

zen[↑]up



zen+
EMPRUNTEUR

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT
D'ASSURANCE DE PRÊT ZEN+ EMPRUNTEUR
N°201603925004



Les avantages du contrat zen+ emprunteur



Garantie Décès :

- Possibilité d'adhérer jusqu'à 80 ans (65 ans pour les prêts in fine)
- Une couverture jusqu'à 85 ans



Garanties Incapacité Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale et Perte Totale et irréversible d'autonomie :

- Possibilité d'adhérer jusqu'à 64 ans
- Couverture jusqu'à 67 ans



Couverture des situations à risques :

- Professions, sports spécifiques et risques aggravés de santé



Option tranquillité :

- Couverture des affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation



Le contrat Zen+ Emprunteur est 100% compatible avec les exigences bancaires



Votre tarif personnalisé est garanti pendant toute la durée du prêt même en cas de changement de situation.



Couverture des sports à risque sans surcoût dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation encadrés par un professionnel.

Sommaire

Préambule	4
Article 1 - Objet du contrat	4
Article 2 - Candidat à l'assurance	4
Article 3 - Prêts assurables	4
Article 4 - Conditions d'adhésion et d'admission	4
Article 5 - Incontestabilité	5
Article 6 - Formation du contrat : prise d'effet de l'adhésion – prise d'effet des garanties	6
Article 7 - Bénéficiaire de l'assurance	7
Article 8 - Les garanties et options du contrat	7
Article 9 - Limites et exclusions	9
Article 10 - Modifications en cours de contrat	10
Article 11 - Formalités à respecter en cas de sinistre et règlement des prestations	11
Article 12 - Territorialité	11
Article 13 - Décision de la mutuelle, contrôle et contestation	11
Article 14 - Réclamation - Médiation	11
Article 15 - Délais de déclaration des sinistres et prescription	12
Article 16 - Cotisations d'assurance	12
Article 17 - Adhésion à la mutuelle	13
Article 18 - Lutte contre le blanchiment d'argent	13
Article 19 - Informatique, fichiers et libertés	13
Article 20 - Autorités de contrôle	13
Article 21 - Droit de renonciation	13
Article 22 - Faculté de résiliation	13
Article 23 - Loi applicable et juridiction compétente	14

Notice d'information

du contrat d'assurance de Prêt ZEN+ EMPRUNTEUR N° 201603925004

Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété - 5, rue Dosne 75016 Paris - Siren 391 398 351

PRÉAMBULE

Le présent document constitue la Notice d'Information prévue par la législation. Il décrit les dispositions essentielles du contrat individuel d'assurance n°201603925004 souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351, ci-après dénommée, « la Mutuelle » dont le siège social est situé à Paris (75016), 5, rue Dosne.

Pour une meilleure compréhension de la présente Notice d'Information, chaque terme comportant une majuscule en italique est défini au Lexique à la fin de ce document.

1. OBJET DU CONTRAT

La présente Notice d'Information est régie par le Code de la mutualité, la législation en vigueur et les dispositions du contrat n°201603925004 souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle. Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, le Contrat a pour objet de garantir les personnes assurées contre les risques :

Formule Standard :

- Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Formule Essentiel :

- Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- Incapacité Temporaire Totale (ITT)
- Invalidité Permanente Totale (IPT)

Il est également proposé, moyennant l'acceptation de la Mutuelle et le paiement d'une cotisation complémentaire, deux options qui ne peuvent être souscrites qu'en complément de la Formule essentiel :

- L'Option IPP contre le risque Invalidité Permanente Partielle. Elle ne peut être souscrite qu'en complément de la Formule Essentiel.
- L'Option Tranquillité qui permet le rachat des exclusions liées aux maladies psychiques, psychiatriques ou dorsolombaires, listées à l'article 10 de la présente Notice d'Information. Elle ne peut être souscrite qu'en complément de la Formule Essentiel.

L'ensemble de ces garanties et options est défini à l'Article 8 de la présente Notice d'Information.

2. CANDIDAT A L'ASSURANCE

Peuvent être assurés, sous réserve de l'acceptation de leur demande par la Mutuelle, les personnes physiques, les représentants de personnes morales, adhérent à la Mutuelle, Emprunteurs, Co-emprunteurs, Caution d'un ou plusieurs prêt(s) avant remboursement intégral.

3. PRETS ASSURABLES

Sauf dérogation expresse de la Mutuelle, le Contrat couvre les prêts immobiliers, professionnels ou personnels énumérés ci-après :

- Prêts amortissables, à taux fixe ou variable, d'une durée maximum de 30 ans (allongement compris)
- Prêts modulables, d'une durée maximum de 30 ans (allongement compris),
- Prêts avec différé de moins de 3 ans, avec ou non remboursement des intérêts pendant le différé, d'une durée maximum de 30 ans (allongement compris),
- Prêt relais d'une durée maximum de 36 mois avec possibilité de prorogation sur accord exprès de la Mutuelle,

- Prêts in fine, d'une durée maximum de 20 ans.

