

Le présent document constitue la Notice d'Information prévue par la législation. Il décrit les dispositions essentielles du contrat groupe d'assurance à adhésion facultative souscrit par l'Association de Promotion de Prévoyance, Santé et Retraite - APPSR (Association régie par la loi du 1er juillet 1901 - 120, Avenue du Général Leclerc ci-après dénommée « APPSR », auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351, ci-après dénommée, « la Mutuelle » dont le siège social est situé à Paris (75116), 5 rue Dosne. Le présent document est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de la de MNCAP, Il définit le contenu des engagements contractuels réciproques entre la Mutuelle et chaque Assuré en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le Contrat est formé par l'acceptation de la présente Notice d'Information et des statuts de la Mutuelle par l'Assuré.

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

ARTICLE 1 - OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION

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

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, le contrat a pour objet garantir les Personnes Assurées d'un ou plusieurs prêt(s) avant remboursement intégral contre les risques :

Garanties obligatoires :

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

Garanties optionnelles :

- Incapacité Temporaire Totale (ITT),
- Invalidité Permanente Totale (IPT),
- Invalidité Permanente Partielle (IPP),
- Invalidité Professionnelle (IP) pour les Professions Médicales.

A l'adhésion il est également proposé trois options :

- Option « DOS » : permettant le rachat des exclusions liées aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires,
- Option « PSY » : permettant le rachat des exclusions liées aux affections psychiatriques,
- Option « DOS & PSY » : permettant le rachat des exclusions liées aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires et des exclusions liées aux affections psychiatriques.

Ces garanties sont définies à l'article 8 de la présente Notice.

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

- Option 1 : Décès – PTIA ;
- Option 2 : Décès - PTIA – ITT – IPT ;
- Option 3 : Décès - PTIA – ITT – IPT – IPP ;
- Option 4 : Décès - PTIA – ITT – IPT – IP ;
- Option 5 : Décès – PTIA – ITT – IPT – IPP – IP ;
- Option 6 : Décès seul

Lorsque l'assurance est consentie à des conditions particulières, seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur le Bon Pour Accord qui lui est adressé et qu'il a accepté.

ARTICLE 2 - PERSONNES ASSURÉES

Peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation de leur demande, 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.

ARTICLE 3 - PRÊTS ASSURABLES

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

- Prêts amortissables, à taux fixe ou variable, d'une durée maximum de 30 ans ;
- Prêts modulables, d'une durée maximum de 30 ans ;
- Prêts à paliers, d'une durée maximum de 30 ans ;
- Prêts avec différé de moins de 3 ans, avec ou non remboursement des intérêts pendant le différé, d'une durée maximum de 30 ans ;
- Prêts in fine, d'une durée maximum de 20 ans, au titre des seules garanties Décès et PTIA ;
- Prêts immobiliers « relais » d'une durée maximale de 36 mois (3 ans) à condition que l'Assuré mette parallèlement en place un prêt amortissable ;
- Les prêts personnels affectés d'une durée minimum de 12mois et maximum de 60 mois. Le capital minimum assuré est de 10 000 € et maximum de 75 000 €.

Il est précisé que le bien immobilier, objet du financement assuré doit être situé en France et le contrat de prêt doit être 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 de la présente notice d'information).

Sont expressément exclus du présent contrat : les découverts, crédits renouvelables, prêts en devise autre que l'euro, les crédit-bail mobiliers/LOA et les prêts Banque de France.

ARTICLE 4 - CONDITIONS D'ADHÉSION ET D'ADMISSION

4.1 - Conditions d'adhésion

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

Toute Personne à Assurer doit :

- être au moins âgée de 18 ans à la date de signature de la Demande Individuelle d'Admission et :

- pour la garantie Décès de moins de 65 ans pour les prêts in fine et de moins 81 ans pour les autres prêts,
- pour les autres garanties, de moins de 65 ans.

- Fournir un justificatif d'identité (carte nationale d'identité ou passeport) ;
- Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, de son taux et de son amortissement ;
- Avoir contracté le contrat de prêt assurable (tel que défini à l'article 3) auprès d'un organisme prêteur français ou d'une succursale française d'un organisme prêteur étranger.
- Résider fiscalement en France métropolitaine ou dans les DROM-COM pour souscrire à toutes les garanties et options (sous réserve du respect des autres conditions) ;
- Déclarer s'il a des contrats d'assurance en cours avec la Mutuelle et le montant total des capitaux couverts.

L'âge est calculé par différence de millésimes.

Les personnes résidant fiscalement en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie peuvent souscrire les garanties Décès, PTIA, ITT, IPT, IPP, IP totale, IP Partielle et les options « DOS », « PSY » et « DOS & PSY ».

Les personnes résidants fiscalement en Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Suisse ou au Portugal, dont le bien objet du financement est situé en France et dont l'activité professionnelle est exercée en France peuvent souscrire aux seules garanties Décès et PTIA.

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, en Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Suisse ou au Portugal, peuvent souscrire aux seules garanties Décès et PTIA sous réserve d'acceptation préalable par la Mutuelle après étude d'un questionnaire spécifique « Risques de séjour » et « Risques Professionnels » et de toutes autres pièces complémentaires jugées nécessaires par la Mutuelle.

4.2 Conditions d'admission

Formalités d'admission

A l'adhésion, la Personne à Assurer doit se soumettre aux formalités médicales. A cet effet, la Personne à Assurer doit remplir un questionnaire de santé et, sur demande de la Mutuelle, se soumettre à des examens médicaux et fournir les informations médicales et financières ou tout autre élément nécessaire à l'appréciation du risque.

Le questionnaire de santé est valable 6 mois.

