire, s'il se trouve temporairement dans l'impossibilité physique ou mentale, totale et continue, médicalement constatée, d'exercer, son activité professionnelle, lui procurant gain ou profit, (ou toutes ses occupations habituelles, si l'assuré est inactif au moment du sinistre);

L'Assuré inactif (demandeur d'emploi, sans profession, en congé parental) est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, s'il est temporairement contraint, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile ou en centre de soins, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles, à savoir : travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles. L'incapacité doit être temporaire et totale et doit être reconnue par une autorité médicale compétente.

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

Cette définition de l'ITT s'applique également aux assurés qui collaborent effectivement et régulièrement à l'activité de leur conjoint artisan, commerçant, exerçant une profession libérale

7.3.2 Etendue de la garantie

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

A. Prestations garanties

L'Assuré qui souscrit un prêt en France métropolitaine, ou dans les DOM-COM, réside fiscalement en France et exerce une activité professionnelle rémunérée au jour de l'incapacité de travail, ou collabore effectivement et régulièrement à l'activité de son conjoint artisan, commerçant, exerçant une profession libérale, ou qui est demandeur d'emploi ou en congé parental, et se trouve en Incapacité Temporaire Totale (ITT) pendant la période de validité de la garantie, est pris en charge par la Mutuelle, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application de la franchise de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours, pour les Assurés ayant souscrits un prêt en France métropolitaine ou dans les DOM ou 90, 120 ou 180 jours pour les Assurés ayant souscrits un prêt dans les COM, indiquée sur l'attestation d'assurance, à hauteur de 100% de l'échéance mensuelle due en application du contrat de prêt figurant sur le dernier tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

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.

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

S'agissant de prêts avec différé d'amortissement, les prestations sont limitées, pendant la période de différé, à l'expiration de la franchise, aux seules échéances d'intérêts.

En cas de pluralité d'Assurés : si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution), la Mutuelle limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité à 100%.

B. Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, pour les mêmes raisons médicales constatées lors de son arrêt de travail précédent, la Mutuelle considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les 90 jours suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas la Mutuelle traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre ; Elle n'applique pas de nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites prévues aux paragraphes précédents.

C. Reprise à temps partiel thérapeutique en cas d'Incapacité Temporaire Partielle

Lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle à temps partiel thérapeutique dans le cadre des articles L.323-3 et L.433-1 du Code de la Sécurité sociale, après une période d'Incapacité Temporaire Totale indemnisée par la Mutuelle au moins égale au délai de franchise choisi

à l'adhésion, la Mutuelle poursuit l'indemnisation à hauteur de 50% de la prestation garantie en ITT durant une période ne pouvant excéder 180 jours et au plus tard au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré et dans les limites contractuelles rappelées à l'article 6.3 « CESSATION DE L'ADHESION ».

D. Maternité

La période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du Travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées. Toutefois :

- si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé,

- si avant le début de ce congé l'Assurée était indemnisée par la Mutuelle dans le cadre du présent contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, la Mutuelle maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites fixées pour les garanties ITT, IPT, ITP et IPP.

E. Exonération du paiement des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale

La garantie Incapacité Temporaire Totale inclut l'Exonération du paiement des cotisations après une période de Franchise choisie pour le versement des indemnités journalières, indiquée sur la demande d'adhésion du contrat ou sur le dernier avenant venant le modifier ou, après une franchise minimale de 90 jours, si il est sans activité professionnelle, ou en congé parental au jour du sinistre.

Les conditions et limites de cette garantie sont identiques à celle de la garantie d'Incapacité Temporaire Totale.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle remboursera à l'Assuré les cotisations réglées au titre du présent contrat au prorata temporis de la période d'Incapacité Temporaire Totale, à compter de la fin de la période de Franchise, au plus tard jusqu'à la date de consolidation en invalidité, pour un même Sinistre.