Il est précisé que, sauf dérogation expresse de la Mutuelle, le bien immobilier, objet du financement assuré, est situé en France et que le prêt est libellé en euros, rédigé en français et souscrit auprès d'un Organisme prêteur situé en France (les prêts en devises, autres que l'euro, ne sont pas assurables dans le cadre du présent contrat).

4. CONDITIONS D'ADHESION ET D'ADMISSION

☒ Conditions d'adhésion

Les demandes d'adhésions sont reçues à l'aide d'un imprimé nommé « Demande d'adhésion » mis à la disposition du Candidat à l'assurance par la Mutuelle. La signature de cet imprimé matérialise la demande d'adhésion à la Mutuelle.

Pour adhérer et être assuré au titre de l'ensemble des garanties de ce Contrat, tout Candidat à l'assurance doit :

- Etre âgé d'au moins 18 ans au jour de l'adhésion et :
Pour la souscription des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :
 - de moins de 65 ans pour les prêts In Fine,
 - de moins de 81 ans pour les autres prêts,Pour la souscription des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et de l'Option IPP (Invalidité Permanente Partielle) :
 - de moins de 65 ans pour tous les types de prêts.Tant pour l'âge limite à l'adhésion, que pour la cessation des garanties et le calcul des cotisations, l'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.
- Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, de son taux et de son amortissement.
La Mutuelle pourra demander au Candidat à l'assurance de lui communiquer :
 - le tableau d'amortissement,
 - l'acte notarié du crédit-vendeur et la déclaration faite au centre des impôts lorsque le prêt est souscrit auprès d'un particulier,
 - l'acte de cautionnement lorsqu'il a la qualité de Caution.
- Résider fiscalement en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie pour souscrire les garanties Décès, Perte totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Option IPP.

Les personnes non résidentes en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie peuvent souscrire ces garanties sous réserve d'acceptation préalable par la Mutuelle après étude d'un questionnaire spécifique « Risques de séjour » et de toutes autres pièces complémentaires jugées nécessaires par elle.

☒ Conditions d'admission

L'admission est subordonnée, en fonction des capitaux à garantir et de 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 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'infor-

mations 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, la Mutuelle émet une proposition d'assurance appelée « Bon Pour Accord », récapitulant le montant du prêt, la quotité à assurer, les garanties proposées ainsi que la franchise applicable, éventuellement les clauses particulières et réserves, et le tarif. Il est valable pour une date d'effet de l'Adhésion 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 d'Adhésion que l'Assuré doit également retourner signé dans les 90 jours de son émission. A défaut, sauf accord de la Mutuelle, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

En cas d'adhésion effective, de refus de la part de la Mutuelle 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 plafonds de prise en charge précisés sur le document indiquant les formalités médicales à accomplir 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 d'Adhésion.

☒ **Convention AERAS : s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé**

La Mutuelle s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS.

☒ **Objet de la Convention**

Les Candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du Contrat, peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

Ces demandes d'adhésion sont systématiquement examinées individuellement conformément au cadre fixé par la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) qui s'articule selon un dispositif à trois niveaux :

- Niveau 1 : la demande d'adhésion est analysée dans le cadre de la tarification du contrat. Si l'Assuré ne peut être garanti dans ce cadre, la demande d'adhésion est systématiquement examinée individuellement, conformément au niveau 2 de la convention AERAS.
- Niveau 2 : une proposition tarifaire personnalisée est adressée au demandeur sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ce dossier (questionnaire médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas de refus au niveau 2 d'un dossier éligible au niveau 3, celui-ci est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés (niveau 3).
- Niveau 3 : le dossier de demande d'assurance de prêt est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés, et dans le respect des dispositions de confidentialités prévues sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :
 - pour les prêts professionnels (uniquement pour l'acquisition de locaux et de matériels) et immobiliers (autres que la résidence principale) : encours cumulés de prêt d'au plus 320 000 € et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt ;
 - pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêt d'au plus 320 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

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

☒ **Garantie Invalidité Spécifique**

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

La garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2ème ou 3ème catégorie par la sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 % apprécié par le Médecin-Conseil de la Mutuelle suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la quotation étant additive en cas de poly-pathologies.

Tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus et que l'Assuré n'a pas fait valoir ses droits à pension de vieillesse, et au plus tard le jour de son 65ème anniversaire, la Mutuelle verse à l'organisme prêteur les termes périodiques de remboursement du prêt sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2, après application de la quote-part assurée, à raison de 1/30ème 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 Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle figurant à l'article 10 « Risques exclus » de la présente Notice d'Information.

☒ **Engagement de la mutuelle**

Le montant minimum de l'engagement de la Mutuelle pour un même Assuré au titre des prêts figurant sur la demande d'adhésion, ne peut être inférieur à 18 000 Euros.

Le montant maximum de l'engagement de la Mutuelle pour un même Assuré au titre des prêts figurant sur la Demande d'adhésion ne peut excéder 5.000.000 Euros.

☒ **Cumul des garanties**

En cas de décès simultané des Co-assurés, 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 tel que défini à l'Article 12.2.

