

Le présent règlement mutualiste est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts 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. Il définit le contenu des engagements contractuels réciproques entre la Mutuelle et chaque Adhérent en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le contrat est formé par l'acceptation du présent règlement mutualiste et des statuts de la Mutuelle par l'Adhérent.

ARTICLE 1 – DEFINITIONS

Pour une meilleure compréhension du présent Règlement mutualiste, nous vous proposons de vous référer au Lexique ci-dessous :

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

Adhérent : Personne physique ou morale, membre de la Mutuelle qui souscrit au Contrat et en paie les cotisations. Il adhère aux statuts, au règlement mutualiste, et enfin se conforme aux dispositions du présent règlement mutualiste.

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

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

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra les prestations prévues au règlement mutualiste en cas de réalisation du risque.

Bon pour accord : Proposition d'assurance émise par la Mutuelle précisant le montant du prêt garanti, la Quotité assurée, les garanties accordées, les conditions tarifaires, les événements faisant l'objet de réserve et les conditions particulières. Son retour daté et signé de la main de l'Assuré matérialise l'acceptation des conditions d'assurance par ce dernier.

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

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

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

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

Co-Emprunteur : La (les) personne(s) 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.

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

Contrat : Contrat mutualiste formé par l'acceptation, par l'Adhérent, des statuts de la Mutuelle et du présent règlement mutualiste.

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

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

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail, choisi par le Candidat à l'Assurance (30, 60, 90, 120 ou 180 jours) et figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier Certificat Individuel d'Adhésion avenant, au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

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

Incapacité Temporaire Totale (ITT) : L'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale avant la date de liquidation de la pension de retraite, ou de pré-retraite et au plus tard le jour de son 70ème anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties,

- S'il se trouve temporairement dans l'impossibilité physique ou mentale totale et continue, médicalement constatée d'exercer, même à temps partiel, la profession pratiquée au jour du Sinistre.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, s'il est temporairement contraint, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile ou en centre de soins, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles). L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. La Mutuelle se réservera le droit de mandater une expertise médicale.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, après Consolidation de son état de santé, et avant la date de liquidation de la pension de retraite ou de pré-retraite et au plus tard le jour de son 70ème anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- S'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale, définitive et permanente, médicalement constatée, d'exercer tout ou partie de la profession pratiquée au jour du Sinistre (ou toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles) si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du Sinistre) ;

- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert désigné par la Mutuelle, un taux global d'invalidité « N » compris entre 33% et 66%.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, après Consolidation de son état de santé, et avant la date de liquidation de la pension de retraite ou de pré-retraite et au plus tard le jour de son 70ème anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- S'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale, totale et définitive, médicalement constatée, d'exercer la profession pratiquée au jour du Sinistre (ou toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles) si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du Sinistre) ;

- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert désigné par la Mutuelle, un taux d'invalidité « N » au moins égal à 66%.

Invalidité Professionnelle réservée aux professions médicales et paramédicales (IP) : Cette garantie est exclusivement destinée aux personnes exerçant une des professions de santé suivantes à l'adhésion : médecins enregistrés au Conseil National de l'Ordre des Médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes enregistrés au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sage-femme, infirmier, kinésithérapeute ou vétérinaire.

Cette garantie permet la souscription conjointe des garanties Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP) avec une détermination spécifique du taux global d'invalidité « N » décrite au paragraphe D.1 ci-dessous

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.

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

- S'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale définitive et permanente, médicalement constaté(e) au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire, de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, et
- S'il se trouve dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance viagère d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

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

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 : Evènement susceptible de mettre en œuvre l'une ou l'autre des garanties prévues par le Contrat.

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.

ARTICLE 2 - BASE JURIDIQUE

Le présent règlement mutualiste est régi par le Code de la Mutualité et la législation en vigueur.

ARTICLE 3 - OBJET DE L'ASSURANCE

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

Garanties obligatoires :

Décès

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Garanties optionnelles :

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Invalidité Professionnelle (IP) réservée aux professions médicales et paramédicales (voir article 9.2 - D1)

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

Les garanties IPT, ITT, IPP et IP peuvent être souscrites par le Candidat à l'Assurance qui exerce une activité professionnelle rémunérée non exclue lors de l'adhésion ou qui est sans activité professionnelle.

