



VIRTUO EMPRUNTEUR

NOTICE D'INFORMATION



NOTICE D'INFORMATION
DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF DE PRÊT - VIRTUO
(VERSION JUIN 2023)

La présente Notice d'Information décrit les dispositions essentielles du contrat groupe d'assurance à adhésion facultative souscrit par l'Association de Promotion de Prévoyance, Santé et retraite - 120, Avenue du Général Leclerc ci-après dénommée « APPSR », 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 SIREN n°391 398 351, ci-après dénommée, « la Mutuelle » dont le siège social est situé à Paris (75116), 5 rue Dosne, par l'intermédiaire de Elois, SAS enregistrée au RCS de Paris n° 483 413 258, Courtier en assurances ORIAS n°07 019 295, sis 23 rue du depart, 75014 PARIS. Le présent document est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de la de MNCAP.

ARTICLE 1 - BASE JURIDIQUE

La présente Notice d'Information est régie par le Code de la Mutualité et la législation en vigueur.

ARTICLE 2 - OBJET DE L'ASSURANCE

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

Garanties obligatoires :

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

Garanties optionnelles :

- Incapacité Temporaire Totale (ITT),
- Invalidité Permanente Totale (IPT),
- Invalidité Permanente Partielle (IPP),
- Invalidité Professionnelle Totale des Professions Médicales (IPPro)
- Extension indemnisation IPT/ITT/IPP jusqu'à 70 ans

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

La garantie Invalidité Professionnelle Totale des Professions Médicales et Paramédicales ne peut pas être mis en place avec les garanties IPP et IPT.

Les garanties IPT, ITT et IPP ne peuvent être souscrites que :

- si le Candidat à l'Assurance exerce une activité professionnelle rémunérée non exclue lors de l'adhésion.
- Si le Candidat à l'Assurance privé momentanément d'emploi est inscrit et indemnisé par Pole Emploi.

Ces garanties sont définies à l'article 8.

A l'adhésion il est également proposé au Candidat à l'Assurance ayant souscrit les garanties IPT et ITT, ou les garanties IPT, ITT et IPP, de bénéficier, moyennant acceptation de la Mutuelle, de l'option « DOS & PSY » définie à l'article 8.3 permettant le rachat des exclusions liées aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires et des exclusions liées aux affections psychiatriques.

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

- Option 1 : Décès - PTIA ;
- Option 2 : Décès - PTIA - IPT ;
- Option 3 : Décès - PTIA - ITT - IPT (combinaison éligible à l'option « DOS & PSY »);
- Option 4 : Décès - PTIA - ITT - IPT - IPP (combinaison éligible à l'option « DOS & PSY »);
- Option 5 : Décès - PTIA - ITT - IP Pro

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.

Le contrat couvre les Sinistres nés à compter de la Date des garanties. En conséquence tout sinistre né avant cette date, y compris les sinistres en cours au moment de l'adhésion, ne sont pas couverts.

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

Le total des capitaux assurés au titre du contrat collectif, pour un même assuré, ne pourra en aucun cas excéder 10 000 000 € au titre de la garantie Décès / PTIA et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés. Pour les garanties IPP ou IPT, ce montant est limité à 10 500 € de remboursement mensuel, sauf dérogation expresse de la Mutuelle précisée dans les Conditions Particulières.

ARTICLE 3 – PRETS ASSURABLES

Le contrat collectif couvre les prêts d'une durée minimum de 12 mois (excepté pour les prêts relais) et maximum de 35 ans, énumérés ci-après :

- Prêts amortissables, à taux fixe ou variable (y compris les prêts accordés dans le cadre des ventes en état futur d'achèvement) ;
- Prêts modulables ;
- Prêts à paliers ;
- Prêts relais (durée maximum de 36 mois avec possibilité de prorogation sur accord exprès de la Mutuelle) à la condition que la demande d'adhésion comprenne également l'assurance du prêt immobilier du nouveau bien. Ces prêts sont éligibles aux seules garanties Décès/PTIA et doivent être jumelés au(x) prêt(s) principal(aux) obligatoirement garanti(s) dans le cadre du présent contrat collectif,
- Prêts in fine d'un montant minimal de 200 000€,
- Prêts avec différé : différé maximum de 36 mois pour tous les prêts (à l'exception des prêts Relais, in fine) et de 180 mois pour les prêts à taux zéro.

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

Les prêts entrant dans le champ de l'article 113-2-1 du code des assurances ne sont pas assurables par le présent contrat collectif. Ainsi, pour les prêts immobiliers, le capital minimum assuré est de 200 000 € (y compris les encours pour d'autres prêts), si le candidat à l'assurance a moins de 60 ans à la dernière échéance de remboursement de son prêt.

Pour les autres prêts, le capital minimum assuré est de 10 000€.

Sont expressément exclus du présent contrat : les prêts consentis par des entités qui ne sont pas des organismes bancaires, les prêts rédigés dans une autre langue que le français, les découverts, crédits renouvelables, prêts en devise autre que l'euro, les crédit-bail mobiliers/LOA, les prêts d'honneur et les prêts Banque de France.

ARTICLE 4 - CONDITIONS D'ADHESION EN VUE DE L'ADMISSION À L'ASSURANCE

Les adhésions sont reçues à l'aide d'une Demande Individuelle d'Adhésion mise à la disposition de la Personne à Assurer par la Mutuelle ou tout autre support défini au préalable d'un commun accord avec le distributeur ou le prescripteur et agréé par elle. La signature de ce document matérialise la demande d'adhésion à la Mutuelle.

Tout Candidat à l'Assurance doit :

- Etre âgé au jour de l'adhésion :

- D'au moins 18 ans et de moins de 75 ans pour l'adhésion de la garantie Décès,
- D'au moins 18 ans et de moins de 67 ans pour l'adhésion de la garantie PTIA.
- D'au moins 18 ans et de moins de 67 ans pour l'adhésion de IPT, ITT, IPP et IPPro

- Fournir un justificatif d'identité (carte nationale d'identité ou passeport) ;

- Justifier de l'existence du prêt, de son objet, de sa durée, de son taux et de son amortissement ;

- Résider en France, dans un état membre de l'Union européenne, en Suisse, ou à Monaco ;
- Justifier de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée (ne pas être sans profession, Inactifs, retraités) pour la souscription des garanties IPT, ITT et IPP ;
- Justifier de son inscription et de son indemnisation à Pôle Emploi pour la souscription des garanties IPT, ITT et IPP des personnes sans emploi à l'adhésion.