Si plusieurs personnes, emprunteur, co-emprunteur ou caution, sont assurées pour un même prêt, en cas d'arrêt de travail concomitant, la Mutuelle versera une prestation dans la double limite des quotités assurées et de 100% de l'échéance sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2.

5. INCONTESTABILITÉ

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.

Sanction en cas de fausse déclaration :
Il est rappelé qu'en vertu de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change

l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.»

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

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

6.1 Prise d'effet et durée de l'Adhésion

L'Adhésion au contrat prend effet à la date d'envoi du Certificat d'Adhésion. L'Adhésion est conclue pour une période d'un an se terminant à la date anniversaire de l'Adhésion au contrat suivant l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque date anniversaire de l'Adhésion au contrat 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 30ème anniversaire du contrat de prêt (y compris allongement éventuel);
- Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;
- A la date de remboursement anticipé total de chaque prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la mutualité ;
- En cas de résiliation par l'Adhérent, par lettre recommandée avec préavis et accord exprès de l'organisme prêteur en respect avec les conditions détaillées à l'Article 22 ;
- Lors du versement du capital restant dû en cas de décès ou de 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.

Cas de l'Adhésion électronique : par dérogation à l'article 1341 du code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion électronique, les données sous forme électronique conservées par la Mutuelle ou tout mandataire de son choix :

- valent signature par l'Adhérent et l'Assuré ;
- leur sont opposables ;
- peuvent être admises comme preuves de leur identité et de leur consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

6.2 Prise d'effet et durée des garanties

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

En cas de Vente à distance, à la date d'édition de l'offre de prêt

ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds intervienne dans les 6 mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté), et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu à l'article 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 d'Adhésion pour la mise en œuvre des garanties.

Dans les autres cas, à la date figurant sur le Certificat 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 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 6.1 « 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 à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile du 85ème anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) cesse à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile du 67ème anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) cesse à la date de la reconnaissance de la PTIA ou à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile du 67ème anniversaire de l'Assuré.
- La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) cesse à la première des dates suivantes :
- à la date de la reconnaissance de l'Assuré en IPP ou IPT ou PTIA ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite ;
- à l'issue d'une période d'Arrêt de travail de 1095 jours ;
- et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile du 67ème anniversaire de l'Assuré.

L'Option IPP cesse à la date de la reconnaissance de l'IPT ou de la PTIA ou à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile du 67ème anniversaire de l'Assuré.

L'Option Tranquillité suit la règle de cessation des garanties ITT, IPT et IPP auxquelles elle est attachée.

GARANTIES DÉCÈS ACCIDENTEL

Le décès résultant d'un accident, c'est-à-dire de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré, est garanti dès la signature de la Demande d'adhésion, dans les limites de l'article 10 « Risques exclus » de la présente Notice d'information.

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

Pour ouvrir droit à indemnisation, le décès doit survenir dans les 6 mois qui suivent la date de l'accident. Le montant assuré est le montant emprunté multiplié par la quotité à assurer, dans la limite de 150 000 €. Cette garantie cesse à la date d'émission du Certificat d'assurance ou à la date de notification du refus par la Mutuelle et, au plus tard 60 jours à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

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

7. BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

En cas de versement de prestations dans le cadre du présent Contrat, le bénéficiaire des prestations est :

- L'Organisme prêteur, en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et en cas d'Invalidité Permanente Totale lorsque la Mutuelle choisit de verser le capital restant dû ;
- L'Assuré, en cas d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Incapacité Temporaire Totale.

8 - LES GARANTIES ET OPTIONS DU CONTRAT

Les garanties joueront sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2.

Les éventuelles échéances échues et non réglées, les intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt ne sont pas pris en compte.

La Caution devra justifier de la mise en œuvre d'une procédure contentieuse de recouvrement engagée à son encontre, antérieure depuis plus de 6 mois à la survenance de l'ITT, l'IPT ou l'IPP afin de bénéficier des garanties.

8.1 La Garantie Décès

En cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le remboursement du capital restant dû au jour du décès, sur le prêt assuré, calculé sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2, et de la Quotité assurée, à l'exclusion des mensualités échues et non réglées à cette date ainsi que des intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt.

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

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

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

8.2 La Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)

☒ Définition de la garantie

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

- s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale définitive et permanente, médicalement constaté(e) au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile 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).

☒ Etendue de la garantie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré médicalement constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le remboursement, par anticipation, du capital restant dû tel que défini à l'Article 12.2, au prorata de la Quotité assurée, à la date de reconnaissance, par le Médecin-Conseil de la Mutuelle, de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'échéance qui se situerait le jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera prise en charge par 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 PTIA.

8.3 La garantie Incapacité Temporaire Totale (I.T.T)

8.3.1 Définition de la garantie

L'Assuré exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale avant la date de liquidation de sa pension de retraite et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile 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, la profession pratiquée au jour du sinistre ou s'il est conjoint collaborateur, de collaborer effectivement et régulièrement à l'activité de son conjoint artisan, commerçant ou exerçant une profession libérale (il doit pouvoir justifier dans ce cas de son statut de conjoint collaborateur par tout document officiel : K-bis, extrait d'Assemblée Générale...);
- s'il n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit.