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

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

La Mutuelle peut accepter l'adhésion, la différer, l'accepter à des conditions spéciales ou la refuser.

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 Individuelle d'Adhésion, ne peut être inférieur à 10.000 Euros.

Le montant maximum de l'engagement de la Mutuelle pour un même Assuré au titre des prêts figurant sur la Demande Individuelle d'Adhésion ne peut excéder 5.000.000 Euros, limité à 300.000 Euros si le remboursement du prêt intervient au-delà du 70ème anniversaire de l'Assuré.

Cumul des garanties

Si plusieurs personnes, Emprunteur, Co-Emprunteur ou Caution, sont assurées pour un même prêt, la Mutuelle limite ses garanties au montant qui serait dû pour une seule personne assurée à 100%.

ARTICLE 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 Personnes à Assurer est attirée sur les sanctions prévues par le Code de la mutualité.

Article L.221-14 :

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

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

Article L 221-15 :

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

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

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

Ces dispositions sont applicables tant à l'adhésion qu'en cours de contrat. Les cotisations versées restent alors acquises à la Mutuelle, qui se réserve le droit d'engager tout recours pour la restitution des prestations indûment payées auprès de l'Assuré ou en cas de décès, auprès de ses ayants droits.

La Personne à Assurer est tenue d'informer la Mutuelle de toute modification de son état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet des garanties.

ARTICLE 6 - PROCÉDURE D'ADMISSION EN CAS DE RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ - CONVENTION AERAS

6.1 - Objet de la Convention

Les présentes stipulations ne concernent que les prêts immobiliers et les prêts professionnels. Les Personnes à assurer présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garanties dans le cadre de la tarification standard du contrat, (niveau 1 de ladite Convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

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

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

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

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

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

6.2 - Garantie Invalidité Spécifique

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique est proposée sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties ITT, IPT et IPP ont été refusées pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option. La Personne à Assurer 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.

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

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

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

6.3 - Dispositif d'écrêtement des majorations de cotisation

Le dispositif d'écrêtement concerne les prêts immobiliers et professionnels d'un montant maximum de 320 000 €. Il intervient au 2ème et 3ème niveaux d'examen des demandes d'adhésion dès lors que la majoration de cotisation a pour effet que la cotisation globale représente plus de 1,5 points dans le taux effectif global (TEG) du prêt.

La Mutuelle informe les Candidats à l'assurance de la possibilité de demander l'application du dispositif.

ARTICLE 7 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant. Toutefois, dans l'hypothèse où, au moment du Sinistre Décès, le montant du capital décès dû par la Mutuelle est supérieur au capital restant dû assuré, devant être versé au prêteur, la différence sera alors versée entre les mains de la personne qui aura été désignée par l'Assuré, par écrit ou à défaut par ordre de priorité : au Co-Emprunteur, au Conjoint non séparé de corps ou lié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par égales entre eux, à défaut, aux héritiers.

ARTICLE 8 - GARANTIES DU RÉGLEMENT MUTUALISTE

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

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

8.1 - L'assurance Décès

En cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de validité des garanties, le contrat prévoit le remboursement, en tenant compte de la Quotité assurée mentionnée dans le Certificat Individuel d'Assurance :

- du capital restant dû assuré à la date de l'échéance qui précède le décès ; si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée postérieure au décès,

- des intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès pour les prêts amortissables et éventuellement, le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Le capital restant dû ne pourra jamais excéder le capital assuré lors de l'adhésion à l'exception des intérêts capitalisés et non réglés liés au prêt.

En cas de décès d'un coassuré, le capital réglé correspond au prorata indiqué au moment de l'adhésion ou de la dernière modification de prêt acceptée. En aucun cas, et quel que soit le nombre d'Assurés, la prise en charge par la Mutuelle ne pourra excéder 100% du capital restant dû au jour du décès, en tenant compte de la Quotité assurée mentionnée dans le Certificat Individuel d'Assurance.

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

8.2 - L'Assurance Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

L'Assurance Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou «PTIA», garantit le remboursement par anticipation du capital défini à la garantie Décès, à la date de reconnaissance par le médecin conseil de la PTIA.

Est considéré comme atteint de PTIA, l'Assuré qui est reconnu et qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, y compris de direction ou de surveillance, par suite de maladie ou d'Accident corporel garanti par la Mutuelle et survenu postérieurement à son adhésion. En outre, il justifie d'un taux d'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale égal ou supérieur à 66%, et 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).

Ce taux d'incapacité est apprécié en se référant au barème indicatif des taux d'incapacité(s) en droit commun (édition du Barème de Droit commun publié par l'édition du « Concours Médical » la plus récente au jour de l'expertise médicale).

La Mutuelle stat ue sur le droit à prestation, en dehors de toute prise en compte d'un titre d'Invalidité 3ème Catégorie Sécurité Sociale ou d'un taux d'Invalidité CDAPH, ou de tout autre organisme social assimilé.

8.3 Les assurances Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Professionnelle

8.3.1 - Conditions de mise en jeu des garanties

Mise en jeu de la garantie

Le bénéfice des prestations est accordé à l'Assuré dont l'état de santé médicalement constaté l'empêche d'exercer son activité professionnelle, au chômeur bénéficiant d'allocations Pôle Emploi dont l'état de santé l'empêche de rechercher un emploi ou à l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du Sinistre dont l'état de santé l'oblige temporairement à interrompre toutes ses occupations habituelles de la vie courante et à observer un repos complet, le rendant incapable d'assurer à la fois des travaux domestiques et de gestion des affaires personnelles et familiales.

Règle spécifique pour les Cautions : la Caution de personne physique doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire et avoir rempli ses obligations de Caution depuis plus de six mois à la date de survenance du risque pour bénéficier des garanties.