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

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

Le médecin-conseil de la Mutuelle peut accepter le Candidat à l'Assurance aux conditions normales : dans ce cas, la Mutuelle émet un Certificat Individuel d'Adhésion que le Candidat à l'Assurance devra lui retourner daté et signé.

Le médecin-conseil de la Mutuelle 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 seront adressées sous pli confidentiel au médecin-conseil de la Mutuelle,
- De majorer la cotisation, de restreindre ou d'exclure des garanties.

Dans ce dernier cas, les conditions d'acceptation à l'assurance sont notifiées au Candidat à l'Assurance par lettre sous pli confidentiel, appelé « Bon Pour Accord », valable pour une Date d'effet intervenant dans les 120 jours à compter de sa date d'émission.

L'acceptation expresse de l'Assuré est matérialisée par le retour signé du Bon Pour Accord à la Mutuelle. Elle conditionne l'émission du Certificat Individuel d'Adhésion que l'Assuré doit également retourner signé dans les 90 jours de son émission.

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

En cas d'adhésion effective, de refus ou d'acceptation avec restriction de garanties et/ou majoration de cotisations de la part de la Mutuelle, les frais d'examens médicaux engagés par le Candidat à l'Assurance ou l'Assuré seront pris en charge directement par la Mutuelle si les examens sont réalisés dans un centre de santé agréé par la Mutuelle et, dans tous les autres cas, seront remboursés sur présentation des factures originales des examens médicaux dans les limites des remboursements indiqués sur le document des formalités médicales pour l'adhésion. 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, lorsqu'il ne donne pas suite à un accord d'assurance émis par la Mutuelle sans restriction et/ou majoration et en cas de renonciation de sa part après la signature du Certificat Individuel d'Adhésion.

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

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

ARTICLE 5 – 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.

Article L 221-15 :

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

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

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

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

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

6.1 - Objet de la Convention

Les présentes stipulations ne concernent que les prêts immobiliers et les prêts professionnels. Les Personnes à assurer 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 garanties dans le cadre de la tarification standard du contrat collectif, (niveau 1 de ladite Convention), sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance de « 2^{ème} niveau » qui permet un réexamen individualisé de la demande.

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

En cas de maintien du refus de garanties dans le cadre du dispositif d'assurance de 2^{ème} niveau, le dossier est présenté 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, 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 420 000

€ 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 420 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme des prêts.

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

6.2 - 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 ITT, IPT et IPP ont été refusées pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option. Le 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 de la Mutuelle par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70 %, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies;
- un justificatif est présenté : titre de pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, mise à la retraite pour invalidité, mise en congés longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une pension d'invalidité totale et définitive pour les non-salariés,
- l'exercice de la garantie a lieu avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans.

Tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus et que l'Assuré n'a pas fait valoir ses droits à pension de vieillesse, et au plus tard le jour de son 65^{ème} anniversaire, La Mutuelle verse à l'organisme prêteur les termes périodiques de remboursement du prêt, après application de la quote-part assurée, à raison de 1/30^{ème} du versement mensuel par jour d'arrêt de travail justifié de la personne assurée, chaque mois entier étant compté pour 30 jours.

Tous les risques de Maladie et d'Accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en ITT et IPT figurant à l'article 9 « Exclusions » de la présente notice d'information.

6.3 - Dispositif d'écrêtement des majorations de cotisation

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

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

ARTICLE 7 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET DE L'ADHESION – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

7.1 Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion délivré par la Mutuelle à l'Adhérent.

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.

L'adhésion prend fin :

- A la fin du terme contractuel des garanties et des prestations et au plus tard au 35^{ème} anniversaire du contrat de prêt ;
- Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;
- A la date de remboursement anticipé total de chaque prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;
- Dans les dix jours qui suivent la réception par la Mutuelle de l'acceptation de la substitution du contrat par l'organisme prêteur lorsque l'Adhérent a demandé la résiliation de son Contrat conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ;
- En cas de résiliation par l'adhérent, par lettre ou tout autre support prévu à l'article L.221_10-3 du code de la mutualité avec accord exprès de l'organisme prêteur ;
- Lors du versement du capital restant dû en cas de décès ou PTIA;
- 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.

7.2 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 trente (30) jours calendaires prévu à l'article 22 « 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 Individuelle d'Adhésion pour la mise en œuvre des garanties.

- **dans les autres cas**, à la date figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion délivré par la Mutuelle 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 (6) mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté).

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

La cessation de l'adhésion définie à l'article 7.1 « Prise d'effet et durée de l'adhésion » met fin à l'ensemble des garanties.

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

- La garantie Décès cesse le jour du 80^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie PTIA cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite ou à la date de mise en place d'un cumul emploi-retraite et au plus tard le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie IPT cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite ou à la date de mise en place d'un cumul emploi-retraite, et au plus tard, le jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ou le 70^{ème} anniversaire s'il a souscrit l'option ;
- La garantie ITT cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite ou à la date de mise en place d'un cumul emploi-retraite, et au plus tard, le jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ou le 70^{ème} anniversaire s'il a souscrit l'option ;
- La garantie IPP cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite ou à la date de mise en place d'un cumul emploi-retraite,

et au plus tard, le jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ou le 70^{ème} anniversaire s'il a souscrit l'option ;

- La garantie IP Pro cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite ou à la date de mise en place d'un cumul emploi-retraite, et au plus tard, le jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ou s'il n'exerce plus l'activité médicale ou paramédicale déclarée au jour du Sinistre.
- L'option « DOS&PSY » suit les règles de cessation des garanties ITT, IPT et IPP auxquelles elle est attachée.

