

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT N°AFA201803755020-02

Le présent document constitue la Notice d'Information prévue par la législation. Il décrit les dispositions essentielles du contrat collectif d'assurance facultative n°AFA201803755020-02 souscrit par l'Association François Aupetit (AFA), ci-après dénommée « le Souscripteur » 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, inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351 dont le siège social est situé à Paris (75116), 5 rue Dosne, ci-après dénommée, « la Mutuelle ».

Pour une meilleure compréhension de la présente Notice d'information, nous vous proposons de vous référer 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 collectif d'assurance n°AFA201803755020-02, au profit de ses clients par le Souscripteur auprès de la Mutuelle. Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, le Contrat a pour objet de garantir les personnes physiques ou morales (SCI), Emprunteurs, co-Emprunteurs ou Caution d'un prêt, adhérent à la Mutuelle, avant remboursement contre les risques cités à l'article 3 de la présente Notice d'information.

2. NATURE DES OPERATIONS DE CREDIT CONCERNEES

L'assurance concerne les opérations de prêts suivantes, rédigés en français, libellés en euros, destinés à l'achat d'un bien immobilier en France et consenties par des établissements de crédit français ou succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un état membre de l'Union Européenne :

- Les prêts **immobiliers** ou **professionnels** amortissables par mensualités, d'une durée minimale de 48 mois et maximale de 360 mois y compris éventuel différé maximal de 36 mois et par dérogation pour les prêts à taux zéro, la durée maximale du différé est portée à 180 mois,
- Les **prêts relais**, accompagnés d'un prêt amortissable garanti par le présent Contrat, d'une durée maximale de 36 mois.
- Les prêts in fine d'une durée maxime de 180 mois.

Le montant minimal des prêts est de 20 000 euros.

Le montant maximal des prêts est de 500 000 euros (voir article 13) hors prêts relais.

Les prêts sont à taux fixe ou à taux variable capé, la majoration de taux ne pouvant excéder 1% par rapport au taux initial.

3. GARANTIES PROPOSÉES

Les FORMULES de garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

FORMULE 1

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) ;

FORMULE 2

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA),
- INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT) et INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) ;

FORMULE 3

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA),

- INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT) et INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) et INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP) ;

Seule la garantie Décès sera accordée dans le cadre des opérations de crédit consenties aux personnes âgées de 65 ans et plus à l'Adhésion.

Les FORMULES 2 et 3 ne peuvent pas être souscrites pour les prêts relais et les prêts pour investissements locatifs.

Il est précisé que lorsque le Candidat à l'assurance est Inactif au moment de l'Adhésion, seule la FORMULE 1 peut lui être accordée.

Dans tous les cas, seules seront accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur son Certificat d'Adhésion.

4. PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables au présent Contrat, les personnes physiques qui résident en France Métropolitaine ou dans un Département et Région d'Outre-Mer suivant : Réunion, Martinique, Guadeloupe.

En outre, ces personnes physiques doivent être âgées à la date de signature de la Demande d'Adhésion de plus de 18 ans et de :

- moins de 70 ans pour la garantie Décès,
- moins de 65 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPT et IPP.

Sont assurables au titre du présent contrat les personnes physiques agissant :

- Soit en leur nom propre en qualité d'Emprunteur, de Co-emprunteur ou de Caution ;
- Soit pour le compte d'une société civile immobilière souscriptrice de l'opération de crédit, en qualité d'associé, de dirigeant de droit ou de caution solidaire de la société civile immobilière.

5. FORMALITES D'ADHESION

5.1 Formalités médicales et administratives

Chaque Candidat à l'assurance doit remplir une Demande d'Adhésion et satisfaire aux formalités médicales qui lui sont demandées en fonction des montants garantis, de son âge et de son état de santé.

Déclaration Fumeur / non-fumeur

Chaque Candidat à l'assurance est tenu de souscrire à la déclaration figurant sur la Demande d'Adhésion, et en cas de déclaration non-fumeur, de se soumettre à un test de cotinine urinaire au-delà des montants indiqués dans les formalités médicales.

Après examen des pièces médicales, la Mutuelle peut :

- Accorder l'assurance aux conditions standards ;
- Accorder l'assurance moyennant une cotisation majorée et/ou formuler le cas échéant des restrictions de garanties ;

Dans ce cas, la Mutuelle adresse au Candidat à l'assurance un Bon Pour Accord qui précise les conditions particulières d'acceptation. Le Candidat à l'assurance, s'il accepte la décision, doit donner son consentement par écrit sur les conditions proposées, en retournant le Bon Pour Accord daté et signé dans le délai figurant sur cette lettre. A défaut, la proposition est considérée comme refusée par le Candidat à l'assurance.

- Refuser ou ajourner l'admission du Candidat à l'assurance.

La durée de validité de l'acceptation de la Mutuelle est fixée à 4 mois à compter de l'envoi à l'Assuré du Bon Pour Accord, ou à défaut 4 mois à compter de la date de signature de la Demande d'Adhésion. Si, avant la fin de ce délai, la prise d'effet de l'Adhésion n'est pas intervenue, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

5.2 Emission du Certificat d'Adhésion

Les conditions d'acceptation de la Mutuelle sont mentionnées au Certificat d'Adhésion.

Sous réserve de la réception des pièces nécessaires à son édition, le Certificat d'Adhésion est émis :

- Sans délai, lorsque l'Adhésion est acceptée aux conditions standards,
- À la réception du Bon Pour Accord daté et signé par l'Assuré, lorsque l'Adhésion fait l'objet de conditions particulières d'acceptation.

La Mutuelle se réserve le droit de renouveler les formalités d'Adhésion si l'offre de prêt n'est pas signée dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'Adhésion et si le premier déblocage de fonds n'intervient pas dans les 12 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt.

Tout changement en cours d'Adhésion doit être déclaré auprès de la Mutuelle dans les conditions décrites à l'article 10. « CHANGEMENT DE SITUATION DE L'ASSURE OU DES CARACTERISTIQUES DE L'OPERATION DE CREDIT ».

6. DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

6.1 Prise d'effet de l'Adhésion

L'Adhésion au Contrat prend effet à la date d'édition indiquée au Certificat d'Adhésion.

Elle 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 au 1^{er} janvier de chaque année pendant toute la durée du prêt communiquée par l'Adhérent, sous réserve des cas de cessation de l'Adhésion prévus à l'article 9. « **FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES** ».

6.2 Début des garanties

Dès lors que l'Adhésion a pris effet et sous réserve du paiement par l'Adhérent de la première cotisation, les garanties prennent effet :

– **En cas de Vente à distance**, à la date de la signature de l'offre de prêt et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu à l'article 17.1 « **FACULTE DE RENONCIATION** », délai qui court à compter de la date d'effet de l'Adhésion. Les garanties peuvent prendre effet à la date de la signature de l'offre de prêt, lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation, à condition que l'Adhérent le demande expressément dans l'espace prévu sur la Demande d'Adhésion pour la mise en œuvre des garanties.

