



l'homme au cœur du logement

Mutlog

Siren : 325 942 969

Mutlog Garanties

Siren : 384 253 605

75 Quai de la Seine - 75940 Paris cedex 19

Tel : 01.44.89.80.90

Fax : 01.40.37.77.10



NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR N° 201202 SOUSCRIT PAR LE CREDIT COOPERATIF AUPRES DE MUTLOG - Réf 02-2013

ARTICLE 1 - PREAMBULE

La présente notice d'information, valant conditions générales d'assurance, est proposée par le Crédit Coopératif et ses filiales, ci-après désignée par : « le prêteur », à ses emprunteurs, dans le cadre d'un contrat groupe passé avec MUTLOG (assurant le risque vie) et MUTLOG GARANTIES (assurant le risque non vie), mutuelles ci-après dénommées : « l'assureur ». Il est régi par le Code de la Mutualité.

Le présent contrat est régi uniquement par la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

ARTICLE 2 - DEFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Il est précisé que le décès ou la PTIA, consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date dudit accident.

Le décès ou la PTIA ne sont pas considérés comme accidentels s'ils sont la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens de cette garantie. Enfin, sont également considérés comme maladies et non accidents, les lésions provoquées par un effort, les insolation, les congélations ou congestions.

Assuré : L'adhérent est l'assuré de ce contrat. Ce sont les personnes physiques sur lesquelles repose le risque couvert par l'assureur. Elles ont la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution.

Ces personnes physiques doivent résider fiscalement en France, toutefois, les non résidents domiciliés en Allemagne, Belgique, Espagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Portugal, Royaume Uni peuvent adhérer et être assurés pour les seules garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

Pour tous les voyages et séjours dans les lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM COM, les pays limitrophes de la France métropolitaine, les garanties sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article 19.

Lorsque l'emprunteur est une personne morale, une personne physique est assurée, pour autant qu'elle soit désignée par celle-ci.

Une personne retraitée ne peut souscrire à la garantie Incapacité de travail.

Assureur : MUTLOG et MUTLOG GARANTIES, mutuelles, toutes deux désignées dans le corps du texte par « l'assureur ».

Bénéficiaire : le bénéficiaire des prestations est l'assuré, qui stipule auprès de l'assureur, que la prestation soit versée directement au profit du prêteur, qui accepte cette désignation, voire d'un tiers nommément désigné par l'assuré, après accord de l'organisme prêteur.

Contractant : la personne morale « Crédit Coopératif » qui souscrit le contrat, ci-après dénommée « le prêteur ».

Encours : total des capitaux restant dus couvert par l'assureur pour un même assuré.

Incapacité de travail : cette garantie inclut les garanties suivantes :

L'incapacité temporaire totale :

L'incapacité temporaire totale concerne un assuré momentanément dans l'impossibilité absolue d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, dont la date ou le point de départ se situe postérieurement à la prise d'effet de la souscription.

L'invalidité permanente totale :

Selon les critères de la Sécurité Sociale, (Art. L341-1) après consolidation, l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant, dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

- Si l'assuré est salarié, assuré social, il doit être classé en 2^{ème} catégorie d'invalidité,
- Si l'assuré n'est pas salarié, son état doit correspondre à une invalidité 2^{ème} catégorie.

Franchise : délai courant à partir du premier jour de l'indemnisation par la Sécurité Sociale. Pendant cette période, la garantie en cas d'incapacité de travail est acquise à l'assuré, mais n'ouvre pas encore droit au versement de la prestation garantie.

En cas de contrôle, l'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base à adhésion obligatoire et celles de l'assureur.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : si par suite de maladie ou d'accident survenant postérieurement à la date d'effet de la garantie et avant votre 65^{ème} anniversaire de naissance, vous réunissez les conditions suivantes :

- vous êtes reconnu, par le médecin conseil de l'assureur, dans l'incapacité totale et définitive de vous livrer au moindre travail procurant gain ou profit, ni à la moindre occupation,
- et vous êtes dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En outre, si vous êtes salarié :

- vous devez être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3^{ème} catégorie, ou être reconnu atteint par cet organisme d'une incapacité d'un taux égal à 100% en cas d'accident de travail,
- et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne.

La réalisation du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant la cessation de la garantie.

Régime social de base : Sécurité Sociale ou tout autre régime de protection sociale de base à adhésion légalement obligatoire.