Ces garanties sont définies à l'article 9 du présent règlement mutualiste.

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

- **Formule 1 :** Décès – PTIA ;
- **Formule 2 :** Décès - PTIA – IPT ;
- **Formule 3 :** Décès - PTIA – IPT – ITT ;
- **Formule 4 :** Décès - PTIA – IPT – ITT - IPP ;
- **Formule 5 :** Décès – PTIA - ITT - IP.

A l'adhésion il est également proposé deux options (voir article 9.3 du présent règlement mutualiste) :

- **Option 1 « DOS + » :** permettant le rachat des exclusions liées aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires. **Cette option est éligible aux formules 3 et 4 uniquement.**
- **Option 2 « DOS + et PSY + » :** permettant le rachat des exclusions liées aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires et des exclusions liées aux affections psychiatriques. **Cette option est éligible aux formules 3, 4 et 5 uniquement.**

Lorsque l'assurance est consentie à des conditions particulières, seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur le Bon pour Accord qui lui est adressé par la Mutuelle.

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

Le total des capitaux assurés au titre du présent règlement mutualiste, pour un même Assuré, ne pourra en aucun cas excéder 10 000 000 € au titre de la garantie Décès / PTIA et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés. Pour les garanties ITT, IPT, IPP ou IP, ce montant est limité à 2 500 000€ de capital souscrit.

ARTICLE 4 – PRÊTS ASSURABLES

Le règlement mutualiste couvre les prêts immobiliers, les prêts immobiliers accordés dans le cadre des ventes en état futur d'achèvement, les prêts à la consommation, les prêts de regroupement de crédit, les prêts professionnels, d'une durée minimum de 12 mois (excepté pour les prêts relais) et maximum de 33 ans (différé compris), énumérés ci-après :

- Prêts amortissables à taux fixe ou à taux variable,
- Prêts modulables,
- Prêts à paliers,
- Prêts relais (durée maximum de 36 mois avec possibilité de prorogation sur accord exprès de la Mutuelle). Ces prêts sont éligibles aux seules garanties Décès/PTIA,
- Prêts in fine,
- Prêts avec différé.

La durée du différé est limitée à 36 mois. Les prêts à taux zéro ne peuvent excéder une durée de 33 ans, différence compris.

Il est précisé que le bien objet du financement assuré est situé dans un état membre de l'Union européenne, en Suisse, ou à Monaco, et que le prêt est libellé en euros et rédigé en français, et souscrit auprès d'un organisme bancaire situé en France, dans les DROM, COM ou PTOM (ce qui inclut les succursales françaises d'organismes bancaires étrangers).

Le capital minimum assuré est de 1 €.

ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADHÉSION EN VUE DE L'ADMISSION A L'ASSURANCE

Tout Candidat à l'Assurance doit :

- Etre âgé au jour de l'adhésion :
 - D'au moins 18 ans et de moins de 85 ans pour l'adhésion de la garantie Décès,

- d'au moins 18 ans et de moins de 69 ans pour l'adhésion des garanties PTIA, IPT, ITT et IPP,
 - d'au moins 18 ans et de moins de 66 ans pour l'adhésion de la garantie IP.
- Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, de son taux et de son amortissement, résider en France, dans les DROM (Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, Réunion), dans les COM antillaises (Saint-Martin, Saint-Barthélemy), dans les autres COM (Iles Wallis-et-Futuna, Polynésie Française, Saint-Pierre-et-Miquelon) ou en Nouvelle-Calédonie (PTOM) dans un état membre de l'Union européenne, en Suisse, ou à Monaco. Pour tout candidat résidant dans un autre pays, une dérogation peut être demandée à la Mutuelle.

L'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année de la Date d'effet et le millésime de l'année de naissance.

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

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

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

Le Médecin-Conseil de la Mutuelle se réserve le droit :

- De demander toutes justifications, visites ou exams complémentaires (rapport médical, analyses biologiques ou tout autre élément) nécessaires à l'appréciation du risque. S'il s'agit d'informations médicales, elles seront adressées sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de la Mutuelle,
- De majorer la cotisation, de restreindre ou d'exclure des garanties.