L'Assuré au chômage bénéficiant d'allocations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme ou n'exerçant pas d'activité professionnelle fiscalement déclarée au moment du sinistre est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale avant la date de liquidation de sa pension de retraite et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile 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 toutes ses occupations habituelles de la vie courante et qu'il est contraint d'observer un repos complet le rendant incapable d'assurer à la fois des travaux domestiques et de gestion des affaires personnelles et familiales.

8.3.2 Etendue de la garantie

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

☒ Prestations garanties

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (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 1/365ème de l'annuité du(des) prêt(s) garanti(s), sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'Incapacité Temporaire Totale 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 dès la fin de la période de Franchise de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours, choisie par le Candidat à l'assurance à l'adhésion et indiquée sur le Certificat d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier.

Il sera appliqué à chacun des Sinistres la même période de Franchise. S'agissant de prêts in fine ou de prêts avec différé d'amortissement, il sera versé, pendant la période de différé, au prorata temporis et à terme échu, les seuls mensualités d'intérêts dus par l'Adhérent au titre du (des) prêt(s) garanti(s) sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2.

Pour les prêts in fine ou à termes, le capital emprunté compris dans la dernière échéance n'est pas pris en charge.

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 sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2

☒ Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, pour les mêmes raisons médicales constatées lors de son arrêt de travail précédent, la Mutuelle considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les 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 prévues aux paragraphes précédents.

>Reprise à temps partiel thérapeutique au cours d'une indemnisation au titre de l'ITT

Lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle à temps partiel thérapeutique dans le cadre des articles L.323-3 et L.433-1 du Code de la Sécurité Sociale, après une période d'Incapacité Temporaire Totale indemnisée par la Mutuelle au moins égale au délai de franchise choisi à l'adhésion, la Mutuelle poursuit l'indemnisation à hauteur de 50% de la prestation garantie en ITT durant une période ne pouvant excéder 180 jours et dans les limites contractuelles rappelées à l'Article 6.1 « Prise d'effet et durée de l'Adhésion ».

☒ Maternité

En cours de contrat, les Assurées en état de grossesse peuvent bénéficier des prestations si elles se trouvent en Incapacité Temporaire Totale 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.

8.3.3 Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale sans pouvoir excéder les limites fixées à l'article 6. Il cesse en cas de :

- Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 12.3 de la présente Notice ;
- Refus de se soumettre au contrôle diligenté par la Mutuelle (sauf cas de force majeure) ;
- Reprise d'une activité professionnelle même partielle (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique).

8.4 Garanties Invalidité

8.4.1 Définition de la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'Assuré exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, avant la date de liquidation de sa retraite et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile 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 constaté(e) de se livrer à la profession pratiquée au jour du sinistre ou s'il est conjoint collaborateur, de collaborer effectivement et régulièrement à l'activité de son conjoint artisan, commerçant ou exerçant une profession libérale (il doit pouvoir justifier dans ce cas de son statut de conjoint collaborateur par tout document officiel : K-bis, extrait d'Assemblée Générale...);
- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert de la Mutuelle, après

Consolidation de son état de santé, un taux global d'invalidité « N » au moins égal à 66%.

L'Assuré au chômage bénéficiant d'allocations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme ou n'exerçant pas d'activité professionnelle fiscalement déclarée au moment du sinistre est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale avant la date de liquidation de sa pension de retraite et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile 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 toutes ses occupations habituelles de la vie courante et qu'il est contraint d'observer un repos complet le rendant incapable d'assurer à la fois des travaux domestiques et de gestion des affaires personnelles et familiales ;
- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert de la Mutuelle, après consolidation de son état de santé, un taux d'invalidité fonctionnelle physique et mentale au moins égale à 66%.

8.4.2 Définition de l'option Invalidité Permanente Partielle (IPP)

L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, avant la date de liquidation de sa pension de retraite et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile 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 partielle et définitive, médicalement constatée, d'exercer tout ou partie de la profession pratiquée au jour du sinistre ou s'il est conjoint collaborateur, de collaborer effectivement et régulièrement à l'activité de son conjoint artisan, commerçant ou exerçant une profession libérale (il doit pouvoir justifier dans ce cas de son statut de conjoint collaborateur par tout document officiel : K-bis, extrait d'Assemblée Générale...);
- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert de la Mutuelle, après Consolidation de son état de santé, un taux global d'invalidité « N » supérieur à 33% et inférieur à 66%.

L'Assuré au chômage bénéficiant d'allocations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme ou n'exerçant pas d'activité professionnelle fiscalement déclarée au moment du sinistre est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle avant la date de liquidation de sa pension de retraite et au plus tard à la date anniversaire du contrat suivant l'année civile 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 partielle et définitive, médicalement constatée, d'exercer tout ou partie de ses occupations habituelles de la vie courante et qu'il est contraint d'observer un repos complet le rendant incapable d'assurer à la fois des travaux domestiques et de gestion des affaires personnelles et familiales ;
- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert de la Mutuelle, après consolidation de son état de santé, un taux d'invalidité fonctionnelle physique et mentale supérieur à 33% et inférieur à 66%.