La quotité : La quotité assurée détermine le taux d'indemnisation et sert à calculer le montant de la cotisation. Pour chaque personne assurée, la quotité est identique pour toutes les garanties.

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt auprès de l'assureur et si le total des quotités excède 100 %, les prestations sont limitées aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100%.

Capital assuré : Le capital assuré est égal, pour chaque personne assurée, au capital initial emprunté, affecté de la quotité assurée.

La vente à distance : Technique de commercialisation sans présence physique et simultanée des parties jusqu'à la conclusion du contrat.

La langue française sera utilisée pendant toute la durée du contrat.

ARTICLE 3 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de garantir la ou les personne(s) assurée(s) contre les risques de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident atteignant cette ou ces personne(s) avant le remboursement intégral de leur financement, contracté auprès du prêteur.

ARTICLE 4 - CARACTERISTIQUES DES OPERATIONS GARANTIES

Les prêts garantis doivent appartenir à l'une des catégories définies ci-après :

Soit : prêts personnels et prêts à la consommation, amortissables à taux fixe et à échéances constantes, d'une durée maximale de 10 ans.

Soit :

- Prêts immobiliers amortissables, à taux fixe, révisable ou variable, à échéances constantes ou modulables, d'une durée maximale de 25 ans. Ces prêts peuvent comporter une période de différé partiel ou total d'amortissement dont la durée ne peut excéder 24 mois, à échéance constante ou modulable,
- Prêts relais remboursables au terme, d'une durée maximale de 36 mois,
- Prêt à taux zéro.

Soit : prêts immobiliers à remboursement in fine avec paiement des intérêts par l'emprunteur, d'une durée maximale de 20 ans. Dès lors, le terme utilisé dans la suite du contrat sera "prêt".

ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADMISSION

L'âge de l'assuré, lors de la demande d'adhésion, doit être supérieur ou égal à 18 ans. Vous pouvez demander votre admission jusqu'à votre 65ème anniversaire de naissance.

Votre demande d'admission doit être effectuée au plus tard à la date de l'engagement contractuel entre vous et le prêteur.

ARTICLE 6 - FORMALITES D'ADMISSION

Vous devez compléter et signer la demande d'admission lors de la constitution du dossier de prêt et la remettre au prêteur. En ce qui concerne le questionnaire de santé, vous devez également le compléter et le signer lors de la constitution du dossier de prêt. Vos déclarations sont strictement confidentielles et vous pouvez transmettre directement le questionnaire, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur, en demandant à votre conseiller l'enveloppe prévue à cet effet.

Toutefois si vous sollicitez un prêt personnel, vous êtes dispensé de formalités médicales dans les conditions prévues par la convention AERAS. Dans ce cas, seule la garantie Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie vous est accordée.

Le Médecin conseil de l'assureur peut vous demander un complément d'information ou des examens médicaux.

L'assureur peut :

- accepter votre demande :
 - au taux normal de cotisation ou avec un supplément de cotisation dès la souscription, en contrepartie de la prise en charge d'un risque aggravé de santé,
 - sans restriction, ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties.
- refuser votre demande.

L'assureur et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis au postulant par le conseiller et consultable à l'adresse suivante : www.aeras-infos.fr.

Les dispositions de la convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes.

Le contrat de prêt doit être régularisé dans un délai de 6 mois à compter de la décision d'acceptation de l'assureur. Si cette condition n'est pas remplie, vous devez satisfaire à nouveau aux formalités d'admission.

ARTICLE 7 - MONTANT MAXIMUM ASSURE

Engagement de l'assureur

Le montant total des capitaux assurés est limité à **800 000 € (huit cent mille euros)** pour un même assuré, pour l'ensemble des prêts accordés par le prêteur et assurés par l'assureur.

Si pour un prêt donné, le montant total du capital assuré excède le montant maximum de l'engagement de l'assureur, les garanties de ce prêt seront diminuées au cours de toute sa durée, dans le rapport existant entre l'engagement initial de l'assureur au titre de ce prêt et son montant réel à l'origine.

ARTICLE 8 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet sous réserve de l'encaissement de la première cotisation :

- à la date de premier déblocage des fonds si à cette date l'assureur a accepté l'adhésion,
- ou au jour de l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur, si l'assureur n'avait pas accepté l'adhésion à la date du premier déblocage des fonds.