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

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

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

ARTICLE 6 – INCONTESTABILITE

Les déclarations de l'Assuré servent de base à l'adhésion qui est incontestable dès qu'elle a pris effet, sauf en cas de réticence ou de fausse déclaration. L'attention des Candidats à l'Assurance est attirée sur les sanctions prévues par le Code de la mutualité.

Article L.221-14 :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration

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

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.

Le Candidat à l'Assurance est tenu d'informer la Mutuelle de toute modification de son état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet des garanties.

ARTICLE 7 –PROCEDURE D'ADMISSION EN CAS DE RISQUE AGGRAVE DE SANTE – CONVENTION AERAS

7.1 Objet de la Convention

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.

Les dispositions mentionnées ci-dessous ne concernent que les prêts immobiliers et les prêts professionnels.

Le dossier du Candidat à l'Assurance 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 garantis dans le cadre de la tarification standard du règlement mutualiste, (niveau 1 de ladite Convention) sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance de « 2^{ème} niveau » qui permet un réexamen individualisé de la demande.

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

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

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

7.2 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 et IPT ou IPP, ont été refusées pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option. Un Candidat à l'Assurance ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses

droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue Maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 % apprécié par le Médecin-Conseil de la Mutuelle suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

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

Tous les risques de Maladie et d'Accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en ITT et IPT figurant à l'article 10 « Exclusions ».

ARTICLE 8 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION – PRISE D'EFFET DES GARANTIES.

8.1 Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au règlement mutualiste prend effet à la date d'envoi du Certificat Individuel d'Adhésion.

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

L'adhésion prend fin :

- A la fin du terme contractuel des garanties et des prestations et au plus tard au 33^{ème} anniversaire du contrat de prêt ;
- Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;
- A la date de remboursement anticipé total de chaque prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la mutualité ;
- En cas de résiliation par l'Adhérent, par lettre recommandée avec préavis de 2 mois au moins avant la date de renouvellement de son Adhésion et accord exprès de l'organisme prêteur ;
- Lors du versement du capital restant dû en cas de décès, PTIA ou IPT ;
- A la date à laquelle le contrat de cautionnement est résilié dans l'hypothèse où l'Assuré est Caution ;
- En cas de fausse déclaration, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

Cas de l'Adhésion électronique : par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion électronique, les données sous forme électronique conservées par la Mutuelle ou tout mandataire de son choix :

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

8.2 Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet, après acceptation des risques par la Mutuelle et sous réserve du paiement de la première cotisation, à l'un des trois événements suivants sur demande du Candidat à l'Assurance notifiée sur la Demande d'Adhésion (DA) :

1/ à la date de signature de l'offre de prêt par le Candidat à l'Assurance,

2/ à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds intervienne dans les six (6) mois suivants l'acceptation par la Mutuelle)

3/ à la date choisie et indiquée par le Candidat à l'Assurance sur la Demande d'Adhésion (DA)

- **en cas de Vente à distance.** Les garanties prennent effet au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de trente (30) jours calendaires prévu à l'article 24 « Droit de renonciation » qui court à compter de la Date d'effet de l'Adhésion.

Les garanties peuvent prendre effet à la date de signature de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds ou à la date choisie et indiquée par le Candidat à l'Assurance sur la Demande d'Adhésion (DA), lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation à condition que l'Adhérent le demande dans l'espace prévu sur la Demande d'Adhésion pour la mise en œuvre des garanties.

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

La cessation de l'adhésion définie à l'article 8.1 « Prise d'effet et durée de l'adhésion » met fin à l'ensemble des garanties.

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

- La garantie Décès cesse le jour du 90^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie PTIA cesse le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie IPT cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite, et au plus tard, le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie ITT cesse à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ou à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite, et au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire ;
- La garantie IPP cesse à la reconnaissance de l'IPT ou à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite et au plus tard le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie IP réservée aux professions médicales et paramédicales cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite et au plus tard le jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ou immédiatement à la date de cessation de l'activité professionnelle ;
- Les options « DOS+ » et « PSY+ » suivent les règles de cessation des garanties ITT, IPT, IPP et IP auxquelles elles sont attachées.