7.3.3 Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale sans pouvoir excéder les limites fixées à l'article 6.3 « Cessation de l'adhésion » et au maximum à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré constatée par le médecin-expert de la Mutuelle ou au plus tard au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré

Il cesse également en cas de :

- **Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 10.3 de la présente Notice ;**
- **Refus de se soumettre au contrôle diligent par la Mutuelle (sauf cas de force majeure) ;**
- **Reconnaissance d'un état d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, ou de Perte Totale et Irreversible d'Autonomie ouvrant droit au versement du capital restant dû au jour de la reconnaissance ;**
- **Reprise d'une activité professionnelle même partielle (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique).**

7.4 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

Le contrat N° 1353 est assuré par la MNCAP - Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété - Régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne, 75116 PARIS – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne, 75116 PARIS – Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat est distribué par Solly Azar

Le contrat est géré par MULTI IMPACT – Courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 004 884 – Enregistré au Répertoire SIRENE sous le n° 402 502 108 – Service gestion des réclamations : Service gestion MULTI IMPACT – Siège social : 1 rue René Francart – BP 283 51687 REIMS Cedex 2.

201702 Notice d'Information ASSURANCE EMPRUNTEUR

Notice d'information n° 1353 – Ref NI – 02/2017

7.4.1 Définition de la garantie

L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, avant la date de liquidation de sa retraite, pré-retraite ou mise en place d'un cumul emploi-retraite, ou est demandeur d'emploi, ou en congé parental, et au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale totale et définitive, médicalement constaté(e) de se livrer à son activité professionnelle

- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert, après Consolidation de son état de santé, un taux d'invalidité au moins égal à 66%, déterminé en fonction du **taux contractuel d'invalidité**.

7.4.2 Etendue de la garantie

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

En cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, l'indemnisation s'effectue dans les conditions définies ci-dessous « Prestations garanties ». **Sont exclus de la garantie les échéances échues et les intérêts non réglés au jour de la survenance du sinistre, ainsi que toutes pénalités.**

S'agissant de prêts avec différé d'amortissement, les prestations sont limitées, pendant la période de différé, aux seules échéances d'intérêts.

Prestation garantie

Une prestation unique est versée à l'Assuré.

En cas d'Invalidité Permanente Totale de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat 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 et dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur et en fonction de la Quotité assurée, à l'exclusion des mensualités échues et non réglées ainsi que des intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt, à la date de reconnaissance par le Médecin-Conseil de l'IPT.

Le capital restant dû au jour de la Consolidation de l'IPT ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de la souscription et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour de la Consolidation de l'Invalidité Permanente Totale 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 IPT.

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

En cas de pluralité d'Assurés : si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution), la Mutuelle limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité à 100%.

Détermination du TAUX D'INVALIDITE FONCTIONNELLE et du TAUX D'INVALIDITE PROFESSIONNELLE :

Le **TAUX CONTRACTUEL D'INVALIDITE** qui détermine le droit aux prestations est calculé en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle de l'Assuré, selon le barème ci-contre.

Le **TAUX D'INVALIDITE FONCTIONNELLE** est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de capacité physique ou mentale, suite à la Maladie ou à l'Accident, par référence au barème d'évaluation des taux d'invalidité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

Le **TAUX D'INVALIDITE PROFESSIONNELLE** est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'invalidité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions d'exercice normales et ce abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

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

Le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 66% :
L'Assuré n'est pas garanti

Le taux contractuel d'incapacité est égal ou supérieur à 66% :
L'Assuré est en invalidité permanente et totale

Il est précisé que, pour les inactifs, le taux d'invalidité est fixé en fonction du seul taux d'incapacité fonctionnelle.

7.5. Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

7.5.1 Définition de la garantie

L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, avant la date de liquidation de sa pension de retraite, pré-retraite ou mise en place d'un cumul emploi-retraite, ou est demandeur d'emploi, ou en congé parental, et au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- s'il se trouve définitivement dans l'impossibilité physique ou mentale permanente, médicalement constatée d'exercer en partie son activité professionnelle ;

- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert, après Consolidation de son état de santé, une Invalidité Permanente Partielle.

7.5.2 Etendue de la garantie

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

En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle versera, au prorata temporis et à terme échu 50% de la prestation définie au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, dans la limite 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'Invalidité Permanente Partielle.