8.4.3 Etendue des garanties Invalidité

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

En cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le versement au prorata temporis et à terme échu de la mensualité garantie en cas d'Invalidité Permanente Totale calculée sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2, au prorata de la quotité assurée.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle versera une prestation égale à (N-33) / 33 de la mensualité garantie au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale définie ci-dessus.

S'agissant de prêts in fine ou de prêts avec différé d'amortissement, il sera versé, pendant la période de différé, au prorata temporis et à

terme échu, les seuls mensualité d'intérêts dus par l'Adhérent au titre du (des) prêt(s) garanti(s) sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2.

Pour les prêts in fine ou à termes, le capital emprunté compris dans la dernière échéance n'est pas pris en charge.

La prise en charge totale ou partielle des mensualités intervient pendant la durée de l'invalidité garantie au titre du présent contrat. La Mutuelle se réserve le droit de régler le capital restant dû sur la base du règlement des prestations défini à l'Article 12.2 pondéré par la quotité assurée.

8.4.4 Détermination du taux d'invalidité « N »

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie :

- Invalidité Permanente Totale, le taux global d'invalidité « N » doit être au moins égal à 66%
- Invalidité Permanente Partielle, le taux d'invalidité « N » doit être supérieur à 33% et inférieur à 66%
- L'invalidité est constatée par le médecin-expert de la Mutuelle qui reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé. Il détermine le taux global d'invalidité « N » en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle.
- Le taux d'invalidité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle selon le barème de droit commun publié par le « Concours Médical », en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité.
- Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée, 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.
- Le taux global d'invalidité « N » est révisable selon l'évolution de l'état de santé de l'Assuré. Le montant des prestations varie en conséquence. Le taux global d'invalidité « N » est déterminé en fonction de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle selon le tableau suivant :

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

Pour les Assurés au chômage bénéficiant d'allocations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme ou n'exerçant pas d'activité professionnelle fiscalement déclarée au moment du sinistre, seul le taux d'incapacité fonctionnelle est pris en compte et apprécié comme précisé ci-dessus.

8.4. Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'invalidité garantie au titre du présent Contrat sans pouvoir excéder les limites fixées à l'Article 6.

Il cesse également en cas de :

- Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 12.3 de la présente Notice.
- Refus de se soumettre au contrôle diligenté par la Mutuelle (sauf cas de force majeure)
- En cas d'IPT, il cesse également en cas de :
- taux d'invalidité, suite à l'évolution de l'état de santé de l'Assuré, inférieur à 66%
- Reprise d'une quelconque activité professionnelle même partielle.
- Reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

En cas d'IPP, il cesse également en cas de :

- Taux d'invalidité, suite à l'évolution de l'état de santé de l'Assuré,

inférieur à 33% ;

- Indemnisation au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ;
- Reprise d'une quelconque activité professionnelle à temps plein ;
- Reconnaissance d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'indemnisation à ce titre.

8.5 Option Tranquillité

Sous réserve de l'accord de la Mutuelle et moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, la souscription de l'Option tranquillité permet la prise en charge des Sinistres résultant et/ou provenant des affections suivantes visées à l'article 10 « Risques exclus » de la présente Notice d'Information :

- des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicologie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale) sans condition d'Hospitalisation,
- des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus ou d'un syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sans condition d'Hospitalisation.

L'option Tranquillité doit être souscrite au moment de l'adhésion au Contrat. La souscription de cette option est définitive.

9. LIMITES ET EXCLUSIONS

9.1 Exclusions générales du contrat

Ne sont pas garantis au titre de la Garantie Décès :

- Le suicide pendant la 1ère année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci. 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 ;
- Les conséquences de vols sur appareil non pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, les compétitions, démonstrations acrobatiques et voltiges libres, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototype, pratique du deltaplane, ULM, parapente Les conséquences d'accidents causés par des cataclysmes ou les dommages résultant de faits de guerre étrangère, de guerre civile ou d'émeute ;
- La conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur au jour du sinistre relative au Code de la Route français ou du pays où a lieu l'accident ;
- Les suites et conséquences de l'usage de stupéfiants par l'assuré, à des fins autres que médicales ou non ordonné médicalement ou à des doses non prescrites ;
- L'homicide volontaire d'un titulaire de l'assurance par un co-assuré ou bénéficiaire ;
- Les événements causés ou aggravés par des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome, ou tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou toute autre source de rayonnements ionisants.