• Garantie Décès accidentel :

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque et sous réserve que l'Adhérent ait accepté l'offre préalable de prêt, objet de la demande d'assurance, l'Assuré, âgé de moins de 64 ans, est garanti contre le risque de décès suite à un Accident à hauteur du capital Décès à assurer figurant sur la Demande Individuelle d'Adhésion dans la limite d'un montant maximum de 300 000 €.

La garantie provisoire Décès Accidentel prend effet à la date de réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion dûment complétée et signée. Cette garantie est accordée sous réserve des exclusions énoncées à l'article 9.

Cette garantie cesse, sans autre avis :

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

La durée maximale de la garantie est de soixante (60) jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit.

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

ARTICLE 8 – ETENDUE DES GARANTIES

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

Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt ne sont pas pris en compte.

8.1 Garantie de base : Décès – PTIA

A - La garantie Décès

En cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de validité de la garantie, le contrat collectif prévoit le remboursement du capital restant dû sur le prêt assuré, calculé sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur, en fonction de la Quotité assurée, à l'exclusion des mensualités échues et non réglées à cette date ainsi que des intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt.

La Quotité assurée pour une tête ne peut être supérieur à 100 % d'un même prêt.

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

- Si la garantie Décès porte sur plusieurs têtes assurées chacune à 100 % du prêt, la Mutuelle règle le capital restant dû au jour du décès du premier Assuré, et radie les co-contractants à la même date.
- Si la garantie Décès porte sur plusieurs têtes avec un cumul de Quotité supérieur à 100 %, la Mutuelle règle le capital restant dû au jour du premier décès, affecté du pourcentage garanti sur la tête de l'Assuré

décédé et réduit systématiquement la Quotité assurée sur la tête des co-contractants survivant au solde du prêt après indemnisation du premier Sinistre.

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

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

B - La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

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

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

Le capital restant dû au jour de la reconnaissance de PTIA ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de l'adhésion et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour du décès de l'Assuré.

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

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

Le paiement du capital restant dû 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.

8.2 Les garanties optionnelles : Invalidité Permanente Totale (IPT) – Incapacité Temporaire Totale (ITT) – Invalidité Permanente Partielle (IPP).

A. Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

A.1 Prestations périodiques : versement d'indemnités journalières

En cas d'IPT, de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle verse, au prorata temporis et à terme échu une indemnité journalière égale à 1/365^{ème} de l'annuité des prêts garantis, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'IPT médicalement justifiée.

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

Le versement des indemnités journalières s'effectue à partir de la date de la Consolidation de l'invalidité et au plus tôt **après la période de Franchise** indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'IPT médicalement justifiée et reconnue par la Mutuelle et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 7.2 n'est pas atteint.

Le montant maximum de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle en cas d'ITT est égal à 350 € par Assuré au cumul des prêts souscrits auprès de la Mutuelle.

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

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

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

A.2 Prestation unique : versement en capital

Cette option n'est pas ouverte aux prêts in fine.

La prestation unique peut être versée au Bénéficiaire si l'Assuré a souscrit au moment de son adhésion l'option versement en capital.

En cas d'IPT de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat collectif prévoit le remboursement du capital restant dû sur le prêt assuré (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de l'IPT), 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 l'adhésion (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de l'IPT) et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour de la Consolidation de l'IPT de l'Assuré.

En cas d'IPT de l'Assuré avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que les garanties aient pris effet avant le déblocage : la Mutuelle prend en charge, dans la limite de la Quotité assurée, le montant du capital emprunté et verse cette somme aux Bénéficiaires autres que l'Organisme prêteur (cf. article 13 « BÉNÉFICIAIRES »).

S'agissant des prêts avec déblocage échelonné, la Mutuelle prend en charge, dans la limite de la Quotité assurée, le montant du capital emprunté et verse cette somme :

- à l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'Emprunteur et restant dues en principal
- à l'autre (aux autres) Bénéficiaire (s) désigné (s) à concurrence des sommes non débloquées (cf. article 13 « BÉNÉFICIAIRES »).

Ce capital est plafonné à 2 500 000 € par personne assurée au sein de la Mutuelle.

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.

A.3 Détermination du taux global d'invalidité « N »

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

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

Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi d'après le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'Assuré.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité

professionnelle exercée au jour du Sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

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

		TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE (%)									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
TAUX D'INCAPACITÉ PRO. * (%)	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'invalidité est égal ou inférieur à 33% :
le versement des prestations cesse.

Le taux contractuel d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% : **l'assuré est en invalidité permanente partielle et bénéficiera de prestations si l'option 4 est souscrite.**

Le taux contractuel d'invalidité est égal ou supérieur à 66% : **l'assuré est en invalidité permanente et totale et bénéficiera de prestations si l'option 2, 3 ou 4 est souscrite.**

(* Taux d'Incapacité Pro. signifie « Taux d'Incapacité Professionnelle »)

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

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

B - L'Incapacité Temporaire Totale (ITT)

B.1 Versement d'indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale

- Si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour de l'ITT

En cas d'ITT de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle verse, au prorata temporis et à terme échu une indemnité journalière égale à 1/365^{ème} de l'annuité des prêts garantis, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'ITT médicalement justifiée.

Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier.

Le montant maximum de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle en cas d'ITT est égal à 350€ par Assuré au cumul des prêts souscrits auprès de la Mutuelle.

- Si l'Assuré est sans activité professionnelle au jour du Sinistre ou au chômage pris en charge par Pôle Emploi

Les prestations sont réglées à hauteur de 100% de l'indemnité journalière due, telle que calculée ci-avant. Le versement des indemnités journalières

s'effectue dès la fin d'une période de franchise minimale de quatre-vingt dix (90) jours même si l'Assuré a choisi une période de Franchise d'une durée inférieure à l'Adhérent.

Dans les deux cas, le versement des indemnités journalières se poursuit jusqu'à la fin de l'ITT médicalement justifiée et **au maximum pendant 1095 jours pour un même Sinistre** et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 7.2 n'est pas atteint.