Tant que l'acceptation n'a pu être formulée par l'Assureur, seule la couverture des risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutifs à un accident est acquise à compter de la date de signature de la demande d'admission, pendant une durée de 90 jours maximum.

ARTICLE 9 - MAINTIEN DES GARANTIES

En cas de résiliation du contrat entre l'assureur et le prêteur, toutes les garanties souscrites sont maintenues aux assurés dans les conditions de cette notice. Les cotisations continuent d'être dues.

ARTICLE 10 - FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

Les garanties joueront conformément à l'amortissement prévu par le contrat de prêt à l'origine, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

Aménagement du prêt en cas de remboursement anticipé partiel, de prêt à échéances modulables :

En cas de remboursement anticipé partiel ou de prêt à échéances modulables, les garanties joueront conformément au dernier tableau d'amortissement en vigueur, sans qu'aucun retard dans les versements ne puisse y apporter une modification.

Aucun changement de garantie ou de quotité ne sera accepté à cette occasion.

Enfin, en cas de mise en place d'un moratoire amiable ou d'un plan d'apurement dans le cadre d'une procédure de surendettement, les garanties sont prorogées dans la limite d'une durée de huit ans, sans formalités médicales nouvelles, sous réserve du paiement des cotisations au taux en vigueur au moment de la souscription, dans la limite des âges maxima de couverture

ARTICLE 11 - GARANTIE DECES

11-1 - MONTANT DE LA PRESTATION

En cas de décès avant votre 70^{ème} anniversaire de naissance, l'assureur verse au prêteur :

- le capital assuré restant dû au jour du décès. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès,
- les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès,
- 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 soient à jour.

Le montant du capital décès dû par l'assureur peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur. L'excédent est alors versé, par celui-ci, au bénéficiaire désigné.

Ce bénéficiaire est, sauf désignation particulière : le co-emprunteur, à défaut le conjoint non séparé de corps, à défaut les héritiers de l'assuré. **Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en compte.**

11-2 - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse :

- à votre 70ème anniversaire de naissance,
- en cas de non paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date d'exigibilité de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- à la date à laquelle l'assuré résilie son engagement de caution,
- à la date à laquelle l'assuré perd sa qualité « d'assuré » désigné par la personne morale.

11-3 - RISQUES EXCLUS

Au titre de la garantie DECES, les risques suivants sont exclus :

- le suicide de l'assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'adhésion, dans la limite du montant mentionné au décret visé par l'article L223-9 du Code de la Mutualité (120.000€ au 01/01/2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré,
- les matches, courses, paris, compétitions sportives sauf en tant qu'amateur,
- les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vol sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel, parapente,
- les rixes auxquelles l'assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante,
- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de tout sinistre causé par l'assuré, lors de la conduite d'un véhicule, lorsqu'est constaté chez l'assuré conducteur, au moment de la survenance du sinistre, un état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur ou égal à celui défini par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur dans le pays de survenance de l'accident),
- de tout sinistre causé par la conduite sans permis d'un véhicule pour lequel un permis de conduire est exigé, ou encore si l'assuré est détenteur d'un permis expiré, annulé, révoqué ou suspendu,
- les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale,
- le saut à l'élastique et toutes activités en zones désertiques.

ARTICLE 12 - NULLITE DE L'ADHESION

En cas de fraude, fausse déclaration intentionnelle ou défaut de déclaration d'un emprunteur assuré, portant notamment sur l'âge, ou sur les réponses au questionnaire de santé, ou sur les indications portées sur le bulletin d'adhésion, de nature à affecter l'importance du risque ou à entraîner le paiement de prestations indues, l'assurance est immédiatement annulée, conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité.

Dans le cas où ces faits ne sont constatés qu'après versement des prestations, l'assureur se réserve le droit d'en poursuivre le recouvrement auprès de l'emprunteur ou, en cas de décès ou PTIA, auprès des héritiers ou des ayants droits. En tout état de cause, les cotisations versées par cet assuré restent acquises à l'assureur.

La charge de la preuve de la nullité du contrat incombe à l'assureur. En cas de fausse déclaration non intentionnelle au sens de l'article L221-15 du Code de la Mutualité, l'assureur pourra proposer une modification (émission de réserve médicale ou/et majoration) du contrat sous réserve de l'accord de l'assuré ou résilier celui-ci, en cas de refus.