La prestation se poursuit à hauteur de 50% des sommes dues au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale telle que définie à l'article 7.3.2 - A - de la présente Notice d'Information.

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.

S'agissant de prêts avec différé d'amortissement, les prestations sont limitées, pendant la période de différé, aux seules échéances d'intérêts.

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

En cas de pluralité d'Assurés : si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution), la Mutuelle limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité à 100%.

7.5.3 Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Invalidité Permanente Partielle sans pouvoir excéder les limites fixées à l'article 6.3 « CESSATION DE L'ADHESION » et au plus tard au jour de son 70^{ème} anniversaire

Il cesse également en cas de :

- Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 10.3 de la présente Notice ;
- Refus de se soumettre au contrôle diligenté par la Mutuelle (sauf cas de force majeure) ;
- D'évolution de l'état de santé de l'Assuré si son taux d'invalidité devient inférieur à 33% ;
- En cas d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ;
- En cas de reprise d'une activité professionnelle à temps plein ;
- En cas de reconnaissance d'une Perte Totale et Irreversible d'Autonomie et d'indemnisation à ce titre.

7.6 Définition et étendue de la clause Bénéficiaires croisés

La présente garantie concerne les personnes ayant souscrit, lors de l'octroi d'un prêt, une assurance emprunteur, dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur, pour un pourcentage inférieur à 100%, et qui souhaitent compléter cette première couverture en garantissant à un bénéficiaire le paiement du capital restant dû, correspondant au pourcentage non couvert par le contrat d'assurance emprunteur et d'un montant maximal de 1 000 000€.

En cas de Décès, de PTIA ou d'IPT de l'Assuré survenu pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le remboursement du capital restant dû au jour du Décès ou à la date de reconnaissance de la Perte totale et irréversible d'autonomie, ou de l'Invalidité Permanente Totale, ou la prise en charge à hauteur de 100% de l'échéance mensuelle, après application d'une période de franchise, telle qu'indiquée, et dans les mêmes conditions, qu'à l'article 7.3.1.A en cas d'Incapacité Temporaire Totale, au bénéficiaire désigné au Bulletin d'adhésion, lorsqu'il s'agit d'un Décès, ou à l'Assuré lui-même, lorsqu'il s'agit d'une PTIA, d'une ITT ou d'une IPT, à la date d'échéance qui précède le Décès, la PTIA, l'ITT, ou l'IPT, affecté de la quotité assurée, majoré des intérêts courus jusqu'à la date du sinistre et éventuellement, le montant des fonds non encore versés à la date du sinistre, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Si le Décès, la Perte totale et irréversible d'autonomie, l'Invalidité Permanente Totale ou l'Incapacité Temporaire Totale survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au sinistre.

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

7.7 Option rachat des maladies psychiques et psychiatriques et les atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires :

Sous réserve de l'accord de la Mutuelle et moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire, les exclusions visées aux deux derniers alinéas de l'article 8 – « EXCLUSIONS » ne seront pas appliquées en cas de souscription aux Formules 2 ou 3 ou à la Formule 2 attachée à l'Option 1 ou à la Formule 3 attachée à l'Option 1 si le Candidat à l'assurance a coché « demander la suppression des exclusions liées aux dépressions nerveuses et aux affections dorso-lombaires prévues à l'Article 8 « EXCLUSIONS » de la Notice d'Information » sur la Demande d'Adhésion.

ARTICLE 8 – EXCLUSIONS

Au titre des garanties DÉCÈS et PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE, INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE et BÉNÉFICIAIRES CROISÉS les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont exclus :