Franchise

L'assurance intervient après une interruption totale et continue de travail supérieure au délai de Franchise choisi par l'Emprunteur au moment de l'adhésion ; ce délai de Franchise peut être de 30 jours, 60 jours, 90 jours, 120 jours ou 180 jours. Il débute au premier jour de chaque arrêt de travail.

Reprise du travail à mi-temps thérapeutique et Rechute

En cas de Rechute dans les 90 jours suivant un arrêt de travail, due à la pathologie ayant motivé l'arrêt de travail précédent, un nouveau délai de Franchise ne sera pas appliqué

pour le décompte des prestations, qui seront versées dès le 1er jour de la Rechute.
 En cas de reprise effective du travail à mi-temps thérapeutique sur prescription du médecin traitant, la Mutuelle maintient la prise en charge pendant une durée de 180 jours maximum à hauteur de 50% des prestations dues définies ci-dessous dans le paragraphe « Montant des prestations », sans que ce montant puisse excéder 4000 euros par mois et sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé au titre de la garantie ITT.

Montant des prestations

- Base de calcul

Les prestations sont calculées, en tenant compte de la Quotité assurée mentionnée sur le Certificat Individuel d'Assurance, en fonction des échéances dues pendant l'arrêt de travail et sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés.

L'indemnisation s'effectue sur la base du dernier tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, prenant en compte les cotisations d'assurance, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt ;
- les augmentations d'échéances prévues au contrat de prêt et intervenues moins de six mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'incapacité de travail ;
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le(s) prêteur(s).

- Cumul et limites des prestations

En aucun cas, et quel que soit le nombre d'Assurés, la prise en charge par la Mutuelle ne pourra excéder 100% des échéances de remboursement dues à l'organisme prêteur et figurant sur le dernier tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre et tenant compte de la Quotité assurée mentionnée dans le Certificat Individuel d'Assurance.

Pour les prêts in fine, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

Aucune prestation n'est versée pendant la période de différé total du capital et des intérêts et pour les prêts avec différé partiel, elle est limitée aux seuls intérêts.

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, sauf si la Franchise a déjà été appliquée pour la même pathologie, l'arrêt ayant débuté avant le congé légal de maternité.

Détermination du taux global d'invalidité « N »

Le taux global d'invalidité « N » est déterminé après Consolidation de l'état de santé, c'est-à-dire quand l'état physiologique de l'Assuré est considéré comme stabilisé, par estimation d'ordre médical en fonction de l'incapacité fonctionnelle et de l'incapacité professionnelle selon le barème ci-après exprimé en pourcentage. Pour les Assurés sans activité professionnelle fiscalement déclarée ou au chômage et ne bénéficiant pas de droits aux prestations versées par Pôle Emploi au moment du Sinistre, seul le taux d'incapacité fonctionnelle est pris en compte.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi par estimation d'ordre médical en référence au Barème de Droit Commun publié par l'Édition du Concours Médical la plus récente au jour de l'expertise, en dehors de toute considération professionnelle ; il est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'Accident ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée (en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'Accident) et des conditions normales d'exercice de cette profession.

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

Le taux contractuel d'invalidité est égal ou inférieur à 33% :
Le versement des prestations cesse

Le taux contractuel d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% :
L'Assuré est en invalidité permanente partielle et bénéficiera de prestations si l'option 3 est souscrite

Le taux contractuel d'invalidité est égal ou supérieur à 66% :
L'Assuré est en invalidité permanente et totale et bénéficiera de prestations si l'option 2 ou 3 est souscrite

(* Taux d'IP signifie «Taux d'Incapacité Professionnelle»

Le point de départ de l'indemnisation ne peut toutefois se situer avant la fin du délai de Franchise suivant la première constatation médicale de la maladie ou de l'Accident ayant entraîné l'état d'incapacité.

La Mutuelle statue sur le droit à prestation. Les pièces émanant de la Sécurité Sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas la Mutuelle. Les pièces émanant de la CDAPH ne permettent pas, à elles seules, de justifier d'un arrêt de travail.

Fin des prestations

L'indemnisation s'applique pendant la durée de l'arrêt de travail et au prorata de la durée de l'arrêt de travail. Elle cesse :

- A la date de reprise d'une activité, sauf si une IPP a été souscrite puis reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle, et sauf en cas de reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique.
- S'il est établi que l'Assuré ne répond plus aux conditions visées pour le maintien de la garantie,
- A la date de reconnaissance de la PTIA ou du Décès de l'Assuré,
- A la fin du prêt,
- A la date où l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse, sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'Incapacité Temporaire Totale, d'IPT ou d'IPP qui fait l'objet de la prise en charge par la Mutuelle,
- Et au plus tard, le 31 décembre du 67ème anniversaire.

8.3.2 - L'Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Est considéré en état d'ITT par la Mutuelle, 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 ou, lorsqu'il est sans profession, que son état nécessite un repos complet, médicalement constaté, qui l'oblige temporairement à interrompre toutes ses occupations habituelles de la vie courante, c'est-à-dire qu'il est dans l'impossibilité d'effectuer 3 des 4 actes de la vie quotidienne (AVQ) suivants : se déplacer, se nourrir, se laver, s'habiller. Cet état cesse au jour de reconnaissance d'une PTIA, d'une IPT ou d'une IPP.

8.3.3 - L'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou l'Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Est en IPT, l'Assuré qui, par suite de maladie ou d'Accident corporel garanti par la Mutuelle, présente un taux global d'invalidité « N » déterminé selon les modalités décrites ci-après, égal ou supérieur à 66%.