ARTICLE 13 - GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

13-1 - MONTANT DE LA PRESTATION

L'assureur verse le montant de la prestation définie pour la garantie en cas de décès à la date de reconnaissance par le médecin conseil de l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Ce versement met fin à l'ensemble des garanties.

13-2 - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse :

- à votre 65^{ème} anniversaire de naissance,
- en cas de non paiement des cotisations,
- à la date de votre mise en préretraite ou retraite, quelle qu'en soit la cause,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date d'exigibilité de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- à la date à laquelle l'assuré résilie son engagement de caution,
- à la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de personne désignée par la personne morale.

13-3 - RISQUES EXCLUS

Au titre de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie, sont exclus, les risques exclus au titre de la garantie Décès ainsi que les suites et conséquences :

- les suites et conséquences de maladies ou d'accidents dont le fait générateur est antérieur à la date d'adhésion, sauf s'ils ont été déclarés à la souscription et qu'ils n'ont pas fait l'objet d'exclusion particulière,
- de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale,
- des accidents résultant de l'usage par l'assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome,
- des blessures ou lésions survenant ou contractées au cours de courses comportant un véhicule à moteur, à titre professionnel ou rémunéré.

ARTICLE 14 - GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL : INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE / INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

14-1 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

§1 - Délai de franchise

La prestation incapacité temporaire de travail est versée à l'issue d'une période de **90 jours continue d'arrêt de travail** médicalement constatée. Ce délai court à partir du premier jour de l'indemnisation par la Sécurité Sociale.

§2 - Incapacité temporaire totale

Lorsque l'assuré est en incapacité temporaire totale au sens du contrat, l'assureur verse une indemnité journalière, calculée sur la base du montant de l'échéance correspondante du prêt garanti, corrigé de la quotité assurée, arrêté au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés à compter du 91^{ème} jour continu d'arrêt de travail médicalement constaté.

Cette indemnité journalière est plafonnée à 133€/jour, pour l'ensemble des prêts assurés donnant lieu à indemnisation.

Pour les prêts relais, in fine ou en période de différé d'amortissement, ne sont prises en compte que les seules échéances d'intérêt ; le capital n'est pas remboursé.

• **Rechute** : en cas de nouvel arrêt de travail, l'indemnisation reprend dès le 1^{er} jour, s'il est établi que la nouvelle interruption est due à une affection médicalement reconnue comme étant une rechute de la précédente. Pour les salariés, comme pour les non salariés, la prise en charge est possible si la rechute intervient au maximum dans les 3 mois qui suivent la reprise du travail.

• **Changement de régime d'indemnisation** : si l'assuré passe d'une indemnisation par le Pôle Emploi au titre du chômage à une indemnisation par la Sécurité Sociale, au titre de l'incapacité de travail, ou inversement, l'assurance se calcule sur le régime appliqué sans décompter un nouveau délai de franchise.

• **Maternité** : les adhérentes peuvent bénéficier des prestations si elles se trouvent en état d'incapacité de travail en raison d'une pathologie. Toutefois, le service des prestations sera suspendu pendant la durée légale du congé de maternité. Cette période de congé légal sera également appliquée aux assurées non salariées.

• **Assuré caution personne physique en arrêt de travail** : les indemnités journalières sont versées si la preuve est apportée que la caution est le payeur régulier du prêt concerné :

- si l'emprunteur, bénéficiaire de la caution, est décédé alors que sa quote-part de crédit concerné n'est pas intégralement remboursée par l'assureur, celui-ci prendra en charge la quote-part du prêt assuré à due concurrence de l'exposition de la caution,
- si l'emprunteur, bénéficiaire de la caution, est vivant mais insolvable et que la caution est payeur régulier du prêt depuis au moins six mois au moment de l'arrêt de travail.

§3 - Invalidité permanente totale (invalidité 2^{ème} catégorie)

Les prestations prévues sont celles versées en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

14-2 - CESSATION DU VERSEMENT DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL

Le versement de la prestation d'incapacité de travail cesse en cas de reprise du travail, même à temps partiel ou constatation médicale d'aptitude à la reprise.

Fin de la garantie incapacité de travail et des prestations

Les garanties et les prestations cessent :

- à votre 65^{ème} anniversaire de naissance,
- en cas de non paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date d'exigibilité de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- à la date de votre préretraite ou de votre retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail,
- à la date à laquelle l'assuré résilie son engagement de caution,
- à la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de personne désignée par la personne morale.