- la participation à des matchs, courses, paris, compétitions sportives, sauf en tant qu'amateur,
- les risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même, les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués,
- la pratique des sports cités ci-dessous, sauf dans le cadre d'un baptême, d'une initiation ou d'une activité professionnelle (classe de tarification « CSP4 ») ou de loisir mentionnée sur la demande d'adhésion et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée, ou sauf si en tant qu'amateur la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement:

la pratique des sports de combat, du cyclisme sur piste ou sur route en compétition, de la chasse à courre ou de tourisme équestre, de compétitions comportant l'utilisation d'une arme, des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade ou de l'alpinisme en dessous de 3000 mètres, du hors-pistes, du canyoning, de la spéléologie sans secourisme (usage d'explosif exclu dans tous les cas), du motonautisme en compétition ou à plus d'un mille des côtes, de la voile ou du yachting en compétition ou pour une longue traversée ou pour un tour du monde, du kitesurf, des sports automobiles, de la moto ou motocross en compétition, des vols sur ailes volantes, du deltaplane, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel et du parapente, de l'ULM et tout autre sport aérien et/ou utilisation de tout autre engin aérien,

- Plongée sous-marine à une profondeur supérieure à 30 mètres ou sans brevet, sauf dans le cadre d'une pratique à titre amateur faisant l'objet de l'encadrement d'un personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires à un tel encadrement,
- la spéléologie dans le cadre d'une intervention de secours,
- la pratique sportive du bicross, du free ride ou de VTT sans port d'un casque, de gants et d'équipement de protection oculaire,
- les concours complets d'équitation, courses d'obstacle, polo, rodéo,
- l'escalade, la randonnée en montagne, le trekking et l'alpinisme pratiqués au-dessus de 3000 mètres ou sur des cascades gelées ou glaciers ou dans le cadre de participation à des expéditions,
- les rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les conséquences, directes ou indirectes, d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale dès lors que l'Assuré y prend une part active.

En outre, au titre de la garantie DÉCÈS et BÉNÉFICIAIRES CROISÉS, est également exclu :

- le suicide de l'assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance qui suit l'adhésion, la remise en vigueur ou toute augmentation ou rallongement de la garantie (article L 223-9 du Code de la Mutualité). Il sera couvert dès la souscription, sans délai dans la limite du montant défini par décret (article D 223-1 du même Code) pour un prêt finançant l'acquisition de la résidence principale,

En outre, au titre de la garantie PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE, INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE et BÉNÉFICIAIRES CROISÉS, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont également exclus :

- les affections antérieures à la date d'effet de l'assurance et non déclarées. Les affections déclarées sont garanties sauf si elles ont

fait l'objet d'une exclusion de garantie mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,

- les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article 324-1 du code de la sécurité sociale,
- les accidents résultant de la consommation par l'assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre dans le pays où se produit l'accident, ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage par l'assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome.

Enfin, au titre des garanties INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE et/ou INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont exclus :

- le congé légal de maternité, étant précisé que pour les assurées exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,
- les arrêts de travail résultant de traitements esthétiques, d'opérations de chirurgie esthétique,
- l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 10 jours continus a été nécessaire durant cette incapacité ou cette invalidité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une atteinte vertébrale et /ou discale et /ou radiculaire (lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie) sauf si une intervention chirurgicale a été nécessaire pendant cette incapacité ou cette invalidité.

ARTICLE 9 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

9.1 Modification de la situation personnelle de l'Assuré

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

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

9.2 Modification du tableau d'amortissement

Les garanties joueront conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre.

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 Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle.

9.3 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.

S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception de la demande par la Mutuelle.

S'il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement est subordonnée à l'étude de nouvelles formalités d'adhésion.

Si la demande est effectuée alors que l'Assuré bénéficie des prestations au titre de la garantie ITT, IPT ou IPP, les modifications prendront effet à la date de fin d'indemnisation du sinistre Incapacité de Travail ou Invalidité Permanente en cours.

Les nouvelles garanties et/ou quotité prennent effet à la date indiquée sur la nouvelle demande d'adhésion (ou sur l'avenant), sous réserve de l'acceptation du risque par la Mutuelle et du paiement de la cotisation par l'Assuré.

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

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

10.1 Formalités en cas de Sinistre

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

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'Incapacité Temporaire Totale, de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle et avoir rempli ses obligations de caution depuis plus de six mois à la date de survenance du risque pour bénéficier des garanties.