Les garanties ne peuvent en aucun cas prendre effet avant la date expressément notifiée par la Mutuelle dans le Certificat d'Adhésion.

Il est précisé qu'en cas d'Adhésion en vue de garantir le remboursement d'un prêt professionnel, les dispositions en cas de Vente à Distance ne s'appliquent pas.

– **Dans les autres cas**, à la date de la signature de l'offre de prêt et au plus tôt à la date expressément notifiée par la Mutuelle dans le Certificat d'Adhésion.

En cas de refus d'un prêt par l'Organisme Prêteur, les cotisations d'assurance afférentes à ce prêt et éventuellement perçues lors de l'Adhésion, sont intégralement remboursées. L'Adhésion au Contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet pour ce prêt.

7. QUOTITE GARANTIE

Pour une même opération de crédit, les garanties peuvent être réparties entre plusieurs Assurés dans les proportions précisées sur leur Certificat d'Adhésion. La Quotité garantie ne peut en aucun cas dépasser 100% du capital initial par Assuré (capital emprunté figurant sur le Certificat d'Adhésion de l'Assuré).

8. GARANTIES ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE

La Quotité garantie reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée aux indemnités prévues ci-après pour l'ensemble des garanties.

Les prestations seront également limitées en fonction des conditions d'admissibilité notifiées au Certificat d'Adhésion et des limites prévues à l'article 13. « **ENGAGEMENT MAXIMAL DE LA MUTUELLE** ».

8.1 Garantie décès

Décès accidentel durant l'accomplissement des formalités médicales :

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 l'assurance, le Décès accidentel, c'est-à-dire le décès résultant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure fortuite et indépendant de la volonté de l'assuré, est garanti à réception de la Demande d'Adhésion par la Mutuelle. Le Candidat à l'assurance bénéficie d'une couverture contre le risque de Décès accidentel consécutif à un Accident. Cette garantie est accordée pour le montant du capital assuré dans la limite de 50 000 € et sous réserve des exclusions énoncées à l'article 11 « **EXCLUSIONS** ».

Cette couverture prend fin :

- à la date d'envoi par la Mutuelle du Certificat d'Adhésion ou
- à la date de notification du refus de l'Adhésion (au titre de toutes les Formules de garanties précisées à l'article 3. « **GARANTIE PROPOSEES** » ;
- au plus tard 60 jours après la date de réception de la Demande d'Adhésion par la Mutuelle.

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

Décès de l'Assuré après la prise d'effet des garanties :

L'assurance s'applique en cas de Décès de l'Assuré en cours d'assurance, au plus tard le 31 décembre suivant le 85^{ème} anniversaire et sous réserve des exclusions prévues à l'article 11. "**EXCLUSIONS**".

Les prestations garanties par la Mutuelle, s'expriment sous forme d'un capital versé à l'Organisme Prêteur déterminé ci-dessous, **multipliés par la Quotité garantie** :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS (En fonction de la Quotité garantie)
Prêt amortissable	Pendant le différé d'amortissement : 100 % du CAPITAL INITIAL* Pendant la phase d'amortissement : 100 % du CAPITAL RESTANT DU, au jour du décès conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date*
Prêt relais et prêt in fine	100 % du CAPITAL INITIAL*

* majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du Décès, à l'exclusion des mensualités échues et non réglées à cette date.

Le capital versé est limité au montant garanti conformément au Certificat d'Adhésion ou le dernier avenant entériné par la Mutuelle.

Les pénalités et intérêts de retard ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Remarques :

Décès intervenant avant tout déblocage des fonds, mais postérieurement à la signature de l'offre de prêt :

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt et à l'acceptation par la Mutuelle mais avant que les fonds ne soient totalement débloqués, l'Adhésion au Contrat produira tous ses effets si l'opération immobilière pour laquelle le prêt est consenti demeure.

Cas particuliers des prêts à déblocages successifs :

Pour les prêts à déblocages successifs des fonds, les prestations versées à l'organisme prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du décès. Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'organisme prêteur au jour du décès, est versé à l'organisme prêteur au fur et à mesure des déblocages successifs des fonds, dans la mesure où le co-Emprunteur, le Conjoint non séparé de droit de l'Emprunteur ou les héritiers de l'Assuré poursuivent l'opération immobilière.

La garantie Décès ne joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution qu'à la condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

Le versement du capital met fin à l'Adhésion et ses garanties

8.2 Garantie perte totale et irréversible d'autonomie

L'assurance s'applique en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré en cours d'assurance, au plus tard le 31 décembre suivant le 67ème anniversaire de l'Assuré et sous réserve des exclusions prévues à l'article 11. "EXCLUSIONS".

L'Assuré doit être reconnu par un médecin-expert désigné par la Mutuelle, totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit.

En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

En cas de reconnaissance en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, la Mutuelle effectue, par anticipation, le versement de l'indemnité prévue en cas de Décès, ce qui met fin à l'Adhésion et ses garanties ; son montant est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par la Mutuelle.

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical

La garantie PTIA ne joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution qu'à la condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

8.3 Garantie incapacité temporaire totale (ITT), Invalidité permanente totale (IPT) ou invalidité permanente partielle (IPP)

Il est rappelé que ces garanties ne peuvent être souscrites que si le Candidat à l'assurance, lors de son Adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée, est au chômage indemnisé par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé ou est Conjoint collaborateur.

L'assurance s'applique en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP sous réserve des exclusions prévues à l'article 11 « EXCLUSIONS ».

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

L'ITT doit survenir en cours d'assurance, avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quel qu'en soit le motif, et au plus tard le 31 décembre suivant le 67ème anniversaire de l'Assuré.

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue, médicalement justifiée, d'exercer son activité professionnelle.

Est également considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, s'il est temporairement contraint, sur prescription médicale, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la Vie Quotidienne en raison d'un Accident ou d'une Maladie. 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.

Temps partiel pour motif thérapeutique

Est considéré en Temps partiel pour motif thérapeutique, l'Assuré qui, à la suite d'une Incapacité Temporaire Totale indemnisée au titre du présent Contrat, est médicalement autorisé à reprendre une activité professionnelle dans le cadre des articles L. 323-3 et L. 433-1 du Code de la sécurité sociale, sous réserve que le temps de travail effectif soit inférieur à 80%.

La durée d'indemnisation pour un même Accident ou Maladie ne pourra excéder douze (12) mois à compter de la reprise partielle du travail pour motif thérapeutique.