• Garantie Décès accidentel :

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque et sous réserve que l'Adhérent ait accepté l'offre préalable de prêt, objet de la demande d'assurance, l'Assuré, âgé de moins de 70 ans, est garanti contre le risque de décès suite à un Accident à hauteur du capital Décès à assurer figurant sur la Demande d'Adhésion dans la limite d'un montant maximum de 150 000 €.

La garantie provisoire Décès Accidentel prend effet à la date de réception par la Mutuelle de la Demande d'Adhésion dûment complétée et signée. Cette garantie est accordée sous réserve des exclusions énoncées à l'article 10.

Cette garantie cesse, sans autre avis :

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

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

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

ARTICLE 9 – ETENDUE DES GARANTIES ET DES OPTIONS

9.1 Garantie de base : Décès – PTIA

A. Garantie Décès

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

En cas de décès de l'Assuré avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que les garanties aient pris effet avant le déblocage : la Mutuelle prend en charge, dans la limite de la Quotité assurée, le montant du capital emprunté et verse cette somme aux Bénéficiaires autres que l'Organisme prêteur (cf. paragraphe 14 « BENEFICIAIRES »).

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

- à l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'Emprunteur et restant dues en principal
- à l'autre (aux autres) Bénéficiaire (s) désigné (s) à concurrence des sommes non débloquées (cf Paragraphe 14 « BENEFICIAIRES »).

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

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

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

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

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

B. Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

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

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

Le capital restant dû au jour de la reconnaissance de PTIA ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de l'adhésion (y compris le

montant des intérêts courus et non échus à la date de la reconnaissance de la PTIA) et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour du décès de l'Assuré.

En cas de PTIA de l'Assuré avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que les garanties aient pris effet avant le déblocage : la Mutuelle prend en charge, dans la limite de la Quotité assurée, le montant du capital emprunté et verse cette somme aux Bénéficiaires autres que l'Organisme prêteur (cf. paragraphe 14 « BENEFICIAIRES »).

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

- à l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'emprunteur et restant dues en principal
- à l'autre (aux autres) Bénéficiaire (s) désigné (s) à concurrence des sommes non débloquées (cf Paragraphe 14 « BENEFICIAIRES »).

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

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

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

9.2 Garanties optionnelles :

Invalidité Permanente Totale (IPT) – Incapacité Temporaire Totale (ITT) – Invalidité Permanente Partielle (IPP) – Invalidité Professionnelle réservée aux professions médicales et paramédicales (IP).

A. Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

A.1 Prestations périodiques : versement d'indemnités journalières

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

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

Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'IPT médicalement justifiée et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 8.2 n'est pas atteint.

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

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

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

A.2 Prestation unique : option versement en capital

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

En cas d'IPT de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, le règlement mutualiste prévoit le remboursement du capital restant dû sur le prêt assuré (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de l'IPT), calculé sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle et dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur et en fonction de la Quotité assurée, à l'exclusion des mensualités échues et non réglées ainsi que des intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt, à la date de reconnaissance par le Médecin-Conseil de l'IPT.

Le capital restant dû au jour de la Consolidation de l'IPT ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de l'adhésion (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de l'IPT) et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour de la Consolidation de l'IPT de l'Assuré.

En cas d'IPT de l'Assuré avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que les garanties aient pris effet avant le déblocage : la Mutuelle prend en charge, dans la limite de la Quotité assurée, le montant du capital emprunté et verse cette somme aux Bénéficiaires autres que l'Organisme prêteur (cf. paragraphe 14 « BENEFCIAIRES »).