Dans tous les cas, le versement des indemnités journalières cesse :

- **En cas de reprise de travail (sauf à temps partiel dans les conditions définies ci-après)**
- **En cas d'expertise médicale demandée par la Mutuelle qui établit que l'assuré n'est pas en ITT (selon les définitions)**
- **A la date de consolidation**

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

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

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

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

B.2 Versement d'Indemnités journalières en cas de mi-temps thérapeutique

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

Le versement des indemnités journalières en cas de mi-temps thérapeutique se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Partielle médicalement justifiée et au maximum pendant 180 jours.

Le montant maximum de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle en cas de mi-temps thérapeutique est égal à 175€ par Assuré.

B.3 Exonération du paiement des cotisations en cas d'ITT

La garantie ITT inclut l'Exonération du paiement des cotisations en cas d'ITT après une période de Franchise identique à celle choisie pour le versement des indemnités journalières, indiquée sur le Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier ou, après une franchise minimale de quatre-vingt-dix (90) jours, s'il est sans activité professionnelle au jour du Sinistre.

Les conditions et limites de cette garantie sont identiques à celle de la garantie ITT. Il est précisé que la garantie Incapacité Temporaire Partielle ne couvre pas la garantie Exonération du paiement des cotisations.

En cas d'ITT de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle remboursera à l'Adhérent les cotisations réglées au titre du présent contrat collectif au prorata temporis de la période d'ITT, à compter de la fin de la période de Franchise, au plus pendant 1 095 jours, pour un même Sinistre.

B.4 Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'ITT, pour les mêmes raisons médicalement 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 soixante (60) 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 que prévues aux paragraphes précédents.

B.5 Maternité

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

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

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

C - La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

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

C.1 Prestations périodiques sous forme d'indemnités journalières

En cas d'IPP de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle verse, en fonction du taux global d'invalidité « N » de l'Assuré au prorata temporis et à terme échu une fraction de l'indemnité journalière garantie en cas d'ITT, 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'IPP sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle.

Cette fraction de l'indemnité journalière est égale à $(N-33)/33$ de l'indemnité journalière garantie au titre de la garantie ITT (1/365^{ème} de l'annuité des prêts garantis dans la limite de la Quotité assurée) avec un maximum de 350 € ;. Cette limite s'entend par Assuré au cumul des prêts souscrits auprès de la Mutuelle.

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

C.2 Détermination du taux Global d'Invalidité « N »

La détermination du taux Global d'Invalidité « N » est identique à celle utilisée pour l'IPT au paragraphe A.3.

La prise en charge des remboursements s'applique pendant la durée de l'invalidité et tant que le terme des prestations tel que déterminé à l'article 7.3 n'est pas atteint.

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

Toute reprise d'une activité professionnelle équivalente à temps plein entraîne la cessation des prestations au titre de la garantie IPP.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'IPP concomitant des co-Assurés sur la même période, il pourra être versé une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100% de l'échéance réellement due à l'organisme prêteur.

8.3 - Extensions facultatives de Garanties Incapacité Temporaire Totale (ITT) - Invalidité Permanente Totale (IPT) -- Invalidité Permanente Partielle (IPP) : Option « DOS & PSY » :

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle et moyennant une tarification spéciale, l'Adhérent a la possibilité, si les garanties ITT/IPT ou, ITT/IPT/IPP ont été souscrites, de racheter, avec une franchise minimale de quatre-vingt-dix (90) jours, les exclusions liées aux atteintes discales et/ou vertébrales et / ou radiculaires et les exclusions liées aux affections psychiatriques définies à l'article 9 de la Notice d'Information.

Cette extension n'est pas applicable à l'Invalidité Professionnelle Totale des Professions médicales et paramédicales.

A. Option « DOS »

Pour la garantie ITT l'Assuré sera couvert en cas d'ITT résultant de toutes atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires (telles que définies à l'article 9), sans condition d'hospitalisation, après un délai de Franchise de quatre-vingt-dix (90) jours, quelle que soit la Franchise souscrite au titre de l'ITT.

Pour la garantie IPT, IPP : l'Assuré sera couvert en cas d'IPT, IPP résultant de toutes atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires (telles que définies à l'article 9), sans condition d'hospitalisation.

B. Option « PSY »

Pour la garantie ITT : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT faisant suite à une Maladie ou un Accident résultant de toutes affections psychiatriques (telles que définies à l'article 9), sans condition d'hospitalisation, après un délai de Franchise de quatre-vingt-dix (90) jours, quelle que soit la Franchise souscrite au titre de l'ITT.

Pour la garantie IPT, IPP : l'Assuré sera couvert en cas d'IPT (respectivement d'IPP) faisant suite à une Maladie ou un Accident résultant de toutes affections psychiatriques, (telles que définies à l'article 9) sans condition d'hospitalisation.

8.4 Invalidité Professionnelle totale des professions médicales et paramédicales (IP Pro)

Pour souscrire cette garantie l'Assuré doit exercer l'une des professions suivantes en tant que libéral et être inscrit dans l'ordre de sa profession : médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens, dentistes, sage-femmes, vétérinaires, pharmaciens d'office, kinésithérapeutes.

L'Assuré est reconnu en Invalidité Professionnelle Totale, à la suite d'une Maladie, ou d'un Accident s'il se trouve dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer la profession médicale ou paramédicale occupée au moment du Sinistre.

L'invalidité Professionnelle Totale est appréciée sur la base d'une expertise médicale réalisée par un médecin expert désigné par la Mutuelle, en tenant compte des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice qui subsistent après recours à un appareillage médical adapté et à un équipement adapté des outils et lieux de travail de l'Assuré.

Le paiement des prestations est soumis à l'exercice effectif, au jour du Sinistre, d'une profession médicale ou paramédicale précédemment listée. A défaut les conditions de la garantie IPT s'appliquent.

L'Assuré peut opter lors de son adhésion pour le versement en rente ou en capital de la prestation :

- Le versement en rente correspond à 100% des annuités de remboursement d'emprunt, en fonction du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur et fonction de la Quotité assurée et dans la limite de 10 500€ par mois.

- Le versement en capital correspond au versement du capital restant dû en fonction du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle et dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur et fonction de la Quotité assurée et dans la limite de 2 500 000€.