Si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66%, la Mutuelle garantit le paiement, en fonction de la Quotité mentionnée dans le Certificat Individuel d'Assurance, d'une indemnité journalière égale à 100% de la base de calcul telle que définie à l'article 8.3.1.

Un taux d'invalidité inférieur à 66% n'ouvre droit à aucune prestation au titre de cette garantie.

Est en IPP, l'Assuré qui, par suite de maladie ou d'Accident corporel garanti par la Mutuelle présente un taux global d'invalidité « N », déterminé selon les modalités décrites ci-après, compris entre 33% et 66%.

Si le taux global d'invalidité « N » est compris entre 33% et 66%, les prestations sont égales à (N-33) / 33 des indemnités versées au titre de la garantie ITT telles que définies à l'article 8.3.1.

Un taux global d'invalidité « N » inférieur à 33% n'ouvre droit à aucune prestation.

8.4 - Invalidité Professionnelle pour les professions médicales (IP) :

8.4.1 – Conditions d'adhésion :

Pour pouvoir bénéficier de prestations au titre de cette garantie, l'Assuré devra justifier de son activité professionnelle au jour du Sinistre.

Cette garantie est exclusivement destinée aux personnes exerçant l'une des Professions Médicales (cf. Lexique). La souscription de la garantie IP n'est pas ouverte aux assurés exerçant une profession paramédicale.

8.4.2 – Prestations

Lorsque l'Assuré est reconnu en Invalidité Permanente au titre de sa profession exercée, c'est-à-dire qu'il est dans l'impossibilité permanente et définitive d'exercer la profession occupée au moment de la maladie ou de l'Accident, alors la Mutuelle verse dans la limite de la Quotité assurée :

- En cas d'IPT : le capital assuré restant dû au jour où l'Assuré est déclaré être dans l'impossibilité permanente d'exercer sa profession, dans la limite de 2 500 000 €.
- En cas d'IPP : une fraction des indemnités versées au titre de la garantie ITT telles que définies à l'article 8.3.1.

L'IPP ou l'IPP pour les Professions Médicales de l'Assuré est reconnue par un médecin expert désigné par la Mutuelle, qui confirmera ou non l'impossibilité permanente et définitive de l'Assuré d'exercer sa profession, en fonction des conditions normales d'exercice de la profession de l'Assuré et de ses possibilités restantes de l'exercer après prise en compte des aides techniques disponibles.

Détermination du taux global d'Invalidité Permanente pour les Professions Médicales N

Le taux d'Invalidité Permanente pour les Professions Médicales N est déterminé après Consolidation de l'état de santé de l'Assuré estimé par un médecin expert désigné par la Mutuelle. Ce médecin estimera alors le degré d'invalidité professionnelle quant à l'exercice de la profession occupée par l'Assuré au moment de l'Accident ou de la maladie qui a entraîné cette invalidité. L'invalidité fonctionnelle ne rentre pas en jeu dans la détermination du degré d'Invalidité Permanente pour les Professions Médicales.

Le barème appliqué pour déterminer le taux d'invalidité N est celui produit par la Mutuelle.

Les prestations sont les suivantes :

- En cas d'IPT pour les Professions Médicales, c'est-à-dire si N est supérieur ou égal à 66%, alors la Mutuelle garantit le paiement, en fonction de la Quotité mentionnée dans le Certificat Individuel d'Assurance, du capital assuré restant dû au moment

de la reconnaissance de l'état d'IPT pour les Professions Médicales.

- En cas d'IPP pour les Professions Médicales, c'est-à-dire si N est supérieur à 33% et inférieur à 66%, alors la Mutuelle garantit le paiement, en fonction de la Quotité mentionnée dans le Certificat Individuel d'Assurance, des prestations à hauteur de (N-33)/33 des indemnités versées au titre de la garantie ITT telles que définies à l'article 8.3.1.
- Enfin, un taux d'Invalidité Permanente pour les Professions Médicales N inférieur ou égal à 33% n'ouvre droit à aucune prestation au titre de la garantie Invalidité Permanente pour les Professions Médicales.

8.4.4 - Fin des prestations

L'indemnisation s'applique pendant la durée de l'arrêt de travail et au prorata de la durée de l'arrêt de travail. Elle cesse dans les mêmes conditions prévues à l'article 8.3.1

de la Notice d'Information et dans les cas suivants :

- A la date de reprise d'une activité, sauf si une IP partielle pour les Professions Médicales a été souscrite puis reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle, et sauf en cas de reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique ;
- A la date où l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse, sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'IP pour les Professions Médicales qui fait l'objet de la prise en charge par la Mutuelle.

8.5 - Option rachat des maladies psychiques et psychiatriques « PSY » et les atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires « DOS » :

Sous réserve de l'accord de la Mutuelle et moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire, les exclusions visées aux deux derniers alinéas des exclusions relatives à l'ITT, IPT, IPP et IP de l'article 9.3 – « RISQUES EXCLUS » ne seront pas appliquées en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IP si le Candidat à l'assurance a décidé de racheter au moment de l'adhésion, en tout ou partie, ces exclusions en souscrivant l'une des trois options. Il est rappelé que les trois options possibles sont :

- Rachat des affections Psy « PSY » : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP 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 sans condition d'hospitalisation ;

- Rachat des affections Dos « DOS » : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP résultant et/ou provenant des affections disco-vertébrales et/ou paravertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale), sans conditions d'hospitalisation ni d'intervention chirurgicale ;

- Rachat des affections Dos & Psy.

Les options ci-dessus ne peuvent être souscrites par des personnes ne résidant pas fiscalement en France métropolitaine (hors Corse).