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

- à l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'Emprunteur et restant dues en principal
- à l'autre (aux autres) Bénéficiaire (s) désigné (s) à concurrence des sommes non débouquées (cf Paragraphe 14 « BENEFCIAIRES »).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Tx global N	Taux d'invalidité Fonctionnelle								
		10.00%	20.00%	30.00%	40.00%	50.00%	60.00%	70.00%	80.00%	90.00%
Taux d'invalidité Professionnelle	10.00%	10.00%	15.90%	20.80%	25.20%	29.20%	33.00%	36.60%	40.00%	43.30%
	20.00%	12.60%	20.00%	26.20%	31.70%	36.80%	41.60%	46.10%	50.40%	54.50%
	30.00%	14.40%	22.90%	30.00%	36.30%	42.20%	47.60%	52.80%	57.70%	62.40%
	40.00%	15.90%	25.20%	33.00%	40.00%	46.40%	52.40%	58.10%	63.50%	68.70%
	50.00%	17.10%	27.10%	35.60%	43.10%	50.00%	56.50%	62.60%	68.40%	74.00%
	60.00%	18.20%	28.80%	37.80%	45.80%	53.10%	60.00%	66.50%	72.70%	78.60%
	70.00%	19.10%	30.40%	39.80%	48.20%	55.90%	63.20%	70.00%	76.50%	82.80%
	80.00%	20.00%	31.70%	41.60%	50.40%	58.50%	66.00%	73.20%	80.00%	86.50%
	90.00%	20.80%	33.00%	43.30%	52.40%	60.80%	68.70%	76.10%	83.20%	90.00%
	100.00%	21.50%	34.20%	44.80%	54.30%	63.00%	71.10%	78.80%	86.20%	93.20%

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

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

B. Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

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

En cas d'ITT de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle verse, au prorata temporis et à terme échu une indemnité journalière égale à 1/365^{ème} de l'annuité des prêts garantis, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'ITT médicalement justifiée. Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier.

Le versement des indemnités journalières se poursuit jusqu'à la fin de l'ITT médicalement justifiée et **au maximum pendant 1 095 jours pour un même Sinistre** et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 8.2 n'est pas atteint. Sont exclus de la garantie les échéances échues et non réglées ainsi que les intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt au jour de la survenance du Sinistre.

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

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

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

B.2 Versement d'Indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle

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

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

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

La garantie ITT inclut l'Exonération du paiement des cotisations en cas d'ITT après une période de Franchise identique à celle choisie pour le versement des indemnités journalières, indiquée sur le Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier.

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

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

B.4 Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'ITT, pour les mêmes raisons médicalement constatées lors de son arrêt de travail précédent, la Mutuelle considère qu'il y a Rechute si cet arrêt de travail se produit dans les 120 jours suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas la Mutuelle traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre ; Elle n'applique pas de nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

B.5 Maternité

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

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

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

C. Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

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

C.1 Prestations périodiques sous forme d'indemnités journalières

En cas d'IPP de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle verse, en fonction du taux global d'invalidité « N » de l'Assuré au prorata temporis et à terme échu une fraction de l'indemnité journalière garantie en cas d'ITT, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'IPP sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle.

Cette fraction de l'indemnité journalière est égale à :

- **50% de l'indemnité journalière garanti au titre de la garantie ITT (1/365^{ème} de l'annuité des prêts garantis).**

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

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

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

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

La prise en charge des remboursements s'applique pendant la durée de l'invalidité et tant que le terme des prestations tel que déterminé à l'article 8.2 n'est pas atteint.

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

Toute reprise d'une activité professionnelle équivalente à temps plein entraîne la cessation des prestations au titre de la garantie IPP, le taux Global d'Invalidité « N » étant dans ce cas réévalué.

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

D. Garantie Invalidité Professionnelle réservée aux professions médicales et paramédicales (IP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie ITT. Pour pouvoir bénéficier de prestations au titre de cette garantie, l'Assuré devra justifier à la date du Sinistre, exercer à temps plein l'une des professions de santé suivantes : médecin enregistré au Conseil National de l'Ordre des Médecins, chirurgien, chirurgien-dentiste enregistré au Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, pharmacien, sage-femme, infirmier, kinésithérapeute ou vétérinaire.

Cette garantie permet la souscription conjointe des garanties Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP) avec une détermination spécifique du taux global d'invalidité « N » décrite au paragraphe D.1 ci-dessous

D.1 Détermination de l'invalidité Professionnelle

Le taux global d'invalidité est constaté par la Mutuelle par expertise médicale. Le médecin expert désigné par la Mutuelle reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé (voir définir de « Consolidation »). Le taux global d'invalidité « N » quand la garantie Invalidité Professionnelle réservée aux professions médicales et paramédicales est souscrite tient compte uniquement du taux d'invalidité professionnelle appréciée et chiffrée en fonction de la profession exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident générateur de l'invalidité, en tenant compte, des conditions normales d'exercice de la profession, des possibilités d'exercice qui subsistent après recours aux aides techniques disponibles.