Les déclarations de sinistre devront être adressées à :

SERVICE GESTION MULTI IMPACT
A l'attention de M./Mme le Médecin-Conseil
1 RUE RENE FRANCCART – BP 283
51687 REIMS Cédex 2

Pièces à fournir :

1. Dans tous les cas

- Une déclaration de Sinistre,
- Un échéancier du prêt ou un tableau d'amortissement effectif à la date du Sinistre, ou une attestation détaillée de l'organisme prêteur,
- Toute autre pièce jugée nécessaire par la Mutuelle.

2. En cas de Décès

- Un acte intégral de décès établi par un bureau d'état civil,
- Un certificat médical sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle,
- L'intégralité du procès-verbal de police ou de gendarmerie établi en cas d'Accident.

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

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par la Mutuelle, remplie par le médecin traitant de l'Assuré ;
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou d'une rente d'invalidité de 2ème catégorie ou d'une rente d'invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 66%,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou d'une rente d'invalidité de troisième catégorie ou la notification de la rente accident du travail à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne,
- Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, l'arrêté de position administrative ou la décision de la commission de réforme ;
- s'agissant d'un Assuré non assujéti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Totale ou de la PTIA par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant,

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, et/ou aux circonstances du Sinistre, entraînent la déchéance de tout droit aux garanties du présent contrat pour le Sinistre en cause.

ARTICLE 11 – BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations est :

- L'organisme prêteur, en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'Invalidité Permanente Totale.
- L'Assuré, dans la limite des sommes garanties au jour de l'évènement, en cas d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Incapacité Temporaire Totale, sauf si l'organisme prêteur le demande.

Pour les Assurés ayant souscrit à l'Option 2, le Bénéficiaire est :

- en cas de **Décès** :
 - le conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps, non divorcé,
 - à défaut, le partenaire avec lequel il était lié par un P.A.C.S,
 - à défaut et conjointement entre eux, les enfants vivants de l'Assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, le père et la mère de l'Assuré, conjointement ou le survivant d'entre eux,
 - à défaut, les ayants droit de l'Assuré,

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

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

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par la Mutuelle, remplie par l'Assuré et par le médecin traitant de l'Assuré, Si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :
 - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'assuré,
 - les documents qui justifient de l'état d'incapacité totale de travail,
 - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
 - les justificatifs de paiement de pension ou rente de l'assuré.
- Si l'assuré n'est pas salarié :
- les certificats médicaux d'arrêt de travail.
- Si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle à la date d'arrêt de travail :
- les certificats justifiant l'incapacité à se livrer à ses occupations habituelles établis par le médecin traitant.

10.2 Règlement des prestations

Les prestations, payées en euros, sont versées en fonction du tableau d'amortissement en vigueur au moment du sinistre et dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur.

10.3 Continuation du service des prestations

La poursuite du paiement des prestations suppose, qu'à l'occasion des contrôles médicaux que la Mutuelle peut à tout moment diligenter, ait été vérifié le bien-fondé de la poursuite du service des prestations. La poursuite du service des prestations suppose également la production des documents justifiant de l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle.

ou toute autre personne expressément désignée par l'Assuré par lettre recommandée, datée, signée et adressée au service Gestion de l'assureur. La modification interviendra à compter de la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi) en indiquant les nom(s), prénom(s), et date(s) de naissance du (ou des) bénéficiaire(s) et éventuellement le lien de parenté avec vous). Il est précisé que l'assuré peut modifier le nom du bénéficiaire désigné. Toutefois, une désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.

- en cas de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale** :
 - l'Assuré lui-même.

ARTICLE 12 – TERRITORIALITE

L'Assuré est couvert dans le Monde entier, pour tout déplacement (à titre personnel, professionnel ou humanitaire) et séjours à l'étranger, sans limitation en termes de durée de séjour et dans les limites fixées à l'article 8 « RISQUES EXCLUS ».

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

Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, et d'Incapacité Temporaire Totale survenus hors de France, doivent être constatés médicalement en France ou par un médecin mandaté par la Mutuelle, pour ouvrir droit au paiement des prestations.

A défaut de preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, ou d'Incapacité Temporaire Totale, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France.