L'état d'ITT cesse à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard au 1095ème jour suivant la date du Sinistre, date à laquelle la Mutuelle étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard le 31 décembre suivant le 67ème anniversaire de l'Assuré.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par la Mutuelle, comme étant atteint d'un taux contractuel d'incapacité au moins égal à 66%, calculé conformément au paragraphe «Appréciation du taux contractuel d'incapacité » ci-dessous et qui se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer, même à temps

partiel, la profession pratiquée de façon effective et habituelle au jour du Sinistre.

Invalidité Permanente partielle (IPP)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPP doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard le 31 décembre suivant le 67ème anniversaire de l'Assuré.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par la Mutuelle, comme étant atteint d'un taux contractuel d'incapacité supérieur ou égale à 33% et inférieur à 66%, calculé conformément au paragraphe «Appréciation du taux contractuel d'incapacité» ci-dessous et qu'il se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer, à temps plein, la profession pratiquée de façon effective et habituelle au jour du Sinistre.

Préalables requis avant toute expertise médicale, pour la reconnaissance d'un état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

Préalablement à toute rencontre avec le médecin-expert de la Mutuelle :

Si l'Assuré est salarié et assujetti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé, il doit :

- Être reconnu par la Sécurité sociale comme étant atteint d'une invalidité permanente, avec un taux au moins égal à 66% pour une Invalidité Permanente Totale, ou supérieur à 33% et inférieur à 66% pour une Invalidité Permanente Partielle, s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- Être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 1ère ou 2ème catégorie dans les autres cas.

Si l'Assuré est non salarié ou non assujetti à la Sécurité sociale, il doit :

- S'il est affilié à un organisme social, être reconnu par cet organisme en état d'invalidité permanente totale ou partielle,
- S'il n'est pas affilié à un organisme social, faire établir un certificat médical attestant qu'il est atteint d'une invalidité permanente totale ou partielle.

Appréciation du taux contractuel d'incapacité

Le **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE** est apprécié en fonction de l'incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et de l'incapacité professionnelle.

L'**incapacité fonctionnelle** est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, d'après le guide-barème dit du « Concours Médical », en vigueur au jour du Sinistre.

L'**incapacité professionnelle** est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à l'activité professionnelle de l'Assuré 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 tableau figurant ci-après est un extrait indiquant les divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle, fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (B.C.A.C.).

TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE : (1) fonctionnelle, (2) professionnelle									
(1)	20	30	40	50	60	70	80	90	100

(2)									
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	92,22	100

Si l'Assuré est Inactif au jour du Sinistre à l'origine de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, le taux contractuel d'incapacité est fixé par le médecin désigné par la Mutuelle en dehors de toute considération professionnelle d'après le guide « barème Concours Médical » en vigueur au jour du Sinistre.

ATTENTION REMARQUES IMPORTANTES :

Les garanties ITT, IPT, IPP s'exercent à condition que l'état de santé de l'Assuré n'ait pas déjà entraîné sa reconnaissance en PTIA.

Les garanties ITT, IPT, IPP ne jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution que si, lorsqu'au jour du Sinistre, la Caution apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins 6 échéances, par suite de défaillance du cautionné,

Les pièces émanant de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), de la Sécurité sociale, ou de tout autre organisme social ou professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou le cas échéant du médecin qui a établi le certificat médical.

Prestations :

Si l'Assuré est atteint d'une ITT, IPT ou IPP, la Mutuelle verse au Bénéficiaire, à compter de l'expiration du délai de Franchise de **90 jours**, et dans les limites prévues au paragraphe « **Durée de service des prestations** » du présent article, des prestations égales aux montants de base définis ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie, conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale :

OPERATION CREDIT	DE	MONTANT DES PRESTATIONS (En fonction de la Quotité garantie)
Prêt amortissable		Pendant le différé partiel d'amortissement : 100 % des échéances d'intérêts dus
		Pendant la phase d'amortissement : 100 % des échéances dues
Prêt in fine sans report d'intérêts		100% des échéances d'intérêts dus à l'exclusion du montant principal dû lors de la dernière échéance

En cas d'invalidité Permanente Partielle ou de Temps partiel pour motif thérapeutique :

OPERATION CREDIT	DE	MONTANT DES PRESTATIONS PENDANT 12 MOIS MAXIMUM (En fonction de la Quotité garantie)
Prêt amortissable		Pendant le différé partiel d'amortissement : 50 % des échéances d'intérêts dus Pendant la phase d'amortissement : 50 % des échéances dues
Prêt in fine sans report d'intérêts		50% des échéances d'intérêts dus à l'exclusion du montant principal dû lors de la dernière échéance

Il est précisé que pour les prêts amortissables avec différé total, aucune prestation n'est due pendant la période de différé total d'amortissement.

Les prestations ne peuvent être supérieures aux montants garantis au jour du Sinistre conformément au Certificat d'Adhésion en vigueur à cette date.

Les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont en aucun cas pris en charge.

Les indemnités sont calculées à compter du 91ème jour d'arrêt complet et continu, au prorata du nombre de jours pour la première et dernière échéance à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours), et sont réglées au plus tôt à l'échéance suivant la Franchise.

Lorsque l'Option Renfort Dos & Psy n'est pas souscrite, le point de départ du décompte de la Franchise est le 1er jour d'hospitalisation :

- Dans le cas d'une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation supérieure à 5 jours consécutifs pour des affections rachidiennes, discales ou vertébrales, ou pour des lombalgies, sciatiques, hernies discales, dorsalgies, cervicalgies, sacro-coxalgies ;

- Dans le cas d'hospitalisation supérieure à 15 jours continus en milieu psychiatrique pour des troubles anxieux, troubles de l'humeur, dépressions, troubles obsessionnels compulsifs, psychoses aiguës ou chroniques, troubles de l'alimentation et troubles graves de la personnalité, ou pour la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique.

En cas de reprise à Temps Partiel pour motif thérapeutique, la durée d'indemnisation pour un même Accident ou Maladie ne pourra excéder douze (12) mois à compter du jour de cette reprise.

Dispositions particulières

En cas de modification à la hausse des échéances non prévues à l'acte de prêt alors que l'Assuré est en ITT, IPT ou IPP, l'indemnisation de la Mutuelle s'effectuera sur le montant de l'échéance antérieure à la date du Sinistre.

En cas de modification à la hausse des échéances non prévues à l'acte de prêt dans les six mois qui précèdent l'ITT, IPT ou IPP de l'Assuré, l'indemnisation de la Mutuelle s'effectuera sur le montant de l'échéance précédant cette modification.