Au titre de la Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, outre les exclusions au titre de la Garantie Décès, sont exclues les suites et conséquences :

- d'accidents ou de maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'adhésion et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'adhésion, sauf s'ils ont été déclarés à la souscription et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion ou d'une restriction de garantie. Toutefois, les exclusions figurant dans cette notice restent dans tous les cas applicables ;
- d'accidents ou de maladies résultant d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire ;
- d'accidents ou de maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré ;
- les atteintes corporelles qui résultent d'une action volontaire d'un titulaire de l'assurance sur un co-assuré ou un bénéficiaire ;
- d'accidents aériens non couverts par la garantie Décès. ;

Ne sont pas garanties au titre des Garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle :

- les exclusions prévues au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'assuré ;
- les atteintes corporelles ou non, résultantes d'une tentative de suicide ;
- les cures thermales ou autres, les séjours dans un établissement de repos ;
- les arrêts de travail correspondant à la durée légale du congé de maternité, défini à l'article L1225-17 du Code du travail, que l'assurée soit salariée ou non, sauf si pendant cette période l'assurée subit un accident ou une maladie garantie non lié à la maternité ;
- les Sinistres résultant et/ou provenant des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus ou d'un syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation continue de plus de quinze (15) jours. Les Assurés ayant souscrit l'option Zen sont garantis pour ces affections sans condition d'Hospitalisation.
- les Sinistres résultant et/ou provenant des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale), sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale nécessitant une Hospitalisation continue de plus de cinq (5) jours. Cette exclusion ne s'applique pas aux affections fracturaires post-traumatiques ou tumorales liées au dos. Si l'Hospitalisation a lieu au cours des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise. Les Assurés ayant souscrit l'option ZEN sont garantis pour ces affections sans condition d'Hospitalisation.

La Souscription de l'Option Tranquillité permet le rachat des deux dernières exclusions mentionnées ci-dessus dans les conditions prévues à l'article 8.6 de la présente Notice d'information.

9.2 Exclusions liées aux pratiques sportives

Sont exclues de toutes les garanties, les suites et conséquences résultant de la pratique des sports suivants :

- les sports nautiques suivants : plongée d'une profondeur supérieure à 20 mètres, navigation au-delà de 20 miles nautiques des côtes, courses de hors-bord, courses d'off-shore, catamaran, voile (longue traversée), canyoning, rafting, pêche au gros,
- les sports automobiles et motocycles suivants : formules 1/3/3000, rallyes, courses de côtes, courses sur circuit, stock car, épreuves sur glace, dragster, hot rod, raid, speed way, épreuves de vitesse, endurance, trial, motoneige en compétition, quad en compétition, karting en compétition, enduro, moto cross,
- les sports de combat suivants : boxe américaine, boxe anglaise, boxe française, boxe thaï (kick boxing), boxe birmane, full contact,
- les sports aériens suivants : aviation, hélicoptère, ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, montgolfière avec compétition, planeur, vol à voile, voltige et autres sports aéronautiques.
- les sports divers suivants : saut à l'élastique, V.T.T de descente en compétition.

La pratique des activités en tant que membre d'une fédération ou d'un club et/ou en compétition, est exclue sauf si elle a été déclarée par l'Assuré lors de son adhésion et qu'elle a fait l'objet d'une proposition tarifaire de l'Organisme assureur sur demande de l'Adhérent et acceptée par ce dernier :

- les sports de montagne suivants : alpinisme, randonnée en haute montagne (+3 000 mètres), escalade de niveau supérieur à 5, trekking, bobsleigh, Skelton, ski/surf hors-pistes, vélo ski, spéléologie, luge sur glace,
- les sports équestres suivants : concours complet, cross-country, courses hippiques, endurance à cheval, marathon d'équitation, attelage, débouillage, courses et/ou concours de sauts d'obstacles, courses de plat, courses de trot, manège équestre, polo, rodéo,

Toutefois, à la demande expresse du candidat à l'assurance, tout ou partie de ces activités peuvent être assurées sous réserve d'acceptation préalable de la Mutuelle et moyennant tarification spéciale.

La pratique ponctuelle, qui en tout état de cause, devra conserver un caractère exceptionnel à l'occasion d'un événement spécifique, sera couverte sans tarification spéciale ni majoration. Il incombera à l'assuré d'une part, de rapporter la preuve du caractère exceptionnel de cette pratique et d'autre part, d'établir que cette pratique a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaire à un tel encadrement.

9.3 Exclusions liées aux pratiques professionnelles

Sont exclues de toutes les garanties, les personnes exerçant les professions suivantes :

- Artistes, Cascadeur,
- Docker,
- Guide de chasse (safaris),
- Professions avec usage ou manipulation de produits dangereux : explosifs, toxiques, inflammables ou nucléaires, Professions avec travaux en hauteur (de plus de 20 mètres), souterains ou sous-marins,
- Voyance, occultisme, sorcellerie.

Toutefois, à la demande expresse du candidat à l'assurance, tout ou partie de ces professions peuvent être assurées sous réserve d'acceptation préalable de la Mutuelle et moyennant tarification spéciale.

10. MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

10.1 Modification de la situation personnelle de l'Assuré

Sous réserves des dispositions de l'Article 9 et de l'Article 12, 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.

10.2 Modification du tableau d'amortissement

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des prêts couverts par la présente Notice d'Information 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 3 mois. En cas de déclaration hors délai, la rétroactivité sera limitée à 3 mois. La Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au Certificat 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.

10.3 Modification des garanties

Les demandes de modifications des garanties ou d'augmentation ou de diminution de la quotité assurée par l'Assuré ne pourront être effectuées sans le consentement exprès de l'Organisme prêteur. Elles peuvent donner 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. A défaut les courriers transmis par la Mutuelle à son dernier domicile connu seront réputés avoir été reçus.