ARTICLE 13 – DECISION DE LA MUTUELLE, CONTRÔLE ET CONTESTATION

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

Lors de la déclaration de Sinistre initiale, l'Assuré, ou ses ayants-droit 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 contractuel d'invalidité et de son droit à prestation.

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

Tout refus de prise en charge 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 qu'elle a choisi, à désigner un médecin tiers expert chargé de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente à ce sujet, la désignation est faite, à la demande de la Mutuelle par le Président du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'Assuré. Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties sous réserve du recours par voie de droit.

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

ARTICLE 14 – RECLAMATION - MEDIATION

Si l'Assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application de son contrat, la Contractante est en mesure d'étudier ses demandes.

Si les réponses apportées ne satisfont pas l'Assuré ou s'il souhaite faire une réclamation, l'Assuré peut écrire à la Mutuelle à l'adresse suivante:

**MNCAP
SERVICE GESTION DES RECLAMATIONS
5 RUE DOSNE
75116 PARIS**

La Mutuelle s'engage à accuser réception de sa demande dans les dix 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 FNMF à : **FNMF - Service Médiation, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15.**

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

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.

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 15 – DELAIS DE DECLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

15.1 Délai de déclaration

En cas d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Partielle, est considéré comme forclos toute demande de prestation non formulée 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.

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

15.2 Prescription

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

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

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

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix ans 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 L.221-12 (interruption de la prescription) du Code de la Mutualité qui prévoit :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de

l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle ou l'Union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'Union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Information complémentaire :

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

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

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

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil :

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

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

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

Article 2246 du Code civil :

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

ARTICLE 16 – COTISATIONS D'ASSURANCE

Les garanties du contrat n° 1353 sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle.

Elle est déterminée en fonction :

- de l'âge de l'Assuré à la date d'adhésion,
- du type de prêt et des garanties retenues par l'Assuré sur la Demande d'Adhésion,
- des caractéristiques de la garantie ITT/IPT/IPP souscrite (franchise choisie, rachat des exclusions),

- de l'activité professionnelle de l'Assuré (cf la liste des professions à risques faisant l'objet d'une tarification spéciale dans le lexique figurant à la fin de la présente Notice d'Information),
 - du statut de fumeur ou de non-fumeur de l'Assuré,
- Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital initial. Les cotisations, y compris les taxes en vigueur, sont à échoir.

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

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

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

En cas de refus du (des) prêt(s) par l'organisme prêteur, l'Adhérent doit déclarer à la Mutuelle ce refus, dès qu'il en a connaissance, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçue(s) par la Mutuelle, lors de l'adhésion, seront alors intégralement remboursées et le contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

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

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

Le défaut de paiement d'une cotisation peut entraîner la radiation de l'Adhérent de la Mutuelle et la résiliation de l'ensemble des garanties souscrites par l'Assuré au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, par lettre recommandée. Les cotisations échues non payées restent dues.

ARTICLE 17 – FRAIS D'ADHESION A LA MUTUELLE, D'ASSOCIATION ET DE DOSSIER

17.1 Frais d'adhésion à la Mutuelle

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

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

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

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

17.2 Frais liés à la Contractante

Le Candidat à l'assurance doit acquitter un droit d'entrée de 8 euros à la Contractante, prélevé avec la première cotisation puis une cotisation annuelle d'un montant de 8 euros prélevés au 1er janvier de chaque année.

17.3 Frais de dossier du Candidat à l'assurance

Dans le cadre de la constitution de son dossier, des frais de dossier, indiqués sur la Demande d'adhésion seront prélevés par la Mutuelle, lors de l'adhésion au présent contrat avec la première cotisation.

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

La Mutuelle participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, la Mutuelle peut être amenée à interroger les parties au contrat (Adhérents, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

ARTICLE 19 – INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

Les données concernant l'Adhérent sont destinées à la Mutuelle ou son intermédiaire, aux réassureurs et à l'organisme prêteur. Elles sont nécessaires pour la gestion du contrat d'assurance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 « Informatique, Fichiers et Libertés », modifiée par la Loi 2004-801 du 6 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification relatives aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à :

Groupe MNCAP, 5 rue Dosne, 75116 PARIS.