ARTICLE 9 - RISQUES EXCLUS

9.1 – Exclusions pouvant faire l'objet d'un rachat

Ne sont pas couverts :

- 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'excèdera 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 et 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 et non ordonné médicalement ;
- l'homicide volontaire d'un titulaire de l'assurance par un co-assuré ;
- 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.

9.2 - Risques exclus pour la Garantie PTIA

Sont exclus les suites et conséquences :

- d'Accidents ou de maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la Demande Individuelle 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 d'Information 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 ;
- d'Accidents aériens non couverts par la garantie Décès ;
- d'Accidents résultant de 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 ;
- d'Accidents liés à la consommation de stupéfiants par l'Assuré à des fins autres que médicales et non ordonnés médicalement ;
- 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.

9.3 - Risques exclus pour la Garantie ITT, IPT, IPP ou IP

Ne sont pas garanties :

- les exclusions prévues au titre des garanties Décès et PTIA ;
- les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'Assuré ;
- les atteintes corporelles ou non, résultant d'une tentative de suicide ;
- les arrêts de travail correspondant à la durée légale du congé de maternité, défini à l'article L.1225-17 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 arrêts de travail correspondant à la durée légale du congé de paternité, défini à l'article L.1225-35 du Code du travail, que l'Assuré soit salarié ou non ;
- les atteintes corporelles qui résultent d'une action volontaire d'un titulaire de l'assurance sur lui-même ou sur un co-assuré ;
- les pathologies de la colonne vertébrale et les atteintes para vertébrales, leurs suites et conséquences. Toutefois, les infections, les tumeurs et les affections qui ont nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation d'au moins quinze (15) jours consécutifs, hors rééducation fonctionnelle, pendant l'incapacité ou l'invalidité sont prises en charge ;
- la fibromyalgie ou les syndromes de fatigue chronique, les affections psychiques, à savoir les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, notamment les dépressions et les manies, les psychoses aiguës ou chroniques, et les troubles graves de la personnalité, sauf si l'affection causale justifie une hospitalisation d'au moins quinze (15) jours consécutifs pendant l'incapacité ou l'invalidité.

9.4 - Exclusions pouvant faire l'objet d'un rachat

Selon les garanties, dans les conditions acceptées par la Mutuelle et après accord de l'Assuré, sont rachetables les suites et conséquences résultant de la pratique des sports suivants :

- alpinisme,
- arts martiaux,
- bobsleigh,
- canyoning,
- chasse à course,
- cyclisme de compétition,
- équitation,
- escalade,
- motonautisme,
- plongée sous-marine,
- rafting,
- randonnée de montagne en solitaire ou au-dessus de 3.000 mètres,
- saut à l'élastique ou bungee,
- spéléologie,
- sports aériens et/ou utilisation de tout engin aérien,
- sports automobiles,
- sports avec utilisation d'une arme,
- sports de neige ou de glace (autre qu'amateur sur piste de ski alpin ou de fond, monoski, surf, patinage),
- sports de combat,
- sports motocyclistes,
- taoumachie,
- sports professionnels ou sous contrats avec rémunération,
- sports à titre amateur rémunéré,
- voile et yachting hors compétition (longue traversée, tour du monde),
- voile et yachting en compétition,
- autres sports mécaniques ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant.

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

- Artistes, cascadeur ;
- Docker ;
- Guide de chasse (safaris) ;
- Professions avec travaux en hauteur (de plus de 20 mètres), souterrains 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.

La pratique ponctuelle, qui en tout état de cause, devra conserver un caractère exceptionnel à l'occasion d'un évènement 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.

ARTICLE 10 - FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET ET CESSATION DE L'ADHÉSION DES GARANTIES

10.1 - Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date de signature par l'Assuré du Bon Pour Accord ou de l'envoi du Certificat Individuel d'Assurance.

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

10.2 - Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties s'appliquent à chacun des prêts, pendant toute leur durée contractuelle et prennent effet à la date choisie par l'Assuré et mentionnée sur le Certificat Individuel d'Assurance. La Date d'Effet choisie ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par la Mutuelle ni lui être postérieure de plus de 6 mois.

Si 180 jours se sont écoulés depuis la date d'acceptation du risque sans que les garanties aient pris effet, les formalités d'admission doivent être renouvelées.

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 19 « FACULTE DE RENONCIATION » qui court à compter de la Date d'Effet de l'adhésion.

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

A défaut de choix, les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date d'acceptation du risque par la Mutuelle indiquée sur le Certificat Individuel d'Assurance.

10.3 – Cessation de l'adhésion

L'adhésion prend fin pour l'Assuré :

- A la fin du terme contractuel des garanties et au plus tard au 31ème anniversaire du contrat de prêt ou au 21ème anniversaire du contrat de prêt pour les prêts in fine;
- Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;
- A la date de remboursement anticipé de chaque prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;
- Dans les dix jours qui suivent la réception par la Mutuelle de l'acceptation de la substitution du contrat par l'organisme prêteur lorsque l'Adhérent a demandé la résiliation de son contrat d'assurance conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité,
- En cas de résiliation par l'Adhérent, par lettre recommandée avec préavis de deux mois au moins et accord exprès du Bénéficiaire acceptant du contrat,
- Lors du versement du capital garanti en cas de Décès et 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 intentionnelle ou de réticence de la part de l'Assuré ou de ses ayants droits de nature à affecter l'importance du risque ou à entraîner le paiement de prestations indues, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

10.4 – Cessation des garanties

La cessation de l'adhésion telle que définie à l'article 10.3 met fin à l'ensemble des garanties.