11. FORMALITES A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE ET REGLEMENT DES PRESTATIONS

11.1 Formalités en cas de Sinistre

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

Dans tous les cas

- Une déclaration de Sinistre, sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle ;
- 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 présentateur ou prêteur,
- Toute autre pièce jugée nécessaire par la Mutuelle.

En cas de Décès

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

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

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fourni 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 une activité professionnelle ;
- 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 ;
- 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'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle

- 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).
- Et en outre pour les Assurés sociaux
- Les attestations d'Incapacité Temporaire Totale établies par l'employeur,
- La notification d'une pension d'invalidité.

11.2 Règlement des prestations

Les prestations, payées en euros, sont versées en fonction du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle et dans la limite des sommes réellement dues à l'Organisme prêteur. Les augmentations d'échéance intervenant après la date de l'arrêt de travail ou dans les 6 mois précédant la date d'arrêt de travail sont sans effet sur le montant des prestations versées en Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité Permanente Totale.

11.3 Continuation du service des prestations

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

Il est rappelé que toute réticence, refus de se soumettre aux contrôles diligentés par la Mutuelle ou toute déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants-droits, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, et/ou aux circonstances du Sinistre, entraînent la déchéance de tout droit aux garanties du présent contrat pour le Sinistre en cause.

12. TERRITORIALITE

L'Assuré est couvert dans tous les pays, sous réserve d'un accord préalable de la Mutuelle en cas de séjour ou de voyage excédant une durée de cent-vingt jours par an en dehors de son pays de résidence. Le risque de décès est couvert, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

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

Les frais de rapatriements éventuels sont à la charge de l'Assuré.

13. DECISION DE LA MUTUELLE, CONTRÔLE ET CONTESTATION

La Mutuelle peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales ou expertises par les soins d'un médecin désigné par elle, contrôles, enquêtes et vérifications qu'elle juge nécessaires, soit pour son compte soit celui de tout organisme avec lequel elle est liée. Lors de la déclaration de Sinistre initiale, l'Assuré, ou ses ayants-droit en cas de décès, est tenu de fournir, sous peine de déchéance, sur simple demande, les certificats ou tout autre renseignement d'état civil ou médicaux dont la Mutuelle aurait besoin pour juger de son état de santé avant, au moment et après son adhésion.

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

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

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

La Mutuelle invite alors le médecin de l'Assuré, et celui choisi par elle, à désigner un médecin tiers expert chargé de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente à ce sujet, la désignation est faite, à la demande de la Mutuelle par le Président du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'Assuré s'il réside en France, ou de Paris sinon. 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 par l'Assuré, les frais des trois médecins seraient à la charge de ce dernier qui en fait l'avance.

14. RÉCLAMATION - MÉDIATION

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 – Service Gestion des Réclamations - 5, rue Dosne 75016 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 à :

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

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

Groupe MNCAP – Service Gestion des Réclamations - 5, rue Dosne 75016 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.

15. DÉLAIS DE DÉCLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

15.1 Délai de déclaration

En cas d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente Partielle, est considéré comme forclus tout Assuré n'ayant pas formulé sa demande de prestation à la Mutuelle dans un délai égal à la durée de franchise choisie majorée de 30 jours suivant la survenance du Sinistre sauf impossibilité médicale démontrée. Passé ce délai la Mutuelle ne règlera que les mensualités à échoir.

15.2 Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite à compter du jour de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les délais et les dispositions de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité (prescription) qui prévoit :

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

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

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

16. COTISATIONS D'ASSURANCE

Les garanties du contrat n° 201603925004 sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle.

Elle est déterminée en fonction :

- de l'âge de l'Assuré à la date anniversaire du contrat, déterminé

par différence de millésime ;

- du type de prêt et des garanties retenues par l'Assuré sur la Demande d'Adhésion ;
- des garanties souscrites ;
- de l'activité professionnelle de l'Assuré ;
- du statut de fumeur ou de non-fumeur de l'Assuré ;
- de 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 en vigueur contractuel du prêt, connu et accepté par la Mutuelle) documenté dans le Certificat d'adhésion.

Des tarifs différents sont appliqués pour les Assurés fumeurs et les Assurés non-fumeurs. Lors de l'établissement de la Demande 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 d'adhésion et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

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

Selon la périodicité demandée par le Souscripteur 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.

Conformément à la réglementation SEPA, en cas de prélèvement, 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, quelle que soit la périodicité choisie.

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

En cas de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme Prêteur, l'Adhérent doit déclarer à la Mutuelle ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 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 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.

Sous réserve des dispositions de l'Article 10.1, 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, ou de changements réglementaires ou législatifs, au cours de la période de validité des garanties, la Mutuelle informera l'Adhérent 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 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 mois suivant l'échéance peut entraîner la radiation de l'Adhérent de la Mutuelle et la résiliation de l'ensemble des garanties souscrites par l'Assuré au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure.

Les cotisations échues non payées restent dues.