Rechute

Lorsque l'Assuré reprend son activité après une Incapacité Temporaire Totale lui ayant ouvert droit à indemnisation et qu'il est à nouveau en Incapacité Temporaire Totale au titre du présent Contrat du fait de la même Affection dans les 60 jours suivant la fin de cette indemnisation, la période indemnisée et celle consécutive à ladite

rechute sont considérées comme une seule et même période. Aucun délai de Franchise n'est de nouveau appliqué. Si la Rechute intervient au-delà de 60 jours suivant sa reprise d'activité par l'Assuré, elle est considérée comme une nouvelle Incapacité Temporaire Totale. Dans ce cas, et sous réserve que le Contrat et l'Adhésion soient toujours en cours, un nouveau délai de Franchise s'applique.

Maternité

Que l'Assurée soit assujettie ou non à la Sécurité sociale, les arrêts de travail correspondant aux périodes de congé légal de maternité - définies comme telles par la Sécurité sociale - n'ouvrent droit à aucune indemnisation.

Délai de déclaration

L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de 180 jours au-delà de la Franchise indiqué sur le Certificat d'Adhésion pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à la Mutuelle.

Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'Incapacité Temporaire Totale, dans un délai de 90 jours. Passés ces délais les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'ITT, l'IPT ou l'IPP de l'Assuré, sans pouvoir excéder les dates limites fixées à l'article 9. « **FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES** ».

Il cesse également d'être dû pour l'ensemble des garanties ITT, IPT ou IPP en cas :

- De non-renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail (les prestations sont considérées comme prenant fin à la date figurant sur le dernier justificatif ou avis de prolongation),
- De situation rendant impossible l'exercice du contrôle médical (par exemple, en cas de changement d'adresse non notifié à la Mutuelle et à l'organisme prêteur),
- De refus de se soumettre au contrôle médical demandé par la Mutuelle conformément à l'article 14. « **CONTROLE MEDICAL-ARBITRAGE** », (sauf cas fortuit ou de force majeure)
- De reconnaissance d'un état de PTIA ouvrant droit, par anticipation, au versement unique prévu pour la garantie Décès.

En outre, s'agissant de :

La garantie ITT, le service des prestations cesse également :

- En cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique indemnisée au titre du présent Contrat, dans la limite de douze (12) mois),
- Pour l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, en cas de reprise totale ou partielle de ses Occupations de la Vie Quotidienne,
- En cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale par le médecin-expert de la Mutuelle,

La garantie IPT, le service des prestations cesse également :

- Si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré son taux contractuel d'incapacité devient inférieur à 66%,
- En cas de reprise totale ou partielle de son activité professionnelle,
- Pour l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, en cas de reprise totale ou partielle de ses Occupations de la Vie Quotidienne,

- En cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Invalidité Permanente Totale par le médecin-expert de la Mutuelle.

La garantie IPP, le service des prestations cesse également :

- Si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré son taux contractuel d'incapacité devient inférieur à 33 %,
- En cas de reprise d'une quelconque activité professionnelle à temps plein,
- Pour l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, reprise totale de ses Occupations de la Vie Quotidienne,
- En cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle par le médecin-expert de la Mutuelle.

9. FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

A l'égard de chaque Adhérent, l'Adhésion au Contrat cesse au plus tard, à la date à laquelle cessent les engagements de l'Emprunteur envers l'Organisme Prêteur, c'est-à-dire :

- Au remboursement total et définitif de l'opération de crédit concernée, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale théorique prévue à l'origine ou modifiée selon les dispositions prévues à l'article 10. « **CHANGEMENT DE SITUATION DE L'ASSURE OU DES CARACTERISTIQUES DE L'OPERATION DE CREDIT** »,
- À la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par la Mutuelle,
- À la Déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur,
- En cas de non-paiement des cotisations d'assurance selon les modalités prévues à l'article 15.3 « **DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS** »,
- En cas d'exercice de la faculté de renonciation selon les dispositions de l'article 17.1 « **FACULTE DE RENONCIATION** »,
- Pour la Caution assurée, en cas de résiliation de l'engagement de caution avec l'accord de l'Organisme Prêteur,
- à la date à laquelle le paiement du solde du prêt devient exigible au profit de l'Organisme Prêteur en application de l'acte de prêt,
- Au décès de l'Assuré,
- Au 31 décembre qui suit la demande de résiliation de l'Adhésion par l'Adhérent. L'Adhérent peut demander la résiliation de son Adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle avant le 31 octobre de l'exercice concerné et après accord de l'Organisme Prêteur,
- À la date de résiliation de l'Adhésion par l'Adhérent, selon les conditions définies à l'article 17.2 « **FACULTE DE RESILIATION** »

A l'égard de chaque Assuré, les garanties cessent au plus tard :

- le 31 décembre suivant le 85^{ème} anniversaire de l'Assuré en ce qui concerne la garantie Décès,
- le 31 décembre suivant le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré en ce qui concerne la garantie PTIA,
- À sa date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif et au plus tard le 31 décembre suivant le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré en ce qui concerne les garanties ITT, IPT et IPP.

10. CHANGEMENT DE SITUATION DE L'ASSURE OU DES CARACTERISTIQUES DE L'OPERATION DE CREDIT

En cas de changement en cours d'Adhésion de la situation ou du domicile de l'Assuré, en cas de modification des déclarations faites par l'Assuré lors de son Adhésion, des caractéristiques du prêt, ou de l'acte de cautionnement, l'Assuré est tenu d'informer la Mutuelle par écrit et de lui communiquer les éléments actualisés.

Cette information est faite par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent ledit changement.

En cas d'augmentation de la Quotité garantie ou d'allongement de la durée du prêt de cinq (5) ans et plus, la Mutuelle demandera un renouvellement des formalités médicales dans les mêmes conditions que pour une nouvelle adhésion, conformément à l'article 5. « **FORMALITES D'ADHESION** ». La cotisation sera alors revue en fonction du nouvel Âge de l'Assuré, de son état de santé, et du nouveau capital à garantir.

En cas de diminution de la Quotité garantie ou de remboursement anticipé partiel de l'opération de crédit, la modification de l'assiette de la cotisation prendra effet à la date de réception par la Mutuelle de l'autorisation écrite de l'Organisme Prêteur. En cas de remboursement anticipé partiel de l'opération de crédit, l'assiette de la cotisation est alors le Capital Restant Dû à la date du remboursement anticipé partiel.

En cas d'allongement de la durée du prêt de moins de cinq (5) ans, aucune nouvelle formalité médicale ne sera demandée et le tarif initial sera maintenu.