14-3 - RISQUES EXCLUS

Au titre des garanties « Incapacité de travail », les risques suivants sont exclus :

- les risques exclus au titre de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- l'incapacité de travail consécutive à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- l'incapacité de travail consécutive à une atteinte vertébrale, discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, sacrocoxalgie, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale ou une hospitalisation de plus de 15 jours continus pendant cette incapacité,
- les traitements esthétiques, les opérations de chirurgie esthétique, sauf opération de chirurgie réparatrice découlant d'un événement assuré,

- les séjours hospitaliers dans les conditions suivantes : cures de toute nature, maisons de repos ou de plein air, maisons dites de santé médicale, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication ou de sommeil.

ARTICLE 15 - CONTROLE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE OU D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Il n'existe aucun lien entre les décisions du médecin conseil de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie et à l'incapacité de travail et celles des régimes obligatoires.

L'assureur se réserve le droit de désigner un médecin afin de contrôler l'état de santé de l'assuré. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de tout règlement. Les honoraires médicaux relatifs à cet examen seront à la charge de l'assureur. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin de l'assureur sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré peut alors convenir avec l'assureur de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre. Faute d'entente sur le choix de ce troisième médecin, celui-ci sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu du domicile de l'assuré. La moitié des frais engendrés par cette procédure d'arbitrage sera à la charge de l'assuré.

Le paiement de la prestation est suspendu jusqu'à la date de prononciation de la sentence arbitrale.

ARTICLE 16 - REGLEMENT DES SINISTRES

Délai de déclaration

Vous devez déclarer votre incapacité de travail dans les 12 mois qui suivent le premier jour d'arrêt.

Si vous déclarez votre incapacité de travail après ce délai :

- votre arrêt est pris en charge à compter du jour de la réception de votre déclaration,
- l'assureur n'applique pas le délai de franchise.

Destinataire de la déclaration

Le sinistre doit être déclaré à : **CBP Solutions, BP 11615, 44016 NANTES CEDEX 1.**

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel à **CBP Solutions, à l'attention du Médecin Conseil.**

PIECES A FOURNIR

§1 - Dans tous les cas

- une copie de la demande d'adhésion,
- le tableau d'amortissement pour chaque prêt.

En cas d'accident ayant provoqué le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité temporaire de travail/l'invalidité permanente totale, les pièces officielles indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie, l'incapacité temporaire de travail ou l'invalidité permanente totale ; la preuve du lien de causalité incombant à l'assuré.

§2 - En cas de décès

- un certificat médical indiquant notamment les causes du décès et un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe,

§3 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- Un rapport médical transmis par l'assureur et complété par le médecin traitant de l'adhérent (salarié ou non salarié) est adressé sous pli confidentiel au médecin conseil de CBP, constatant la perte totale et irréversible d'autonomie, telle qu'elle est définie à l'article 2 et précisant son origine, la date à laquelle s'est déclarée l'affection ou la date de l'accident ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie, la date de consolidation, accompagnés :

► Si l'assuré est salarié, de la notification d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie, ou d'une attestation de classement en PTIA,

► Si l'adhérent n'est pas salarié, un certificat médical attestant que son état correspond à une invalidité de 3^{ème} catégorie (définition Sécurité Sociale) ou à un classement en PTIA,

La consolidation de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie sera déterminée par le médecin conseil de l'assureur.

§4 - En cas d'incapacité de travail

- En cas d'invalidité permanente totale :

Un certificat du médecin traitant est adressé par l'assuré sous pli confidentiel au médecin conseil de CBP, constatant la consolidation de l'état d'invalidité permanente totale, telle qu'elle est définie à l'article 2 et précisant l'origine de l'invalidité et la date à laquelle s'est déclarée l'affection ou est intervenu l'accident ayant entraîné l'incapacité, accompagné :

- Si l'assuré est salarié, de la notification d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité de 2^{ème} catégorie en cas d'invalidité permanente totale - le cas échéant la notification d'attribution de la pension vieillesse en cas de transformation de la pension d'invalidité pour inaptitude au travail,
- Si l'assuré est non salarié, d'un certificat médical mensuel certifiant la continuation de l'état d'invalidité permanente totale et l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle.