ARTICLE 20 – AUTORITE DE CONTROLE

Il est rappelé que l'autorité de contrôle de la Mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), sise à **Paris, au 61, rue Taitbout 75436 Cedex 09.**

ARTICLE 21 – DROIT DE RENONCIATION

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L 221-18 du Code de la Mutualité (et les dispositions des articles L.222-1, L.222-3, L.222-6, L.222-13 à L.222-15 et L.222-18 du Code de la consommation), l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur dans un délai de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion formalisée par l'envoi du Certificat d'Adhésion.

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

Dans les autres cas, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à l'assurance sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur dans un délai de trente jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Pour ce faire, il doit adresser un courrier recommandé avec accusé réception, avec copie à l'organisme de prêt concerné, reproduisant le texte ci-dessous :

Je soussigné(e) « 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 àJe..... « Signature »

Le courrier doit être adressé à l'adresse suivante :

**SERVICE GESTION MULTI IMPACT
1 RUE RENE FRANCCART – BP 283
51687 REIMS CEDEX 2.**

Les cotisations éventuellement versées lui sont alors remboursées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation adressée en recommandé.

Au-delà de ce délai, l'Adhérent pourra mettre fin au contrat par résiliation selon les dispositions prévues à l'article 6.2. La renonciation met fin à l'affiliation.

La Mutuelle informe parallèlement l'éventuel Bénéficiaire acceptant.

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

ARTICLE 22 – FACULTE DE RESILIATION

22.1 Faculté de résiliation annuelle

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au moins 2 mois avant la date d'échéance annuelle, sous réserve de l'accord préalable de l'organisme prêteur s'il est bénéficiaire au contrat à l'adresse suivante :

**SERVICE GESTION MULTI IMPACT
1 RUE RENE FRANCCART – BP 283
51687 REIMS CEDEX 2.**

22.2 Faculté de substitution

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, lorsque le contrat a pour objet de garantir l'acquisition d'un immeuble à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation, l'Adhérent peut résilier son adhésion au contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt, en notifiant sa demande à la Mutuelle par lettre recommandée, au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée.

L'Adhérent doit également notifier, par lettre recommandée, la décision de l'organisme prêteur ainsi que, le cas échéant, la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par l'organisme prêteur à l'adresse suivante :

**SERVICE GESTION MULTI IMPACT
1 RUE RENE FRANCCART – BP 283
51687 REIMS CEDEX 2.**

En cas d'acceptation par l'organisme prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par la Contractante de la décision de l'organisme prêteur, ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

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

ARTICLE 23 – PARTICIPATION AUX BENEFICES

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

ARTICLE 24 – LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE



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

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

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

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

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation 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.

LEXIQUE

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

Adhérent : Personne physique ou morale, membre de la Mutuelle qui souscrit au contrat et en paie les cotisations. Il adhère aux statuts, au règlement mutualiste, et enfin se conforme aux dispositions de la présente Notice d'Information.

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.

Attestation d'assurance : 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.

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

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

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

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.

Capital sous risque : Montant du capital emprunté multiplié par la valeur de la quotité

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

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

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

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

Date d'effet : La Date d'effet de l'Adhésion correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu. Elle est précisée sur l'attestation d'assurance remis à l'Assuré ou sur le dernier avenant de l'attestation d'assurance.

Demande d'Adhésion : 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, figurant sur l'attestation d'assurance ou sur le dernier avenant de l'attestation d'assurance au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail. En cas de pluralité de prêts, la Franchise choisie par le Candidat à l'assurance à l'Adhésion peut être différente pour chaque formule et option proposée..

Inactif : Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée fictivement déclarée au jour du sinistre (demandeur d'emploi, sans profession, congé parental).

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.

Professions à risques : Les professions suivantes feront l'objet d'une tarification spéciale : Agent de sécurité, Artificier, Bûcheron, C.R.S, Danseur professionnel, Débardeur, Détective, Docker, Guide de montagne, Guide de haute montagne, Marchand forain, Militaire de carrière, Mineur de fond, Moniteur de ski, Musicien, Officier de sécurité.

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

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

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

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.