ARTICLE 9 - EXCLUSIONS

Pour toutes les garanties, sont exclues les suites et conséquences des affections et situations suivantes :

- le suicide pendant la 1ère année qui suit l'adhésion, la remise en vigueur ou toute augmentation ou rallongement de la garantie. Toutefois pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal, le suicide est garanti pendant la 1ère année d'assurance mais son indemnisation n'excédera pas la limite du montant fixé

par décret (Article L 223-9 du Code de la Mutualité précisé par l'Article D.223-1) ;

- Tout fait intentionnel de l'Assuré ou d'un Bénéficiaire, ou tentative de suicide de l'Assuré.
- Sous réserve du droit à l'oubli, les Maladies ou Accidents ou infirmités dont les premières manifestations sont antérieures à la prise d'effet des garanties et non déclarés à la Mutuelle. Les suites et conséquences des affections déclarées sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'Assuré ou mention particulière faite au Certificat Individuel d'Adhésion.
- Les guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les mouvements de grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les émeutes, les insurrections, les complots, les actes de sabotage. Toutefois, ces exclusions ne s'appliquent pas en cas de légitime défense, en cas d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements.
Ces exclusions ne s'appliquent pas non plus à l'Assuré qui est exposé dans le cadre de l'exercice de sa profession et qui a demandé un rachat d'exclusions ayant fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire par la Mutuelle et acceptée par lui.
- Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiations ionisantes ou autres. Toutefois sont prises en charge les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient.
- Les Sinistres résultant de l'usage de stupéfiants, de médicaments à doses non prescrites médicalement, de médicaments pris par automédication.
- Les paris, les défis, la pratique de raids, les tentatives de record, les acrobaties, les exhibitions, les essais préparatoires, les essais de réception.
- Les Accidents ou Maladies pour lesquels l'Assuré a refusé de se soumettre à un traitement prescrit médicalement rationnel et adéquat. Toutefois sont pris en charge les Sinistres correspondant à la mise en place de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie.
- Les sports extrêmes suivants : wingsuit, saut à l'élastique, base jump, zorbing, sky surfing, sky flying.

Spécifiquement pour les garanties IPT, ITT, IPP et IP Pro sont exclues les suites et conséquence des situations suivantes :

- Les Accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisée, sous l'emprise d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé à l'article R 234-1-I-2° du Code de la Route.
- Sont exclus les arrêts de travail en cours au moment de l'adhésion.

Spécifiquement pour les garanties ITT, IPT, IPP, IP Pro et PTIA, sont exclues les suites et conséquences des affections et situations suivantes :

- Ne donneront pas lieu à prise en charge toute invalidité permanente partielle / invalidité permanente totale / invalidité permanente professionnelle / PTIA en cours au moment de l'adhésion.
- Ne sont pas couverts les Maladies ou Accidents résultant de toutes affections psychiatriques : névrose obsessionnelle, névrose hystérique, névrose phobique, psychose, schizophrénie, syndromes délirants, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique, dépression y compris dépression du post-partum et dépression réactionnelle, trouble dépressif majeur, trouble affectif saisonnier, trouble bipolaire, trouble panique, phobie sociale, agoraphobie, troubles obsessionnel compulsif, trouble anxieux généralisé et trouble du stress, état de stress post traumatique, trouble de l'adaptation, anorexie, boulimie, burn-out, fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus,

syndrome de fatigue chronique.

Toutefois, ces Maladies ou Accident sont pris en charge si l'atteinte ou l'affection a nécessité une hospitalisation de plus de 9 jours continus dans les six mois suivant le premier jour d'arrêt de travail.

- Ne sont pas couverts les Maladies ou Accidents résultant des atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires : une atteinte à la colonne vertébrale, une hernie discale, une discopathie, un lumbago, une lombalgie, une sciatique, une névralgie, un tassement vertébral.

Toutefois ces Maladies ou Accident sont pris en charge si l'atteinte a nécessité une hospitalisation d'au moins 9 jours continus ou s'il s'agit de fractures.

- Les états de grossesse et ses suites, pendant le congé légal de maternité : la garantie est acquise en dehors de cette période mais seulement en cas de complications pathologiques.
- Les Traitements de la stérilité et les grossesses précieuses.
- Les séjours hospitaliers en cures thermales, maisons de repos ou de plein air, maisons dites de santé médicale, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication, de sommeil.
- Les traitements esthétiques et/ou les interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti au contrat collectif
- La pratique sportive en tant que professionnel.

ARTICLE 10 – EXCLUSIONS RACHETABLES

Exclusions rachetables selon les garanties, dans les conditions acceptées par la Mutuelle et après accord de l'Assuré :

- La manipulation d'engins explosifs,
- La Navigation et activités aériennes : Toutefois les garanties sont acquises pour les passagers et le personnel navigant des lignes commerciales régulières ou charter.
- Les activités mécaniques en compétition (Terre, Mer, Air).
- La Plongée sous-marine : Toutefois les garanties sont acquises pour :
 - la plongée sans bouteille à moins de 10 m de profondeur, 2) la plongée avec bouteille à moins de 20 m de profondeur.
- La Navigation maritime : Toutefois les garanties sont acquises (avec le permis correspondant selon la législation en cours) pour :
 - la voile ou l'utilisation de bateau à moteur à moins de 25 miles des côtes
 - la planche à voile ou scooter des mers à moins de 1 mile des côtes,
 - le kayak ou aviron des mers à moins de 300 m.
- Les Sports de neige (dont motoneige), de glace (dont bobsleigh et skeleton), de montagne, alpinisme (dont varappe) : Toutefois les garanties sont acquises pour :
 - le patinage sur patinoire ouverte au public,
 - le ski ou le surf sur piste alpine ouverte,
 - le ski de fond sur piste ouverte,
 - la randonnée en raquettes sur chemin balisé,
 - la randonnée à pieds au-dessous de 3000 m sur chemin balisé ou ne nécessitant pas de corde piolet ou crampons.
- La Spéléologie : Toutefois les garanties sont acquises pour une activité ne nécessitant pas d'équipement spécial.
- Le canyoning, les activités équestres en compétition, la chasse à courre, les sports de combat.