- En cas d'incapacité temporaire totale :

Un certificat médical précisant l'affection ayant entraîné l'incapacité de travail ainsi que la date de la première constatation, accompagné :

- si l'assuré est salarié, des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité Sociale,
- si l'assuré est non salarié, des certificats d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de votre demande.

ARTICLE 17 - CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Votre cotisation est calculée sur le capital total assuré, quel que soit le montant débloqué. Elle est due dès la prise d'effet des garanties et est payable périodiquement lors de chaque échéance de remboursement du prêt.

Après un remboursement anticipé partiel, la cotisation est calculée sur le montant suivant :

(capital initial - remboursement anticipé partiel) x quotité assurée

Le taux de cotisation, taxes actuellement en vigueur comprises, est constant pendant toute la durée du prêt. Il subit cependant une réduction à la fin contractuelle de la garantie incapacité de travail.

Conformément à l'article L221-8 du Code de la Mutualité, le non-paiement de la cotisation peut entraîner votre exclusion de l'assurance.

ARTICLE 18 - PRESCRIPTION

Article L221-11 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, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits 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. »

ARTICLE 19 - VOYAGES ET SEJOURS A L'ETRANGER

Pour tous les voyages et séjours dans des lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM COM, les pays limitrophes de la France métropolitaine :

- le risque de décès est couvert sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné,
- les risques de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail sont également couverts sous réserve que la preuve soit 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 l'assureur dans les conditions prévues à l'article 15 « Contrôle en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'incapacité de travail ».

A défaut, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine, dans les DROM COM, dans un pays de l'Union Européenne, ou un pays limitrophe de la France métropolitaine (dans les douze mois suivant son arrêt de travail) ; l'incapacité sera alors considérée comme ayant débuté à la date où elle aura été constatée médicalement après son retour.

ARTICLE 20 - VENTE A DISTANCE

En application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, l'assuré dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter, soit de la réception de son certificat d'adhésion, soit de la réception des pièces contractuelles s'il n'est pas déjà en possession de celles-ci.

Pour exercer cette faculté, il doit faire parvenir au Crédit Coopératif, à l'adresse suivante, BP 211, 92002 NANTERRE Cedex, une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée par exemple suivant le modèle ci-après :

« Messieurs, je soussigné(e)... vous informe par la présente que je renonce à mon adhésion au contrat « xxx » n°xxx que j'ai signée le xxx à xxx (lieu d'adhésion) et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de la somme versée dans un délai de trente jours à compter de la présente. Fait à xxx le xxx.
Signature. »

L'adhésion ne peut normalement prendre effet tant que le délai de renonciation ci-dessus indiqué n'est pas expiré. Néanmoins, il peut être dérogé à ce principe, et les garanties peuvent prendre effet plus tôt si l'adhérent en fait la demande.

ARTICLE 21 - INFORMATION DES ASSURES

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application de votre contrat, votre interlocuteur habituel CBP est en mesure d'étudier vos demandes et réclamations. Si les réponses apportées ne satisfont pas votre attente, vous pouvez écrire à :

**MUTLOG, Service Relations Adhérents
75 Quai de la Seine
75940 Paris Cedex 19**

Si un désaccord subsiste, vous avez toujours la faculté de faire appel au MEDIATEUR de la FNMF dont les coordonnées vous seront communiquées par le Service Relations Adhérents de MUTLOG et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Vous reconnaissez être informé, conformément à l'article 32 de la Loi du 6 Janvier 1978 modifiée :

- que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de votre demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit auprès de l'assureur, responsable du traitement. A défaut de réponse, la demande d'adhésion ne pourra être étudiée,
- que vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès de :
**MUTLOG, Service Relations Adhérents
75 Quai de la Seine
75940 Paris Cedex 19**

L'assureur, responsable du traitement de votre adhésion, peut communiquer vos réponses, ainsi que les données vous concernant, qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de votre dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de votre dossier.

Ces informations recensées sur la demande d'adhésion sont nécessaires pour procéder à l'étude du dossier de l'assuré. Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'assuré d'un défaut de réponse sont précisées lors de leur collecte.