Le versement de la prestation périodique se fait dans les mêmes conditions que l'IPT définies ci-dessus (paragraphe A1) en cas d'IPT et dans les mêmes conditions que l'IPP définies ci-dessus (paragraphe C1) en cas d'IPP.

9.3 Extensions facultatives de Garanties Incapacité Temporaire Totale (ITT) - Invalidité Permanente Totale (IPT) - Invalidité Permanente Partielle (IPP) - Invalidité Professionnelle (IP) : Options « DOS+ » et « PSY+ »

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle et moyennant une tarification spéciale, l'Adhérent a la possibilité, si les garanties ITT/IPT, ITT/IPT/IPP ou ITT/IP ont été souscrites, de racheter les exclusions liées aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires et les exclusions liées aux affections psychiatriques définies à l'article 10 du présent Règlement mutualiste. Si les garanties ITT/IP ont été souscrites, ces exclusions doivent obligatoirement être rachetées ensemble.

A. Option « DOS+ »

L'option DOS+ ne peut être souscrite seule pour la garantie IP.

Pour les garanties ITT, IPT, IPP, l'Assuré sera couvert en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP résultant de toutes atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires, sans condition d'hospitalisation.

Pour la garantie IP uniquement quand la garantie PSY+ a été souscrite, l'Assuré sera couvert en cas d'IP résultant de toutes atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires, sans condition d'hospitalisation.

B. Option « PSY+ »

Cette Option ne peut être souscrite qu'en complément de l'Option DOS+.

Pour les garanties ITT, IPT, IPP ou IP : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IP faisant suite à une Maladie ou un Accident résultant de toutes affections psychiatriques et syndromes de fatigue (telles que définie à l'article 10), sans condition d'hospitalisation.

ARTICLE 10 – EXCLUSIONS

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

- Le suicide lorsqu'il intervient pendant la première année qui suit l'Adhésion, la remise en vigueur ou toute augmentation ou rallongement de la garantie. Toutefois le suicide sera couvert sans délai dans la limite du montant défini par décret (Article L 223-9 du Code de la Mutualité précisé par l'Article D.223-1) pour un prêt finançant l'acquisition de la résidence principale.
- Les conséquences d'une tentative de suicide, et de tout fait intentionnel de l'Assuré ou d'un Bénéficiaire,
- Les Maladies ou Accidents ou infirmités dont les premières manifestations sont antérieures à la prise d'effet des garanties et non déclarés à la Mutuelle. Les suites et conséquences des affections déclarées sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'Assuré ou mention particulière faite au Certificat Individuel d'Adhésion.
- Les guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les mouvements de grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les émeutes, les insurrections, les complots, les actes de sabotage. Toutefois, ces exclusions ne s'appliquent pas en cas de légitime défense, en cas d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces évènements ou si cette participation résulte de l'exercice de sa profession préalablement garantie par la Mutuelle lors de l'Adhésion.
- Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiations ionisantes ou autres. Toutefois sont prises en charge les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient.
- Les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de stupéfiants, de médicaments à doses non prescrites médicalement, et leurs suites et conséquences avérées.
- Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne, sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même (lorsque l'Assuré emprunte une ligne commerciale régulière, les conditions ci-dessus sont réputées être réalisées).
- Les paris, les défis, la pratique de raids, les tentatives de record, les acrobaties, les exhibitions, les essais préparatoires, les essais de réception.
- Les sports dits, extrêmes : saut à l'élastique, base jump, zorring, sky surfing, sky flying.

Spécifiquement pour les garanties IPT, ITT, IPP et IP, sont exclues les suites et conséquence des situations suivantes mais constituent des exclusions rachetables selon les garanties, dans les conditions acceptées par la Mutuelle et après accord de l'Assuré :

- La pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération.
- Les activités mécaniques en compétition (Terre, Mer, Air)
- La Plongée sous-marine : Toutefois les garanties sont acquises pour 1) la plongée sans bouteille à moins de 10 m de profondeur, 2) la plongée avec bouteille à moins de 20 m de profondeur.