11. EXCLUSIONS

11.1 Exclusions applicables à toutes les garanties

L'ensemble des Affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récives sont exclues :

- **Le fait intentionnel de l'Assuré ou de toute personne à qui l'assurance profiterait directement ou indirectement ;**
- **Les conséquences de guerre civile ou étrangère, déclarée ou non, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et les protagonistes,**
- **La participation de l'Assuré à tout duel, délit, acte criminel ou rixe, actes de terrorisme ou de sabotage, émeutes ou mouvements populaires,**
- **La manipulation par l'Assuré d'armes ou d'explosifs dont la détention est interdite, ou de produits inflammables ou toxiques,**
- **La participation à des compétitions, courses ou paris, à des tentatives de records, à des essais avec prototype, à des acrobaties ;**
- **Les accidents de navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouve à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet ou possédant un brevet ou une licence périmé ou ne correspondant pas au type d'appareil utilisé.**
- **La pratique sportive à titre professionnel et / ou à titre amateur rémunérée, sauf dans le cadre de la profession de l'Assuré déclarée à l'Adhésion et acceptée par la Mutuelle.**
- **La pratique des sports effectués à titre amateur suivants, SAUF s'ils sont pratiqués à titre occasionnel dans le cadre d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que l'Assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement :**

- Les sports nécessitant l'usage d'engins à moteur y compris les sports aquatiques, nautiques, fluviales, lacustres, maritimes ou terrestres,
- Sports aériens et/ou utilisation de tout engin aérien y compris avion, hélicoptère, planeur, vol à voile, parachutisme, deltaplane, parapente, U.L.M., montgolfière, saut à l'élastique ou assimilé, tyrolienne, zip-line, scable (tyrolyenne géante), waterjump, flysurf sans moniteur et sans port des protections recommandées,
- Disciplines du cirque en loisir y compris slackline, tauromachie,
- bicross - BMX - VTT « street » et « freeride »,
- Activités sportives en zone désertique, safari, trekking,
- Activités sportives en eaux vives : canyoning, hydrospeed, rafting, activités pratiquées sur cours d'eau de classe 3 ou supérieure,
- Course à pied d'une distance supérieure à 42,195 km, triathlon, décathlon, rallyes-raids, épreuves combinées d'athlétisme y compris décathlon, triathlon, courses de survie,
- Les sports nautiques en solitaire au-delà de 1 mille des côtes, yachting (au-delà de 60 milles des côtes), plongée (en apnée ou non) en solitaire ou au-delà de 20 mètres de profondeur, kayak en mer (au-delà de 1 mille des côtes), en marathon, courses d'off-shore, catamaran, voile (longue traversée), kayak-surf, pêche au gros,
- Les sports de combats ou arts martiaux y compris boxe, full contact, kungfu, judo, karaté, jujitsu, kickboxing, taekwondo, ultimate fighting
- Football américain ou australien, rugby,
- Les sports dits de montagne (y compris alpinisme dont varappe, escalade, trekking, randonnée sur chemin non balisé ou nécessitant corde, piolet ou crampons ou à une altitude de plus de 3000m), de glisse ou de neige (hors ski sans compétitions sur pistes balisées et ouvertes au public),
- Le bobsleigh, bandy, skeleton, luge, patinage et hockey sur glace (sur patinoire non ouverte au public),
- Spéléologie, escalade de niveau supérieur à 5,
- Les sports équestres (hors dressage, attelage, manège, randonnée ou promenade).

L'Assuré qui souhaite bénéficier d'une couverture étendue peut demander à être assuré, au titre de tout ou partie des activités sportives exclues, à tout moment de la vie de son Contrat dans les conditions prévues à l'article 11.5 Demande de rachat d'exclusions.

Sont exclues les personnes exerçant les professions ou domaines d'activité suivants : toute profession fondée sur l'existence de phénomènes paranormaux y compris voyance, occultisme, sorcellerie, radiesthésiste.

11.2 EXCLUSIONS DE CES

En sus des exclusions énumérées au article 11.1 « EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES », le suicide de l'Assuré dans la première année de l'Adhésion, ou dans l'année qui suit l'augmentation du montant des garanties en cours de Contrat le cas échéant .Toutefois, si le prêt garanti par le présent Contrat a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de

l'Assuré, le suicide est couvert dès la prise d'effet des garanties dans la limite du plafond fixé par la réglementation en vigueur ;

11.3 EXCLUSIONS PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En sus des exclusions énumérées à l'article 11.1 « EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES », sont exclus les états préexistants ou résultant de l'aggravation d'un état préexistant à l'admission, sauf si ceux-ci ont été déclarés par l'Assuré et non exclus par la Mutuelle lors de l'acceptation de l'Adhésion.

11.4 EXCLUSIONS INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ET INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

Outre les exclusions applicables à toutes les garanties et les exclusions prévues pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'ensemble des Affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récives sont exclues :

- Les accidents ou maladies dont la première constatation médicale se situe à une date antérieure à la date d'effet de l'assurance, ou les aggravations d'un état préexistant à la prise d'effet des garanties sauf si déclarés par l'Assuré et non exclus par la Mutuelle lors de l'acceptation de l'adhésion,
- L'état d'imprégnation alcoolique (état attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux fixé par le Code de la route en vigueur au jour du Sinistre) lors d'un accident au cours duquel l'Assuré est reconnu responsable, l'alcoolisme ;
- L'usage de stupéfiants ou de produits toxiques non prescrits médicalement,
- Les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une Maladie ou d'un Accident couvert par le Contrat,
- Les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une Maladie ou un Accident couvert par le Contrat,
- Affections du dos : les affections rachidienne, discale ou vertébrale, les lombalgies, les sciatiques, les hernies discales, les dorsalgies, les cervicalgies, les sacro-coxalgies, quelle qu'en soit la cause ou l'origine, sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation continue de plus de 5 jours (hormis l'hospitalisation de jour). Lors de la Demande d'Adhésion, l'Assuré peut demander à lever cette exclusion en souscrivant à l'option Renfort Dos & Psy. Si la Mutuelle a donné son accord, ce choix est alors indiqué au Certificat d'Adhésion;
- Affections psychiatriques et syndromes de fatigue : les troubles anxieux, troubles de l'humeur, dépressions, troubles obsessionnels compulsifs, psychoses aiguës ou chroniques, troubles de l'alimentation et troubles graves de la personnalité, la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique; sauf si l'Affection causale justifie une hospitalisation (hormis l'hospitalisation de jour) en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus ou une mise sous tutelle ou sous curatelle par un tribunal compétent. Lors de la Demande d'Adhésion, l'Assuré peut demander à lever cette exclusion en souscrivant à l'option Renfort Dos & Psy. Si la Mutuelle a donné son accord, ce choix est alors indiqué au Certificat d'Adhésion ;

11.5 Demande de rachat d'exclusions

- Demande de rachat des exclusions sportives
- À tout moment de la vie de son Contrat, l'Assuré qui pratique, un ou plusieurs sports ou loisirs listés à l'article 11.1. « EXCLUSIONS APPLICABLES A TOUTES LES GARANTIES », peut demander à être assuré pour cette (ces) activité(s).