Par la signature de la demande d'adhésion, l'assuré accepte expressément, en application de l'article 8 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, que les données médicales le concernant soient collectées et traitées pour les besoins de cette étude et transmises au prêteur, à l'assureur, ses mandataires et réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels concernés.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978, modifiée, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès et de rectification portant sur les informations le concernant, qu'il peut exercer auprès de **MUTLOG : 75 Quai de la Seine - 75940 Paris Cedex 19.**

ARTICLE 22 - CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9.

ARTICLE 23 - PLUS-VALUES MUTUALISTES

23-1 - REMBOURSEMENT DE COTISATION

Pendant le versement mensuel des prestations au titre de la garantie incapacité de travail, l'assureur remboursera à l'assuré, la quote-part de la cotisation payée par l'assuré, au titre de l'assurance du prêt, au prorata du nombre de jours indemnisés.

23-2 - AIDE AUX ASSURES ACCOMPAGNANT UNE PERSONNE EN FIN DE VIE

Les assurés justifiant d'une allocation journalière prévue par la loi 2010-209, bénéficieront d'une allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie d'un montant maximum d'une mensualité du prêt assuré, corrigée de la quotité assurée.

Cette allocation sera versée sur la base d'un justificatif de droit à perception de l'allocation journalière d'accompagnement, délivrée par le régime d'assurance maladie.

La qualité d'aidant, pour être reconnue, devra répondre à la définition légale figurant dans la loi du 2 mars 2010.

Cette prestation sera cumulable avec une éventuelle prestation due, à la personne en fin de vie, justifiant d'une couverture de l'assureur.

La Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

La convention AERAS, signée entre les professionnels de la banque et de l'assurance, des associations de malades et de consommateurs et les Pouvoirs Publics, a pris effet en Janvier 2007, pour faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. Cette convention a été révisée en février 2011, pour apporter de nouvelles avancées par rapport à l'engagement précédent.

1 - Qui est concerné et qu'est-ce qu'un risque aggravé de santé ?

Lorsque vous souhaitez emprunter, vous avez dans la plupart des cas à souscrire une assurance emprunteur pour protéger la banque et vous-même (voire vos héritiers) contre les risques de décès et d'invalidité.

Les engagements pris dans la convention AERAS vous concernent si vous présentez pour l'assurance un risque aggravé de santé. Cela signifie que votre état de santé ou votre handicap ne vous permet pas d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standards, quelle qu'en soit la raison.

2 - Où puis-je m'informer sur les dispositions de la convention AERAS ?

Vous trouverez une information complète sur la Convention AERAS sur le site officiel www.aeras-info.com. A partir de ce site, vous pouvez télécharger gratuitement le texte intégral de la convention AERAS.

Vous pouvez également obtenir des informations sur le site www.banquepopulaire.fr ou contacter votre agence qui vous communiquera les coordonnées du référent AERAS de votre Banque.

3 - Comment est respectée la confidentialité des informations concernant ma santé ?

La convention AERAS rappelle l'obligation de confidentialité des informations personnelles concernant votre santé. Vous êtes censé répondre seul au questionnaire de santé. Par souci de confidentialité, votre conseiller Banque Populaire ne vous assistera qu'à votre demande.

Le questionnaire médical que vous avez à remplir comporte des questions précises sur des événements relatifs à votre état de santé et en aucun cas ne fait référence aux aspects intimes de votre vie privée. Vous pouvez insérer votre questionnaire, une fois rempli, dans une enveloppe cachetée et seul le service médical de l'assureur en prendra connaissance. S'il a besoin d'informations complémentaires, il prendra contact avec vous pour vous demander des examens médicaux spécifiques.

4 - Comment la convention AERAS s'applique-t-elle aux prêts immobiliers et aux prêts professionnels ?

Si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré par le contrat de base, votre dossier sera automatiquement examiné à un 2^{ème} niveau par un service médical spécialisé. Vous n'avez rien à faire.

Si, à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas vous être établie, votre dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de votre part, par un 3^{ème} niveau national, constitué d'experts médicaux de l'assurance. Cet ultime examen ne concerne que les prêts immobiliers et les prêts professionnels répondant aux conditions suivantes :

- montant maximum : 320 000 € (*les crédits relais étant exclus de ce plafond lorsqu'il s'agit de l'acquisition de la résidence principale*),
- votre âge en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

A défaut d'accord de l'assurance au 3^{ème} niveau : voir question 8

5 - Que se passe-t-il si, en raison de mon état de santé et de mes revenus, le coût de l'assurance est trop élevé ?