En outre, les garanties cessent dans les conditions suivantes :

- Pour la garantie Décès : le 31 décembre du 85ème anniversaire de l'Assuré.
- Pour les garanties PTIA, ITT, IPP, IPT et IP : à la date où l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse, sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'ITT, IPP, IPT ou IP qui fait l'objet de la prise en charge par la Mutuelle, et au plus tard le 31 décembre du 67ème anniversaire de l'Assuré,

En cas de fraude, de fausse déclaration sont immédiatement annulées, conformément à l'article L.221- 14 du Code de la mutualité.

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

Modification du (des) prêt(s) : en cas de modification des caractéristiques du prêt en cours de contrat, l'Assuré doit en informer la Mutuelle par écrit.

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 ajustera les cotisations et pourra être amenée à rembourser une fraction des cotisations payées.

Modification des garanties : aucune modification de garantie demandée par l'Assuré ne pourra être effectuée sans le consentement express de l'organisme prêteur. En cas de modification des Quotités ou des garanties en cours de contrat, l'Assuré dont les garanties sont augmentées doit satisfaire à de nouvelles formalités d'admission.

Modification de la situation personnelle de l'Assuré : les modifications de situation personnelle de l'Assuré en cours de contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

L'Assuré est tenu d'informer la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 30 jours qui suivent, tout changement de domicile, de consommation de tabac, lorsque l'Assuré a signé une déclaration « non-fumeur » sur la Demande Individuelle d'Adhésion, à défaut d'information par l'Assuré de son changement de domicile, les lettres recommandées adressées par la Mutuelle à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

ARTICLE 12 - FORMALITÉS À RESPECTER EN CAS DE SINISTRE

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

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

Pièces à fournir :

Dans tous les cas :

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

En cas de Décès :

Un acte intégral de décès établi par un bureau d'état civil ou, en cas de décès à l'étranger, par la représentation française située dans le pays concerné (consulat ou ambassade),

- Un certificat médical sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou Accidentelle ;
- Les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu ;
- L'intégralité du procès-verbal de police ou de gendarmerie établi en cas d'Accident ;
- Attestation de l'organisme prêteur indiquant le capital restant dû au jour du décès.

En cas de PTIA :

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par la Mutuelle, remplie par le médecin traitant de l'Assuré ;
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou d'une rente d'invalidité de 2ème catégorie ;
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou la notification de la rente Accident du travail à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, l'arrêté de position administrative ou la décision de la commission de réforme ;
- S'agissant d'un Assuré non assujéti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état de PTIA par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant ;
- L'attestation de tierce personne ;
- Attestation de l'organisme prêteur indiquant le capital restant dû au jour de la reconnaissance de la PTIA.

Si l'Assuré ne réside pas en France, la preuve de l'état de PTIA doit être fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par la Mutuelle. A défaut, la garantie PTIA sera maintenue, mais le droit à prestation sera suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine ou dans les DROM-COM.

En cas d'Arrêt de Travail :

Dans tous les cas :

- Une attestation médicale sur imprimé fourni par la Mutuelle remplie par un médecin choisi par l'Assuré ;
- Comptes rendus hospitaliers et opératoires ;
- Circonstances détaillées en cas d'Accident ;
- La copie des arrêts de travail (initial(aux) et prolongations) ;
- 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.

Pour les Assurés sociaux :

- Les décomptes ou attestations de versement de prestations en espèces de la Sécurité Sociale ou de régimes particuliers, ou pour les fonctionnaires ou assimilés une attestation de l'employeur justifiant l'ITT ;
- En cas d'IPT, d'IPP ou d'IP la notification d'attribution de la pension ou rente

d'invalidité délivrée par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé doit être produite.

Pour les travailleurs non-salariés :

- Les certificats médicaux d'incapacité de travail.

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

Continuation du service des prestations :

Les paiements des prestations sont subordonnés à la production des décomptes d'indemnités journalières ou des talons de versements des pensions ou rentes par la Sécurité Sociale ou les régimes particuliers, des bulletins de paye, ainsi que les bordereaux de paiement des prestations versées par tout autre organisme de prévoyance complémentaire et à la production des certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail.

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

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

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

ARTICLE 13 - TERRITORIALITÉ

L'Assuré est couvert dans tous les pays, hormis dans les pays faisant l'objet d'une contre-indication du Ministère des Affaires Etrangères (sauf accord préalable de la Mutuelle). Toutes les informations sont consultables sur le site : www.diplomatie.gouv.fr.

Le risque de Décès est couvert en cas de déplacement dans le monde entier. La PTIA, l'ITT, l'IPP, l'IPT ou l'IP doivent être médicalement constatées en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer, les collectivités d'outre-mer ou la Nouvelle Calédonie.

A défaut de preuve de la PTIA, l'ITT, l'IPP, l'IPT ou de l'IP, le droit aux prestations est suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine ou dans un pays de l'Union européenne, dans les départements et régions d'outre-mer, les collectivités d'outre-mer ou la Nouvelle Calédonie.

ARTICLE 14 - DÉCISION DE LA MUTUELLE, CONTRÔLE ET CONTESTATION

Contrôle Médical

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions de la Sécurité Sociale ou des organismes sociaux quant à la PTIA, l'ITT, l'IPT, l'IPP ou l'IP.

La Mutuelle peut à tout moment faire procéder aux contrôles, et vérifications qu'elle juge nécessaires par un médecin qu'elle désigne. Les prestations sont alors suspendues dans l'attente des conclusions du rapport médical. A réception, la Mutuelle statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande de prestations et sur le maintien des prestations. Si l'Assuré le souhaite, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix, à ses frais.

Tierce expertise

En cas de désaccord entre les médecins, la Mutuelle invite 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 sur cette désignation, la désignation est faite à l'initiative de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'Assuré. L'Assuré prendra à sa charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert quelle que soit l'issue de la tierce expertise.