À réception, la Mutuelle étudiera la demande et adressera, le cas échéant, une proposition tarifaire adaptée à l'Assuré qui pourra soit accepter la proposition et être couvert pour cette ou ces nouvelles activités, soit refuser la proposition et conserver sa couverture initiale.

- Demande de rachat des exclusions Affections du dos et Affections psychiatriques et syndromes de fatigue

L'option Renfort Dos & Psy a pour objet de lever, moyennant une majoration du tarif, les exclusions applicables aux Affections du dos et Affections psychiatriques et syndromes de fatigue relatives aux garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Cette option n'est accessible qu'au moment de l'adhésion au Contrat d'assurance.

12. ETENDUE TERRITORIALE

En cas de Sinistre, l'assurance s'applique sans limitation territoriale.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Permanente Partielle doit être constatée en France métropolitaine.

Les frais encourus par l'Assuré à l'occasion de son déplacement de l'étranger vers la France métropolitaine sont à sa charge.

13. ENGAGEMENT MAXIMAL DE LA MUTUELLE

Lorsque plusieurs personnes physiques sont assurées au titre d'une même opération de crédit, le montant total des indemnités versées par la Mutuelle ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, la mensualité de l'opération de crédit en ce qui concerne les garanties ITT, IPT ou IPP, ou le Capital Restant Dû en ce qui concerne la garantie Décès ou PTIA.

Au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'engagement est plafonné à :

Age à l'Adhésion	≤ 65 ans	> 65 ans et < 70 ans*
Engagement Max (en € et hors prêt relai)	500 000	350 000

*Au-delà du 31 décembre suivant le 67^{ème} anniversaire de l'assuré, l'engagement de la Mutuelle ci-dessus ne s'applique que pour la garantie Décès.

Au titre des garanties ITT, IPT ou IPP, l'engagement mensuel de la Mutuelle est plafonné, toutes opérations de crédit confondues, à 5 000 euros / mois par Assuré.

14. CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE

La Mutuelle n'est pas tenue de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé. La Mutuelle se réserve le droit de :

- Contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- Contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis,
- Provoquer une contrevisite à ses frais par l'un de ses médecins pour tout Assuré malade ou accidenté, en présence, le cas échéant, et aux frais de l'Assuré, de son médecin traitant.

Les médecins de la Mutuelle doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de contrôler son état de santé, étant précisé qu'en cas

de contrôle, le service des prestations est interrompu jusqu'à réception des conclusions des médecins.

En cas de refus de l'intéressé, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix (10) jours ouvrés après réception de la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), celle-ci reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si ce dernier maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le Sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin expert de la Mutuelle, une procédure d'arbitrage médical peut être mise en place afin de trancher de façon définitive le différend et d'éviter le recours à une procédure judiciaire. Les deux médecins en désignent alors un troisième pour les départager dans le cadre d'un compromis d'arbitrage.

Faute par l'une des parties de désigner son médecin expert, ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le Sinistre s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin, les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, étant supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.

L'attente de l'Assuré est attirée sur le fait que dans le cadre d'une procédure d'arbitrage, aucune action en justice ne peut être exercée par les parties tant que l'arbitre n'aura pas tranché le différend, sauf si le rapport de cet expert n'a pas été déposé dans les quarante (40) jours à compter de sa saisine.

Si l'Assuré ne souhaite pas recourir à cette procédure d'arbitrage, il conserve bien entendu la possibilité de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

15. COTISATIONS

15.1 Détermination du montant des cotisations

Le taux annuel de cotisation, taxes en vigueur comprises, est exprimé en pourcentage du capital initial assuré du prêt.

Ce taux est fixé en fonction de l'Âge de l'Assuré à la signature de la Demande d'Adhésion, de la durée du prêt à l'Adhésion, des garanties et options reposant sur sa tête, de ses risques professionnels et sportifs, de ses déclarations, et de ses conditions d'admissibilité.

15.2 Paiement des cotisations

Les cotisations d'assurance sont dues à compter de la date de prise d'effet des garanties,

Elles sont payables mensuellement, trimestriellement, ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de l'adhésion.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels et annuels.

Les cotisations ne subissent pas de réduction et continuent d'être basées sur le même taux, même s'il y a cessation de certaines

garanties en cours d'assurance, la totalité des cotisations étant alors affectées aux autres garanties.

Tout changement du taux des taxes, toute instauration de nouvelles impositions ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicables aux contrats emprunteurs qui s'imposerait aux adhésions en cours entraînerait une modification du montant de la cotisation.

En cas de remboursement anticipé du prêt, de Décès ou de PTIA les cotisations perçues indûment seront restituées.

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 trois (3) mois, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçue(s) par la Mutuelle, lors de l'Adhésion, seront alors intégralement remboursées et le Contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

15.3 Défaut de paiement des cotisations

La Mutuelle ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations du Contrat, aux échéances fixées.

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours suivant son échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhérent une lettre recommandée avec accusé de réception de mise en demeure de payer. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'Adhésion au Contrat se trouvera de plein droit, résiliée.

L'Organisme Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure de l'Adhérent pour non-paiement des cotisations.

16. CONVENTION AERAS

La Mutuelle s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS. Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet <http://www.aeras-infos.fr/>

La Convention AERAS prévoit également pour le Candidat à l'assurance un « Droit à l'oubli » dont les conditions d'application sont rappelées au moment de la sélection médicale.

16.1 Objet de la Convention et fonctionnement du dispositif

L'Assuré présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS en vigueur à la date d'Adhésion et ne pouvant être garanti dans le cadre de la tarification standard du présent Contrat, peut bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

Le traitement de la Demande d'Adhésion au Contrat d'assurance de prêt pour l'Assuré présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS s'articule de la manière suivante autour d'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 cadre du respect des dispositions de confidentialité prévues sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- pour les prêts professionnels et immobiliers (autres que la résidence principale) : encours cumulés de prêts d'au plus 320 000 euros 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 euros (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 concernant la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

16.2 Garantie Invalidité Spécifique AEREAS (GIS)

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie Invalidité Permanente Totale a été refusée pour des raisons médicales.

Après examen des formalités d'Adhésion et si la garantie invalidité est refusée pour raisons médicales, la Mutuelle étudie systématiquement la possibilité d'accorder l'assurance avec la Garantie Invalidité Spécifique (GIS) en lieu et place de cette garantie.