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

Exonération des cotisations

L'Assuré, qui bénéficie de la prise en charge des mensualités du prêt par la Mutuelle, est exonéré du paiement des cotisations relatives aux garanties ITT, IPT et IPP souscrites et celles relatives aux allègements des limitations prévus par l'option Tranquillité, dès la fin de la période de franchise.

17. ADHESION A LA MUTUELLE

Frais d'adhésion :

En application des statuts de la Mutuelle, afin de bénéficier de l'assurance, le candidat à l'Assurance doit 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. Le membre participant prend part à l'élection des délégués de sections à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

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

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

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

18. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT

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.

19. INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Adhérent personne physique dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations le concernant. Les données concernant l'Adhérent sont destinées à la Mutuelle ou son intermédiaire, aux réassureurs et à l'Organisme Prêteur. Elles sont nécessaires pour la gestion du contrat d'assurance.

Ces informations sont obligatoires ; à défaut d'une ou plusieurs réponses, le dossier de l'Adhérent ne sera pas traité. L'Adhérent personne physique dispose du droit de s'opposer à ce que ces données soient transmises à des tiers. S'ils souhaitent exercer ses droits ou obtenir des informations complémentaires sur le traitement de ses données personnelles, l'Adhérent personne physique doit en faire la demande par écrit à

**MNCAP-AC – 5, rue Dosne
75016 Paris**

20. AUTORITES 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, 61, rue Taitbout 75436 Cedex 09.

21. DROIT DE RENONCIATION

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L 221-18 du Code de la Mutualité (et les dispositions des articles L 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 jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion formalisée par l'envoi du Certificat d'Adhésion.

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

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

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

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

Fait àle.....

« Signature »

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

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

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

22. FACULTE DE RESILIATION

Dans les 12 premiers mois à compter de la signature de l'offre de prêt :

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, l'Adhérent peut résilier son adhésion au contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt, en notifiant sa demande à la Mutuelle par lettre recommandée, au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée.

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

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 décision de l'organisme prêteur, ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

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

A l'issue de cette période :

L'Adhérent peut résilier son adhésion au contrat, à chaque date anniversaire de l'Adhésion, par lettre recommandée avec préavis de deux mois au moins et accord express de l'organisme prêteur.

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

23. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

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

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

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

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

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

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

Le Contrat ZEN+ Emprunteur N° 201603925004 est assuré par la MNCAP - Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété - Régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - Siège social : 5, rue Dosne 75016 Paris - Service gestion des réclamations : 5, rue Dosne 75016 Paris - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité. Le contrat est distribué par LIFESQUARE - SAS au capital de 125 004 € - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 808 493 472 et à l'ORIAS sous le n° 1500137 - Société de courtage en assurance régie par le Code des Assurances - Siège social : 86 Grande Rue 92310 SEVRES.

LEXIQUE

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

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

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

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra les prestations prévues au contrat d'assurance en cas de réalisation du risque. **Bon pour accord** : Proposition d'assurance émise par la Mutuelle précisant le montant du prêt garanti, la Quotité assurée, les garanties accordées, les conditions tarifaires, les événements faisant l'objet de réserve et les conditions particulières. Son retour daté et signé de la main de l'Assuré matérialise l'acceptation des conditions d'assurance par ce dernier.

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

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

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

Co-Emprunteur : La (les) personnes qui signe(nt) le(s) contrat(s) de prêt avec l'Emprunteur. Elle(s) bénéficie(nt) du crédit au même titre que l'Emprunteur et elles sont soumises aux mêmes obligations. **Conjoint** : Conjoint de l'Assuré au jour du décès, non séparé de corps par un jugement ayant force de chose jugée et, à défaut, le concubin notoire déclaré comme tel par l'Assuré à la Mutuelle ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

Consolidation : Le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère irrémédiable, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique de l'Assuré.

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

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

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

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

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail, figurant sur le Certificat d'Adhésion ou sur le dernier Certificat d'Adhésion avenant, au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail ou titre des garanties invalidité lorsque l'Assuré est directement reconnu invalide. En cas de pluralité de prêts, la franchise choisie par le Candidat à l'assurance à l'adhésion est identique pour tous les prêts.

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

Occupations de la vie quotidienne : Faculté pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

Organisme prêteur : Le prêteur, personne physique ou morale, mentionné sur la demande d'adhésion ayant consenti le prêt au titre du présent contrat.

Quotité assurée : Niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimée en pourcentage du capital initial, précisée au Certificat d'Adhésion ou sur le dernier Certificat d'Adhésion avenant, pour les garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Invalidité Permanente Totale (lorsque la Mutuelle choisit de régler le capital restant dû) et de la mensualité pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Permanente Partielle/ Invalidité Permanente Totale.

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.

SOCIÉTÉ LIFESQUARE

Société par actions simplifiées
au capital de 125 004 euros

RCS de Nanterre B 808 493 472-
N° Orias : 15001037 - www.orias.fr
Code APE 6622Z

SIRET : 8084934 200027
Siège social : 86-88, grande rue, 92310 Sèvres