En tout état de cause, l'Assuré et la Mutuelle conservent la faculté d'exercer une action en justice.

ARTICLE 15 - DÉLAI DE DÉCLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

Délai de déclaration

En cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IP, est considéré comme forclos toute demande de prestations non formulée dans les 6 mois qui suivent l'arrêt de travail, sauf impossibilité démontrée. Passé ce délai, la Mutuelle ne règlera que les mensualités à échoir.

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

Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2) En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L111-1, le Bénéficiaire n'est pas le Membre Participant, et dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires

sont les ayants-droit du Membre Participant 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 ».

Il est rappelé qu'en vertu de l'article L221-12 du Code de la mutualité, « 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 ».

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 un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

Article 2246 du Code civil :

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

ARTICLE 16 - COTISATIONS D'ASSURANCE

Les garanties du contrat MNCAP FIRST EMPRUNTEUR n°201909FIRST1 sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en pourcentage du capital initial calculée selon la catégorie socioprofessionnelle de l'Assuré, sa qualité de fumeur ou de non-fumeur, les risques sportifs et médicaux déclarés, les garanties souscrites, la Quotité choisie.

Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital initial documenté dans le Certificat Individuel d'Assurance. Lors de l'établissement de la Demande Individuelle d'Adhésion, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration « non-fumeur », ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris de cigarettes électroniques), cigares ou pipes au cours des 24 mois précédant la date de signature de la Demande Individuelle d'Adhésion et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

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

La cotisation est payée mensuellement sauf autre périodicité choisie par la Personne à Assurer sur la Demande Individuelle d'Adhésion.

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

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

La cotisation est fixée taxes actuelles comprises dont notamment la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. Elle pourra être révisée en cas de modification des taxes en vigueur ou de l'instauration de nouvelles dispositions applicables au présent contrat.

La prise en charge par la Mutuelle au titre de l'ITT ou l'IPT ou l'IPP ou l'IP ou encore la cessation d'une garantie n'entraîne pas de modification du montant de la cotisation et n'interrompt pas le règlement de la cotisation à la charge de l'Assuré. L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses cotisations jusqu'à la date de cessation des garanties. Cependant, en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP, d'IP ou d'Invalidité Spécifique AERAS, les cotisations sont remboursées au prorata des périodes indemnisées.

Si l'Assuré ne règle pas ses cotisations, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, conformément aux dispositions 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 laquelle les sommes dues doivent être payées. L'exclusion intervient 10 jours après l'expiration de la période de suspension de la garantie de 30 jours suivant l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, ce délai est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande.

En cas de remboursement anticipé du prêt ou du décès, les cotisations perçues d'avance pour toute année non commencée seront restituées.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation.

Les cotisations échues non payées restent dues.

La perception de cotisations, qui ne seraient pas conformes à l'acceptation du risque

ou qui seraient effectuées hors acceptation du risque, ne pourront en aucun cas être considérées comme valant couverture de risque, et n'auront aucune conséquence de droit autre que le remboursement des sommes indûment perçues, même si celles-ci avaient été reversées à la Mutuelle.

Il est porté à la connaissance de l'Assuré qu'en cours de Contrat, dès le premier impayé, la cotisation de l'Assuré sera majorée des frais suivants :

- 9€ par rejet de prélèvement bancaire ou mise en demeure pour non-paiement de la cotisation ;
- 9€ par rejet pour provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition de prélèvement.

ARTICLE 17 - 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.

ARTICLE 18 - ADHÉSION À L'APPSR

Frais :

En application des statuts de l'APPSR, afin de bénéficier de l'assurance, il y a lieu d'adhérer à l'Association en qualité d'adhérent. En vertu des statuts de l'association, les adhésions sont nominatives et donnent lieu au paiement d'une cotisation annuelle fixée chaque année par le conseil d'administration.

Qualité d'adhérent de l'association :

Les adhérents de l'APPSR disposent d'un droit de vote. Ils désignent parmi eux deux des trois membres du conseil d'administration.

La qualité d'adhérent se perd par la démission, le décès, la radiation pour motif grave ou la résiliation de l'adhésion aux contrats groupe.

ARTICLE 19 - FACULTÉ DE RENONCIATION

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

En cas de Vente à Distance, conformément à L.221-18 II - 1 et 2 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion dans un délai de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion formalisée par l'envoi d'un Certificat Individuel d'Assurance. La Mutuelle prolonge ce délai de renonciation de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion à trente jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Pour ce faire, il doit adresser à **Groupe MNCAP 5 rue Dosne 75116 PARIS** un courrier recommandé avec accusé de réception, avec copie à l'organisme bancaire concerné, reproduisant le texte ci-dessous :

« Je soussigné nom prénom née le demeurant,..... contrat de prêt n°..... raison sociale de l'organisme bancaire..... déclare renoncer expressément à la souscription du contrat n°.....Je demande le remboursement des sommes déjà versées. Fait à la signature. ».

La renonciation met fin à l'affiliation.

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

ARTICLE 20 - FACULTÉ DE RÉSILIATION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, et sous réserve des dispositions du présent contrat 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 l'adhésion a pris effet depuis plus de 12 mois, l'Adhérent peut mettre fin à celle-ci en envoyant une lettre recommandée à Groupe MNCAP 5 rue Dosne 75116 PARIS, au moins deux mois avant la date d'échéance, conformément au 1er alinéa de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité.

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 12 mois, l'Adhérent peut résilier son adhésion en envoyant une lettre recommandée à **Groupe MNCAP 5 rue Dosne 75116 PARIS**, au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois rappelée ci-dessus, conformément au 2ème alinéa de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité.