Il ne s'agit pas d'une option, un Candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

L'Emprunteur bénéficie de la garantie Invalidité Spécifique AERAS lorsque les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé est consolidé ;
- son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le Médecin expert de la Mutuelle par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70% ;
- il est titulaire d'un titre de pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés ;
- l'état d'invalidité intervient avant le jour la date de liquidation de ces droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif et au plus tard à son 67ème anniversaire

La prestation au titre de la Garantie Invalidité Spécifique, les modalités de calcul et de versement, les exclusions et les conditions de cessation de garantie sont identiques à celles définies pour la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par le Médecin expert de la Mutuelle de l'état d'Invalidité Spécifique défini ci-dessus.

Ces informations sont également disponibles sur le site internet <http://www.aeras-infos.fr/>.

17 BASES LEGALES

La loi française est applicable au présent Contrat et la langue française est utilisée dans toutes les relations contractuelles entre la Mutuelle et l'Assuré.

Les risques sont assurés par la Mutuelle.

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le présent Contrat est de plein droit applicable au jour de son entrée en vigueur.

La Mutuelle est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) – 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09.

17.1 Faculté de renonciation

Cette faculté ne s'applique pas aux prêts professionnels.

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

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

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

Pour ce faire, il doit adresser 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, contrat de prêt N°..... « raison sociale de l'organisme de prêt » déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat AFA N°AFA201803755020-02.

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait àle..... « Signature »

Les cotisations éventuellement versées lui sont alors remboursées dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre 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 17.2. 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.

17.2 Faculté de résiliation

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, et sous réserve des dispositions de la présente notice d'information relatives à la prise d'effet et à la durée de l'adhésion, l'Adhérent dispose de la faculté de résilier son adhésion tous les ans.

Lorsque le délai écoulé depuis la date de signature de l'offre de prêt définie à l'article L.313-24 du Code de la consommation est inférieur à douze (12) mois, l'Adhérent peut résilier son adhésion en notifiant sa demande à la Mutuelle par l'envoi d'une lettre recommandée au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période de douze (12) mois rappelée ci-dessus, conformément au 2ème alinéa de l'article L.221-10 du Code de la mutualité.

Lorsque l'Adhésion a pris effet depuis plus de douze (12) mois,¹⁾ l'Adhérent peut mettre fin à son Adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant

la date d'échéance, 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 jours à compter de la réception d'un autre contrat d'assurance de substitution.

17.3 Incontestabilité

Les déclarations des Assurés servent de base à l'Adhésion au Contrat qui est incontestable dès qu'elle a pris effet sauf en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L. 221-14 du Code de la mutualité), de fausse déclaration non intentionnelle (article L. 221-15 du Code de la mutualité).

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

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

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 ».

17.4 Prescription

La prescription désigne la durée au-delà de laquelle les actions dérivant de la présente Adhésion au Contrat ne sont plus recevables. Elle est régie par les articles suivants du Code de la mutualité et le Code civil.

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

- de l'article 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.

- 2) *En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle ou l'Union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci ».*

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

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

Information complémentaire :

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

17.5 Loi « informatique et libertés »

Les données communiquées dans le cadre de l'Adhésion à ce Contrat sont destinées à la Mutuelle, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'Adhésion au Contrat d'assurance. Elles feront l'objet d'un traitement ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la Demande d'Adhésion au Contrat d'assurance. Les informations qui vous sont demandées, ainsi que celles qui sont produites à l'occasion de la gestion et de la conclusion de l'Adhésion au Contrat d'assurance, sont nécessaires pour prendre en compte votre situation.

Les questionnaires qui vous sont soumis doivent être complétés, datés et signés, et transmis sous enveloppe, ou selon la procédure de confidentialité qui vous est proposée, à

MNCAP – à l'attention du Médecin-Conseil -

5 rue Dosne 75116 PARIS.

En application de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données vous concernant, et pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer à leur traitement.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, sur simple demande écrite à l'adresse suivante :

MNCAP – à l'attention de la Direction générale –

5 rue Dosne 75116 PARIS

17.6 Réclamations -médiation

En cas de difficultés dans l'application des dispositions du présent contrat, l'Assuré peut également s'adresser au Service Réclamations qui l'aidera à rechercher une solution à l'adresse suivante :

MNCAP – Service gestion des réclamations

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

En cas de désaccord avec la position définitive de la Mutuelle, c'est-à-dire après épuisement des voies de recours internes à la Mutuelle, l'Assuré ou ses ayants droits peut(vent) demander l'avis du Médiateur de la FNMF à : **FNMF - Service Médiation, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15.**

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

Groupe MNCAP – Service Gestion des Réclamations – 5 RUE DOSNE 75116 PARIS.

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

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

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

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

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

17.8 Lutte contre le blanchiment d'argent – financement du terrorisme

La Mutuelle participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme par la mise en place de procédures appropriées pour identifier et évaluer les risques

auxquels elle est exposée et peut être amenée à interroger les parties au Contrat (Adhérent, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

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

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

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

17.9 Participation aux bénéfices

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

LEXIQUE

Le lexique ci-dessous est à votre disposition pour une compréhension des termes techniques utilisés.

La première lettre de chacun de ces termes ou expressions sera toujours écrite avec une majuscule dans le texte de la Notice d'Information

Accident : toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré. Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombo-sciatalgies, les accidents vasculaires et les hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des Accidents.

Adhérent : personne physique, ayant souscrit ou cautionné un prêt, qui accepte les termes du présent Contrat et paie les cotisations. L'Adhérent, pour autant qu'il soit une personne physique, peut aussi être l'Assuré.

Adhésion : adhésion par l'Adhérent au contrat d'assurance collective emprunteur à adhésion facultative n° XXXX souscrit par l'association AFA auprès de la Mutuelle.

Elle est conclue sur la base des déclarations faites par l'Adhérent et l'Assuré sur la Demande d'Adhésion et dans le cadre des formalités médicales. Son fonctionnement est régi par la Notice d'Information et le Certificat d'Adhésion.

AFA : ASSOCIATION FRANÇOIS AUPETIT, Régie par la Loi du 1er juillet 1901 - 32, rue de Cambrai - 75019 PARIS.

Âge de l'Assuré : pour l'âge limite de l'Adhésion et les formalités d'adhésion, l'âge de chaque Assuré est calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance (différence de millésimes). Pour le calcul des cotisations et pour la cessation des garanties, l'âge de chaque Assuré est l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire).

Assuré : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance. Si l'Assuré est Caution du prêt garanti, le droit aux prestations est subordonné à la mise en œuvre préalable du cautionnement suite à la défaillance de l'Emprunteur.

Affection : toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).

Bénéficiaire : Le bénéfice de l'assurance est attribué à l'Organisme Prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues. L'Organisme Prêteur accepte le bénéfice de l'assurance par la signature du Certificat d'Adhésion.