Tous les sports ci-dessus sont garantis dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation et s'ils sont pratiqués sous la responsabilité d'un professionnel habilité.

ARTICLE 11 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

Les demandes de modification devront être adressées à la Mutuelle à l'adresse suivante : **Groupe MNCAP 5 rue Dosne 75116 PARIS** ou à l'adresse électronique: contact@mncap.fr.

Modification du (des) prêt(s) :

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des prêts couverts par le présent contrat collectif en cours de Contrat, l'Assuré doit en informer la Mutuelle dès qu'il en a connaissance et lui transmettre le justificatif de l'organisme prêteur (Tableau d'amortissement et attestation) par lettre recommandée avec accusé de réception et au maximum dans un délai de trois (3) mois.

En cas de déclaration hors délai, la rétroactivité sera limitée à trois (3) mois. La Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au Certificat Individuel d'Adhésion prenant effet rétroactivement à la date de modification et pourra être amenée, le cas échéant, à rembourser à l'Assuré une fraction de la cotisation payée.

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

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

Les augmentations d'échéance intervenant après la date de l'arrêt de travail ou dans les six (6) mois précédant la date d'arrêt de travail sont sans effet sur le montant des prestations versées en ITT, d'IPT et d'IPP.

Modification des garanties :

Les demandes de modifications des garanties ou d'augmentation ou de diminution de la Quotité assurée par l'Assuré ne pourront être effectuées sans le consentement exprès de l'organisme prêteur. Elles donnent lieu à de nouvelles formalités d'adhésion et sont soumises à l'accord de la Mutuelle.

De même, dans le cas de la désolidarisation de l'un des emprunteurs, par exemple suite à une procédure de divorce, l'augmentation de la Quotité de l'Assuré conservant la qualité d'emprunteur est acceptée d'office par la Mutuelle, sous réserve de l'ajustement du montant des cotisations par rapport à cette nouvelle quotité.

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

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 sous réserve des dispositions de l'article L 221.-17 du code de la mutualité :

Article L.221-17

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La mutuelle ou l'union doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la mutuelle ou à l'union dans les cas de résiliation susmentionnés.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation.

ARTICLE 12 – FORMALITES A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE ET REGLEMENT DES PRESTATIONS

12.1 Règlement des prestations

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

12.2 Formalités en cas de Sinistre

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

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

Il est expressément stipulé que la production des justificatifs ne suffit pas à l'enclenchement des garanties : une appréciation au regard de l'ouverture des droits de l'Assuré est menée dans le cadre de l'instruction du dossier Sinistre. Dans tous les cas, la Mutuelle statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande de prestations.

Les déclarations de Sinistre devront être adressées à la Mutuelle à l'adresse suivante : **Groupe MNCAP 5 rue Dosne 75116 PARIS.**

Pièces à fournir :

Dans tous les cas :

- Une déclaration de Sinistre ;
- Pièce d'identité en cours de validité ;
- Un échéancier du prêt ou un tableau d'amortissement effectif à la date du Sinistre, à défaut une photocopie du contrat de prêt ou une attestation détaillée de l'organisme prêteur ;
- Toute autre pièce jugée nécessaire par la Mutuelle pour prendre en compte les circonstances particulières déclarées par l'Assuré.

En cas de Décès :

- Un acte intégral de décès établi par un bureau d'état civil ou, en cas de décès à l'étranger, par la représentation française située dans le pays concerné (consulat ou ambassade),
- Un certificat médical sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou Accidentelle ;
- L'intégralité du procès-verbal de police ou de gendarmerie établi en cas d'Accident ;
- L'attestation de l'organisme prêteur indiquant le capital restant dû au jour du décès.

En cas de PTIA, d'IP Pro ou d'IPT :

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par la Mutuelle, remplie par un médecin choisi par l'Assuré ;
- Une reconnaissance de l'état d'invalidité avec les éléments justificatifs de l'impossibilité totale d'exercer la profession exercée au moment du Sinistre.
- Et, dans le cas de la PTIA de la nécessité de l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie courante,
- Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, l'arrêté de position administrative ou la décision de la commission de réforme ;

- Les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- D'un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.
- 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.

En cas d'ITT ou d'IPP :

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle remplie par l'Assuré et par un médecin qu'il aura choisi,
- La copie des arrêts de travail (initial(aux) et prolongations).
- de l'arrêt de travail initial, d'un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant (document fourni par l'Assureur),
- des avis de prolongation d'arrêt de travail, des décomptes de la Sécurité Sociale correspondant à l'arrêt de travail, lorsque l'Assuré est assuré social,
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- d'un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier

En cas d'IP Pro :

- Une attestation d'inscription à l'ordre de sa profession effective au jour du Sinistre
- un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de santé au jour du sinistre.
- la notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur),
- L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier

Pour les Assurés sociaux :

- Les attestations de versement de prestations en espèces de la Sécurité Sociale ou de régimes particuliers, ou pour les fonctionnaires ou assimilés une attestation de l'employeur justifiant l'ITT;
- La notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité délivrée par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé doit être produite.

Quelle que soit la garantie, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'Assuré ou ses ayants droit, tout autre document qu'elle jugera utile pour l'étude de sa demande.

12.3 Continuation du service des prestations :

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

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

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 collectif pour le Sinistre en cause.

ARTICLE 13 – BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Sauf désignations particulières figurant sur la Demande Individuelle d'Adhésion, le Bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur, pour toutes les garanties

ARTICLE 14 – TERRITORIALITE

L'Assuré est couvert dans tous les pays, pour tout déplacement (à titre personnel, professionnel ou humanitaire) à l'étranger, sans limitation en termes de durée de séjour. Le risque de décès est couvert, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Les risques de PTIA, d'IPT ou IPP et d'ITT, doivent être constatés médicalement en France continentale ou par un médecin mandaté par la Mutuelle pour ouvrir droit au paiement des prestations.