L'Adhérent qui fait usage du droit à résiliation, selon les délais indiqués ci-dessus, doit accompagner sa demande de la décision du prêteur prévue au deuxième alinéa de

l'article L.313-31 du Code de la Consommation, et indiquer la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le 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 notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure. Lorsque la demande de résiliation effectuée avec préavis de deux mois, selon les conditions du 1er alinéa de l'article L-221- 10 du Code de la Mutualité, reçoit l'accord exprès du prêteur en qualité de Bénéficiaire acceptant du contrat, l'adhésion prend fin à la date d'échéance qui suit la demande de résiliation. En cas de refus par l'organisme prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

ARTICLE 21 - 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.

ARTICLE 22 - INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS

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

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

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

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

Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Adhérent peut exercer ses droits en s'adressant à : [contact MAGNOLIA]. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ».

MAGNOLIA se chargera de transmettre les demandes à MNCAP, le cas échéant.

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

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

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

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

Les engagements pris par MNCAP et MAGNOLIA au titre du présent article survivront à

la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.
En cas de désaccord persistant, l'Adhérent peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

ARTICLE 23 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

ARTICLE 24 - RÉCLAMATION - MÉDIATION

Si l'Assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du présent contrat, son interlocuteur habituel, Magnolia, est en mesure d'étudier ses demandes.

L'Assuré peut également formuler une réclamation en contactant :

Magnolia – Service Gestion des réclamations - 73 rue du château – 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

Magnolia s'engage à accuser réception de sa demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à lui apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si les réponses apportées ne satisfont pas l'Assuré, il pourra alors écrire à :

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

La Mutuelle s'engage à accuser réception de sa demande dans les 10 jours de sa réception et à lui apporter une réponse au maximum dans les 2 mois.

Si le désaccord persiste, après épuisement des voies de recours internes à la Mutuelle, l'Assuré pourra demander un avis au Médiateur de la FNMF. Sa demande devra être adressée à :

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

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

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

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

ARTICLE 25 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT

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 ;

- renseigner la déclaration relative à la notion de Personne Politiquement Exposée (PPE), telle que définie à l'article R.561-18 du Code monétaire et financier, figurant sur la Demande Individuelle d'Adhésion ;

Il est également demandé à l'Assuré, dans le cadre de la mise en oeuvre 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.

ARTICLE 26 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPÉTENTES

Le contrat est régi par la loi française, à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de la Notice d'Information sera de la compétence du tribunal du domicile de l'Assuré, ou de l'ayant-droit, s'il est domicilié en France.

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.

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

ARTICLE 27 - CONVENTION DE PREUVE EN CAS D'ADHÉSION ÉLECTRONIQUE

En cas d'adhésion au contrat à distance avec option pour le mode de souscription numérique, la signature électronique de la Demande Individuelle d'Adhésion vaut manifestation de votre accord sur les conditions de votre adhésion dont vous avez préalablement pris connaissance.

Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble des déclarations que vous avez effectuées de façon dématérialisée, y compris celles relatives à votre état de santé.

Vous êtes informé et acceptez expressément que les données et documents d'adhésion sous forme électronique, conservés par Magnolia ou chez un hébergeur de données de santé mandaté par cette dernière et agréé au sens de l'article L.1111- 8 du Code de la Santé Publique, vous soient opposables et puissent être admis comme preuve de votre identité, de vos déclarations et de votre consentement relatif à l'adhésion au présent contrat ainsi qu'à son contenu et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

Ces données et documents ayant fait l'objet d'une signature électronique conforme aux dispositions du décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 auront la même force probante qu'un support écrit en cas de contestation.

LEXIQUE

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

Actif : Personne physique occupant une activité professionnelle rémunérée, y compris les personnes physiques en recherche d'emploi qui perçoivent des allocations d'assurance chômage versées par le Pôle emploi ou tout organisme assimilé conformément aux articles L.5421-1 et suivants du Code du travail.

Adhérent : Personne physique ou morale qui adhère aux statuts de la Mutuelle et à la présente Notice d'Information auxquels il se conforme. Il est Membre Participant de la Mutuelle et paie les cotisations d'assurance.

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

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra les prestations prévues dans la Notice d'Information 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.

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

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

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

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

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

Contrat : le contrat de l'Assuré est formé par la demande d'adhésion (y compris les questionnaires de sélection de risque), la présente Notice d'Information, le Certificat Individuel d'Adhésion et l'éventuel Bon pour Accord.

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

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

Demande Individuelle d'Adhésion : Document fourni par la Mutuelle complété et signé par la Personne à Assurer afin de formaliser sa Demande Individuelle d'Adhésion au contrat.

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

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail, figurant sur le Certificat Individuel d'Assurance ou sur le dernier avenant au Certificat Individuel d'Assurance au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie ITT. En cas de pluralité de prêts, la Franchise choisie par la Personne à Assurer à l'adhésion est identique pour tous les prêts.

Inactif : Personne physique qui est sans activité, c'est-à-dire qui n'est ni Actif, ni retraité. Sont notamment considérés comme inactifs les personnes au foyer, les investisseurs qui vivent de leurs revenus issus de leurs investissements. Les retraités ne sont pas considérés comme Inactif

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

Membre Participant : conférer l'Adhérent

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

Professions Médicales : Médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien et vétérinaire.

Quotité : Niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimée en pourcentage du capital initial, précisée sur le Certificat Individuel d'Assurance ou sur le dernier avenant au Certificat Individuel d'Assurance, pour les garanties Décès / PTIA / IPT et de la mensualité pour les garanties ITT / IPP / IP (partielle ou 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.