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 qui formule une Demande d'Adhésion ou d'admission en tant qu'Assuré au Contrat

Capital Restant Dû : capital emprunté non amorti à date du Décès ou de la reconnaissance de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Le

Capital Restant Dû ne tient pas compte des échéances de prêt impayés ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

Caution : personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci. Le droit aux prestations est subordonné à la mise en œuvre préalable du cautionnement suite à la défaillance de l'Emprunteur.

Certificat d'Adhésion : document contractuel confirmant l'Adhésion au présent Contrat et qui précise notamment les caractéristiques des garanties accordées par la Mutuelle à l'Assuré ainsi que le montant des cotisations prévisionnelles.

Conjoint : époux, épouse, personne liée à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin.

Le concubin est la personne vivant avec l'Assuré et remplissant les trois conditions cumulatives suivantes :

- Qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- Que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré à la Mutuelle,
- Qu'il soit apporté la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente jusqu'à la date de l'événement mettant en jeu la garantie.

Conjoint collaborateur : Conjoint (ou partenaire de PACS) d'un chef d'une entreprise commerciale, artisanale ou libérale, qui :

- Exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise,
- Ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité,
- N'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du code civil,
- Et est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

Consolidation (date de) : date à compter de laquelle l'état de santé de l'Assuré, médicalement reconnu, n'est plus susceptible d'amélioration compte tenu des connaissances scientifiques et médicales à cette date.

Contrat : Contrat d'assurance formé par l'acceptation par le Candidat à l'assurance, des statuts de la Mutuelle et de la présente Notice d'information.

Déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur : désigne la sanction prononcée par l'Organisme Prêteur, suite à un ou plusieurs incidents de paiement, et qui se traduit par une exigibilité immédiate du Capital Restant Dû majoré des intérêts échus mais non payés.

Demande d'Adhésion : document papier ou support électronique permettant à une personne physique ou morale de formaliser sa demande d'adhésion pour le présent Contrat.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle au-delà duquel une indemnisation est possible. Pendant cette période, aucune prestation n'est due.

Fumeur : personne physique ayant au cours des vingt-quatre (24) derniers mois, fumé, y compris des cigarettes électroniques, ou consommé du tabac ou des produits contenant de la nicotine sous quelque forme que ce soit (tels que les patches, gommes à mâcher, vaporisateurs et inhalateurs), même à titre occasionnel.

Emprunteur : désigne la personne physique souscriptrice de l'opération de crédit auprès de l'Organisme Prêteur.

Inactif : personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée, qui n'est pas au chômage indemnisé par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé, et qui n'a pas le statut de Conjoint collaborateur.

Maladie : toute altération de l'état de santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Mutuelle : désigne la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP).

Occupations de la Vie Quotidienne : pour l'Assuré Inactif, lorsqu'il se trouve incapable d'assurer de manière habituelle à la fois tous les travaux domestiques et la gestion des affaires personnelles et familiales.

Organisme Prêteur : désigne la banque ou l'organisme financier ayant consenti la ou les opérations de crédit qui font l'objet des garanties accordées par la Mutuelle.

Quotité : niveau de la garantie couverte pour l'Assuré exprimé en pourcentage du Capital Restant Dû pour les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, en pourcentage de l'échéance du prêt pour les risques Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Sinistre : réalisation de l'événement couvert par l'Adhésion et susceptible d'entraîner la garantie de la Mutuelle.

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.

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

En cas de Sinistre, la Mutuelle doit être prévenu le plus rapidement possible - par l'Assuré ou à défaut ses ayants droit – et en tout état de cause dans la limite des délais prévu en matière de PRESCRIPTION conformément à l'article 17.4 « PRESCRIPTION », à l'adresse suivante :

MNCAP
Service Prestations
5 rue Dosne
75116 PARIS

L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de 180 jours au-delà de la Franchise pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à la Mutuelle. Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'Incapacité Temporaire Totale, dans un délai de 90 jours. Passés ces délais, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

PIECES A JOINDRE :

Dans tous les cas, indiquer le numéro du contrat d'assurance (n° XXXX), accompagnés – selon le cas – des pièces justificatives suivantes :

Décès :

- Original du Certificat d'Adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- Tableau d'amortissement arrêté à la date du Décès,
- Original de l'acte intégral de décès de l'Assuré,
- Original du Certificat médical Décès complété par le médecin traitant de l'Assuré (imprimé de déclaration fourni par la Mutuelle).

En cas d'Accident, le procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le Décès.

Perte totale et irréversible d'autonomie :

- Original du Certificat d'Adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- Tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par la Mutuelle,
- Original du Certificat médical d'Incapacité de Travail complété par le médecin traitant de l'Assuré (imprimé de déclaration fourni par la Mutuelle),
- S'agissant d'un Assuré assujetti à la Sécurité sociale, notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré dans la 3e catégorie d'invalides ou d'une rente d'invalidité dont le taux est égal à 100 %, avec majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie,
- S'agissant d'un Assuré non assujetti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale :

- Copie du Certificat d'Adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- Tableau d'amortissement actualisé à la date de l'arrêt de travail et éventuellement les tableaux d'amortissement émis périodiquement (pour les prêts à taux révisable) accompagné(s) d'une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré à percevoir les prestations,
- Original du Certificat médical d'Incapacité de Travail complété par le médecin traitant de l'Assuré (imprimé de déclaration fourni par la Mutuelle),
- si l'Assuré est assujetti à la Sécurité sociale, à un organisme assimilé ou à un autre organisme social, les décomptes de règlement des indemnités journalières,

En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

- Copie du Certificat d'Adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- Tableau d'amortissement actualisé à la date de l'arrêt de travail et éventuellement les tableaux d'amortissement émis périodiquement (pour les prêts à taux révisable) accompagné(s) d'une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré à percevoir les prestations,
- Original du Certificat médical d'Incapacité de Travail complété par le médecin traitant de l'Assuré (imprimé de déclaration fourni par la Mutuelle),
- S'agissant d'un Assuré assujetti à la Sécurité sociale, notification de l'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 1e ou 2e catégorie, ou notification de l'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 33 %,
- S'agissant d'un Assuré non assujetti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant.

Dans tous les cas, la Mutuelle peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'instruction de la demande de prise en charge du Sinistre.

En tout état de cause, sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption de paiement des prestations en cours de service en faveur de l'Assuré ou l'Adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à tout moment à l'Assuré, l'Adhérent ou aux Bénéficiaires désignés toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

RAPPEL TRES IMPORTANT

VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT CONTINUER A REGLER VOS ECHEANCES.

La Mutuelle vous remboursera les sommes qui vous sont dues.