• Les Sports de neige (dont motoneige), de glace (dont bobsleigh et skeleton), de montagne, alpinisme (dont varappe) : Toutefois les garanties sont acquises pour :

- 1) le patinage sur patinoire ouverte au public,
 - 2) le ski ou le surf sur piste alpine ouverte et hors-piste avec moniteur,
 - 3) le ski de fond sur piste ouverte,
 - 4) la randonnée en raquettes sur chemin balisé,
 - 5) la randonnée à pieds au-dessous de 3000 m sur chemin balisé ou ne nécessitant pas de corde piolet ou crampons.
- La Spéléologie : Toutefois les garanties sont acquises pour une activité ne nécessitant pas d'équipement spécial.
 - Le canyoning, les activités équestres en compétition, la chasse à courre, les sports de combat (sauf pratique amateur et hors compétition).

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

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

- Les Accidents ou Maladies pour lesquels l'Assuré a refusé de se soumettre à un traitement prescrit médicalement rationnel et adéquat. Toutefois sont pris en charge les Sinistres correspondant à la mise en place de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie
- Les Accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisée(e), sous l'emprise d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé à l'article R 234-1-I-2° du Code de la Route.
- Les affections psychiatriques et syndromes de fatigue (notamment et non exclusivement : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, y compris les dépressions nerveuses et les dépressions post-partum, troubles de la personnalité, et du comportement, troubles de l'alimentation et Les cas de fibromyalgie, d'un syndrome poly algique idiopathique diffus, asthénie chronique).
- Toutefois sont pris en charge les affections psychiatriques et syndromes de fatigue et leurs conséquences si elles ont nécessité une hospitalisation de plus de 9 jours continus et sans conditions si l'option PSY+ a été souscrites.
- Les atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires, sauf si elles ont nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation d'au moins 9 jours continus ou s'il s'agit de fractures ou si l'option DOS+ a été souscrite.
- Les états de grossesse et ses suites, pendant le congé légal de maternité : la garantie est acquise en dehors de cette période mais seulement en cas de complications pathologiques.

ARTICLE 12 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

12.1 Irrévocabilité des garanties- 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.

12.2 Modification du tableau d'amortissement

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

procèdera à l'émission d'un avenant au Certificat Individuel d'Adhésion prenant effet rétroactivement à la date de modification et pourra être amenée, le cas échéant, à rembourser à l'Assuré une fraction de la cotisation payée.

En cas d'augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance : il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'Adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
- la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 396 mois,
- le prêt est amortissable (y compris les prêts à paliers, les prêts lissés et les prêts à taux zéro).

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

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

12.3 Modification des garanties

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

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

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

ARTICLE 13 – FORMALITES A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE ET REGLEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Règlement des prestations

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

13.2 Formalités en cas de Sinistre

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

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

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

1. Dans tous les cas

- Une déclaration de Sinistre,
- Un échéancier du prêt ou un tableau d'amortissement effectif à la date du Sinistre, à défaut une photocopie du contrat de prêt ou une attestation détaillée de l'organisme présentateur ou prêteur,
- Toute autre pièce jugée nécessaire par la Mutuelle.

2. En cas de Décès

- Un acte intégral de décès établi par un bureau d'état civil,

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

3. En cas de PTIA ou d'IPT ou d'IP réservée aux professions médicales et paramédicales.

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par la Mutuelle remplie par un médecin choisi par l'Assuré,
- Une reconnaissance de l'état d'invalidité avec les éléments justificatifs de l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle, et, dans le cas de la PTIA de la nécessité de l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie courante,
- Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, l'arrêté de position administrative ou la décision de la commission de réforme,
- Ou toute autre pièce que la situation de l'intéressé rend nécessaire pour justifier de son degré d'invalidité et de la nécessité pour lui de l'assistance continue et viagère d'une tierce personne.

4. En cas d'ITT ou d'IIPP

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle remplie par l'Assuré et par un médecin qu'il aura choisi,
- La copie des arrêts de travail (initial(aux) et prolongations).