ARTICLE 15 – DECISION DE LA MUTUELLE, CONTROLE ET CONTESTATION

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 16 – RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'interprétation et/ou à l'exécution du Contrat, l'Assuré pourra s'adresser par écrit à :

Groupe MNCAP, 5 rue Dosne 75116 PARIS.

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 via le formulaire en ligne disponible sur <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/> ou par courrier à :

Service Médiation, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15.

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

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

La demande écrite et signée devra autoriser le médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier et en particulier du volet médical

détenu par le service médical de la Mutuelle.

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

La saisine du médiateur interrompt le cours de la prescription.

ARTICLE 17 – DELAI DE DECLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

17.1 Délai de déclaration

En cas d'ITT, d'IPP ou d'IPT, est considéré comme forclos tout Assuré n'ayant pas formulé sa demande de prestation à la Mutuelle dans les six (6) mois suivant la survenance du Sinistre sauf impossibilité médicale démontrée. Passé ce délai la Mutuelle ne réglera que les mensualités à échoir.

17.2 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 L221-11 du Code de la Mutualité (prescription) qui prévoit :
« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droits de l'assuré décédé.

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

- de l'article L221-12 (interruption de la prescription) du Code de la Mutualité qui prévoit :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.221-12 du Code de la mutualité sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons 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 18 - COTISATIONS D'ASSURANCE

Les garanties du présent contrat collectif sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle. Elle est calculée suivant l'âge de l'Assuré à chaque échéance du Contrat, déterminée par différence de millésime, l'activité professionnelle de l'Assuré, le montant à assurer, la durée du prêt, l'ancienneté du contrat en cas de reprise, le type de prêt, l'objet du financement, les commissions de courtage, la qualité de fumeur et non-fumeur, la durée, les risques sportifs, professionnels et médicaux déclarés, les garanties souscrites, la Quotité choisie. Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital emprunté restant dû à chaque échéance du Contrat (sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle), documenté dans le Certificat Individuel d'Adhésion.

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

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

Selon la périodicité demandée par l'Adhésion et acceptée par la Mutuelle, les cotisations peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels et trimestriels.

Quelle que soit la périodicité choisie, la première quittance représentant les cotisations dues de la Date d'effet au terme suivant, est prélevée au plus tôt 14 jours calendaires avant la date d'échéance du mandat SEPA. En cas de remboursement anticipé du prêt, de décès ou de PTIA, les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux années de cotisation.

En cas de refus du (des) prêt(s) par l'organisme prêteur, l'Adhérént doit déclarer à la Mutuelle ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les trois (3) mois, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçues par la Mutuelle, lors de l'adhésion, seront alors intégralement remboursées et le Contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

En cas de déclaration dans un délai supérieur à trois (3) mois à compter de la date de refus du (des) prêt(s) par l'organisme prêteur : la Mutuelle procédera à la résiliation du Contrat dans les mêmes conditions qu'une résiliation faisant suite à un remboursement anticipé total du prêt.

La cotisation fixée à l'adhésion est garantie sur toute la durée du Contrat. La cotisation comprend la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. En cas de modifications de cette dernière au cours de la période de validité

des garanties, la Mutuelle informera l'Adhérént de cette modification et la cotisation sera révisée.

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

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

Le défaut de paiement d'une cotisation dans les trois (3) mois suivant l'échéance peut entraîner la radiation de l'Adhérént de la Mutuelle et la résiliation de l'ensemble des garanties souscrites par l'Assuré au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la mise en demeure.

Les cotisations échues non payées restent dues.

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

ARTICLE 19 – ADHESION A LA MUTUELLE

Frais d'adhésion :

En application des statuts de la Mutuelle, afin de bénéficier de l'assurance, il y a lieu d'adhérer à la Mutuelle en qualité de membre participant. Les adhésions sont nominatives et donnent lieu au paiement d'un droit d'entrée fixé statutairement à 2€. Le membre participant participe à l'élection des délégués de sections à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Il perd sa qualité de membre participant de la Mutuelle dans les hypothèses suivantes :

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

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

ARTICLE 20 – 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.

Il est ainsi notamment demandé à l'Adhérént d'expliquer la raison de sa renonciation, si la cotisation à rembourser dépasse 1000 euros ou d'expliquer la raison d'une résiliation dans les deux premières années de l'assurance.

ARTICLE 21 - INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

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

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

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

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de l'adhésion à l'Association des Assurés pour une Protection Solidaire, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, ainsi que pour l'amélioration des

des services proposés par MNCAP et ELOÏS, et ont pour base juridique l'exécution du contrat.

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

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

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

Dans le cadre de l'exécution du contrat et/ou de ses suites, MNCAP peut également être amenée à communiquer certaines des données ainsi recueillies à des tiers dûment habilités, et le cas échéant, à ses réassureurs, dans le strict respect de la réglementation applicable lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la ou les finalités déclarées. Pour plus d'informations sur les réassureurs et leur utilisation des données, veuillez contacter MNCAP.

Les données personnelles traitées ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables ou aux règles de conservation des documents comptables.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, l'Adhérent est invité à prendre contact avec un délégué à la protection des données fin de s'informer notamment sur la politique de protection des données personnelles et sur les durées de conservation desdites données.

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

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

L'Adhérent peut exercer ses droits en s'adressant à MNCAP 5 rue Dosne 75116 PARIS ou dpo@mncap.fr. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ». MNCAP se chargera de transmettre les demandes à ELOÏS, le cas échéant.

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

L'Adhérent est informé de l'existence d'une prise de décision automatisée par MNCAP aux fins d'améliorer ses produits, d'évaluer sa situation et de personnaliser les offres qui pourraient lui être proposées.

L'Adhérent est également informé que MNCAP et ELOÏS n'envisagent pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne.

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

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

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

Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy, 75007 Paris

ARTICLE 22 – DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L 223-8 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer au contrat de la Mutuelle par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

En cas de Vente à Distance, conformément à L.221-18 II - 1 et 2 du Code de la mutualité, (et les dispositions des articles L.121-26, L.121-26-1, L.121-28, L.121-30 à L.121-33 du Code de la consommation, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'adhésion sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur dans un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion formalisée par l'envoi du Certificat Individuel 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.