La convention AERAS a prévu la prise en charge d'une partie des surcharges éventuelles pour les personnes aux revenus modestes, dans le cadre de l'achat d'une résidence principale ou d'un prêt professionnel.

Vous pouvez bénéficier de ce dispositif si votre revenu ne dépasse pas un plafond fixé en fonction du nombre de parts de votre foyer fiscal et du Plafond de la Sécurité Sociale (PSS) :

- revenu < 1 fois le PSS si votre nombre de parts est 1
- revenu < 1,25 fois le PSS, si votre nombre de parts est de 1,5 à 2,5
- revenu < 1,5 fois si votre nombre de parts est 3 ou plus.

Si vous entrez dans une des catégories ci-dessus, votre prime d'assurance ne représentera pas plus de 1,4 point dans le taux effectif global de votre emprunt.

Si vous êtes éligibles à ce dispositif, si vous avez moins de 35 ans et si vous bénéficiez d'un PTZ+, les surcharges d'assurance de ce prêt seront intégralement prises en charge par les professionnels.

6 - Que prévoit la convention AERAS pour le risque d'invalidité ?

Dans votre intérêt, comme dans celui de la banque, il est préférable que le risque d'invalidité soit couvert par les garanties adaptées pour les prêts immobiliers et professionnels. En effet, au cours du remboursement du crédit, votre état de santé peut se dégrader. Cette situation peut entraîner éventuellement un déséquilibre de vos revenus et donc de votre budget.

Les assureurs vous proposeront :

- si la couverture du risque invalidité n'est pas possible, au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie,
- si elle est possible, une garantie invalidité :
 - o aux conditions standard avec le cas échéant, exclusion(s) et/ou surprime ;
 - o spécifique telle que prévue par la Convention AERAS. A défaut, les assureurs vous proposeront au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie.

7 - Quel est le délai de traitement des demandes de prêt avec la convention AERAS ?

Les professionnels de l'assurance et de la banque se sont engagés à donner une réponse à votre demande de prêt immobilier dans un délai global de 5 semaines pour un dossier complet, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition de l'assurance.

Les professionnels de la banque s'engagent, dans la convention AERAS, à vous informer par écrit de tout refus du prêt qui aurait pour seule origine un problème d'assurance. Si l'assurance vous est refusée, vous pouvez, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, prendre contact avec le médecin de l'assureur, pour obtenir des précisions sur les raisons médicales du refus.

Bon à savoir

Vous pouvez anticiper la question de l'assurance, notamment si vous pensez présenter un risque aggravé de santé. Ainsi, avant même d'avoir signé une promesse de vente ou sans attendre que votre demande de prêt soit complétée vous pouvez déposer une demande de couverture, auprès de votre banque ou d'une entreprise d'assurance. Cette anticipation vous permettra d'avoir une décision d'assurance avant que votre projet immobilier soit bouclé. Dans ces conditions, si vous obtenez un accord d'assurance pour garantir un crédit immobilier, cet accord est valable 4 mois, et il reste acquis même si, pendant ces 4 mois, le logement à financer par le crédit change.

8 - Que faire si l'accord de l'assurance ne peut être obtenu ?

Sans assurance emprunteur possible pour garantir votre prêt (ou si ses garanties paraissent insuffisantes pour le succès de votre opération), la Banque Populaire va chercher d'autres moyens pour vous permettre de réaliser votre projet. Elle essaiera avec vous, à la place de l'assurance, de trouver une garantie alternative ou complémentaire. Il peut s'agir par exemple d'une garantie personnelle, comme la caution d'une personne solvable, d'une garantie réelle comme le nantissement d'un capital placé, de la délégation d'un contrat d'assurance-vie ou de prévoyance individuelle, ou encore d'une hypothèque sur un bien immobilier autre que le bien à financer. Dans tous les cas, c'est la Banque Populaire qui appréciera la valeur de cette garantie alternative.

9 - Que faire en cas de litige ?

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS, tels qu'ils sont décrits dans le texte de la convention, n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez faire appel à une commission de médiation.

Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises ; elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend et favorise le dialogue si besoin, entre votre médecin et le médecin conseil de l'assureur. Pour déposer un recours auprès de la commission de médiation, vous devez écrire à l'adresse suivante en joignant les copies de tous les documents utiles :

Commission de médiation de la convention AERAS
61, rue Taitbout
75009 PARIS