Pour ce faire, il doit adresser au siège de la Mutuelle un courrier ou tout autre support prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité, avec copie à l'organisme de prêt concerné, reproduisant le texte ci-dessous :

Je soussigné « Nom, Prénom » né(e) le..... demeurant,
 contrat de prêt N°..... « raison sociale de l'organisme de prêt » déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat
 Je demande le remboursement des sommes déjà versées.
 Fait àle..... « Signature ».

La renonciation met fin à l'affiliation.

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 23 – FACULTE DE RESILIATION

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

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre ou tout autre support ou en recourant à tout autre moyen prévu par l'article L.221-10-3 du code de la mutualité à la Mutuelle conformément au 1er alinéa de l'article L 221-10 du Code de la mutualité.

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

En cas d'acceptation par l'organisme prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par la Mutuelle de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure. Lorsque la demande de résiliation effectuée avec préavis de deux mois, selon les conditions du 1er alinéa de l'article L-221- 10 du Code de la Mutualité, reçoit l'accord exprès du prêteur en qualité de Bénéficiaire acceptant du contrat, l'adhésion prend fin à la date d'échéance qui suit la demande de résiliation.

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

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

ARTICLE 24– PARTICIPATION AUX BENEFICES

L'Adhérent ne peut se prévaloir d'aucun droit individuel aux bénéfices

techniques et financiers du contrat. Ceux-ci sont affectés, à la fin de chaque exercice, à l'ensemble des provisions techniques ou des réserves de la Mutuelle.

ARTICLE 25 - AUTORITE DE CONTROLE

Il est rappelé que l'autorité de contrôle de la Mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), sise à Paris, au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Cedex 09.

ARTICLE 26 – LOI APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPETENTES

Il est expressément précisé que le Contrat 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 stipulations 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 1/2

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

Adhérent : Personne physique qui adhère aux statuts de la Mutuelle et qui se conforme aux stipulations de la présente notice d'information. Il est membre participant de la Mutuelle et paie les frais d'adhésion à la Mutuelle et les cotisations d'assurance. Une personne morale peut s'engager irrévocablement à payer les cotisations pour le compte de l'Adhérent.

Assuré : Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose les garanties. Il peut être représentant d'une personne morale, Emprunteur, Co-Emprunteur, Caution du prêt.

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

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra les prestations prévues à la présente Notice d'Information en cas de réalisation du risque.

Bénéficiaire acceptant : Personne physique ou morale désignée par le contrat de prêt qui recevra, en cas de Sinistre, un capital ou une rente selon les dispositions prévues au contrat de prêt. Le bénéficiaire acceptant doit être informé de sa désignation par l'Assuré. L'Assuré ne peut contester cette clause sans en informer le bénéficiaire acceptant. Lorsqu'il s'agit de l'organisme prêteur, il est réputé être bénéficiaire acceptant d'office.

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 Individuelle d'Adhésion destinée à la Mutuelle. En cas d'accord d'assurance, elle obtiendra la qualité d'Assuré.

Caution : Personne qui s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement des mensualités du prêt par le (Co) Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

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

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

Co-Emprunteur : La (les) 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.

Contrat : Contrat mutualiste formé par l'acceptation, par l'Adhérent, des statuts de la Mutuelle, des conditions générales stipulées par la présente notice d'information et des conditions particulières indiquées dans le Bon Pour Accord.

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

Date d'échéance : Date anniversaire de la date d'effet.

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

Demande Individuelle d'Adhésion : Document fourni par la Mutuelle complété et signé par le Candidat à l'Assurance afin de formaliser sa Demande Individuelle 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 le Certificat Individuel d'Assurance (30, 60, 90, 120 ou 180 jours) et figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier Certificat Individuel d'Adhésion avenant, au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

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

Incapacité Temporaire Totale (ITT) : L'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale avant la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite ou la mise en place d'un cumul emploi-retraite et au plus tard le jour de son 67ème 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 temporairement dans l'impossibilité physique ou mentale totale et continue, médicalement constatée d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit. L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, s'il est temporairement contraint, à la suite à 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. L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. La Mutuelle se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, après consolidation de son état de santé, et avant la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite ou la mise en place d'un cumul emploi-retraite et au plus tard le jour de son 67ème 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, définitive et permanente, médicalement constatée, d'exercer tout ou partie de la profession pratiquée au jour du Sinistre ;
- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert désigné par la Mutuelle, un taux global d'invalidité « N » compris entre 33% et 66%.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, après Consolidation de son état de santé, et avant la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite ou la mise en place d'un cumul emploi-retraite et au plus tard le jour de son 67ème 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 constatée, d'exercer la profession pratiquée au jour du Sinistre ;
- Et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert désigné par la Mutuelle, un taux d'invalidité « N » au moins égal à 66%.

Invalidité Professionnelle Totale des Professions médicales & paramédicales (IPPro) : L'assuré est reconnu en Invalidité Professionnelle Totale, à la suite d'une maladie ou d'un accident s'il se trouve dans l'Impossibilité permanente totale et définitive d'exercer la profession médicale ou paramédicale occupée au moment du sinistre.

LEXIQUE 2/2

L'Invalidité Professionnelle Totale est appréciée sur la base d'une expertise médicale réalisée par un médecin expert désigné par l'assureur, en tenant compte des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice qui subsistent après recours à un appareillage médical adapté (canne, prothèse...) et à un équipement adapté des outils et lieux de travail de l'assuré.

Pour souscrire cette garantie l'Assuré doit exercer l'une des professions suivantes en tant que libéral et être inscrit dans l'ordre de sa profession : médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens, dentistes, sage-femmes, vétérinaires, pharmaciens d'office, kinésithérapeutes.

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.

Membre Participant : conférer l'Adhérent.

Occupations habituelles : Activités relevant notamment de la gestion des affaires familiales et personnelles, des travaux domestiques, de la préparation quotidienne des repas, des transports de courses ou d'enfants, de la surveillance d'enfants.

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

- s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale définitive et permanente, médicalement constaté(e) au plus tard le jour de son 67ème 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).

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

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.