5. Et en outre pour les Assurés sociaux

- Les attestations d'Incapacité Temporaire Totale établies par l'employeur,
- La notification d'une pension d'invalidité.

13.3 Continuation du service des prestations

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

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, d'une IPP ou IPT ou d'une PTIA.

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, aux circonstances du Sinistre, entraînent la déchéance de tout droit aux garanties du présent règlement mutualiste pour le Sinistre en cause.

ARTICLE 14 – BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur en cas de Décès, PTIA, ITT, IPT, IPP ou IP réservée aux professions médicales et paramédicales.

En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées :

- en cas de PTIA ou d'IPT (si option en capital retenue) : à l'Assuré lui-même,
- en cas de Décès : au Conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré

ARTICLE 15 – TERRITORIALITE

L'Assuré est couvert dans le Monde entier, pour tout déplacement (à titre personnel, professionnel ou humanitaire) à l'étranger, sans limitation en termes de durée de séjour.

Le risque de décès est couvert, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Les risques de PTIA, d'IPT ou IPP, d'IP réservée aux professions médicales et paramédicales et d'ITT, doivent être constatés médicalement en France Métropolitaine, dans les DROM/COM/PTOM ou à Monaco ou par un médecin mandaté par la Mutuelle pour ouvrir droit au paiement des prestations.

ARTICLE 16 – DECISION DE LA MUTUELLE, CONTRÔLE ET CONTESTATION

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 17 – RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'interprétation et/ou à l'exécution du règlement mutualiste, l'Assuré pourra s'adresser par écrit 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 ouvrables suivant sa réception et à lui apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

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

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

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

La demande écrite et signée devra autoriser le médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier et en particulier du volet médical détenu par le service médical de la Mutuelle.

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

La saisine du médiateur interrompt le cours de la prescription.

ARTICLE 18 – DELAIS DE DECLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

18.1 Délai de déclaration

En cas d'ITT, d'IPP ou d'IPT, est considéré comme forclos tout Assuré n'ayant pas formulé sa demande de prestation à la Mutuelle dans les six

mois suivant la survenance du Sinistre sauf impossibilité médicale démontrée. Passé ce délai la Mutuelle ne règlera que les mensualités à échoir.

18.2 Prescription

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

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

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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 ».

ARTICLE 19 – COTISATIONS D'ASSURANCE

Irrévocabilité des cotisations :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, la cotisation communiquée lors de l'adhésion au règlement mutualiste est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion (sauf en cas de mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement du taux de taxe, applicables au présent Règlement mutualité.

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en pourcentage du capital initial. Elle est calculée suivant l'âge de l'Assuré à la Date d'effet d'Adhésion, déterminée par différence de millésime, selon l'activité professionnelle de l'Assuré, les risques sportifs et médicaux déclarés, les garanties souscrites, la Quotité choisie.

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

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

Selon la périodicité demandée par l'Adhérent et acceptée par la Mutuelle, les cotisations peuvent être payées annuellement, semestriellement,

trimestriellement, ou mensuellement. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels et trimestriels.

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

En cas de remboursement anticipé du prêt, de décès, de PTIA ou d'IPT (si option versement du capital souscrite), les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux années de cotisation.

En cas de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme Prêteur, l'Adhérent doit déclarer à la Mutuelle ce refus, dès qu'il en a connaissance accompagnée des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçues par la Mutuelle, lors de l'adhésion, seront alors intégralement remboursées et le Contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

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

La cotisation fixée à l'adhésion est garantie sur toute la durée du Contrat. La cotisation comprend la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. En cas de modifications de cette dernière au cours de la période de validité des garanties, la Mutuelle informera l'Adhérent de cette modification et la cotisation sera révisée.

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

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

Le défaut de paiement d'une cotisation dans les trois mois suivant l'échéance peut entraîner la radiation de l'Adhérent de la Mutuelle et la résiliation de l'ensemble des garanties souscrites par l'Assuré au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure. Les cotisations échues non payées restent dues.

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

ARTICLE 20 – ADHESION A LA MUTUELLE

Frais d'Adhésion :

En application des statuts de la Mutuelle, afin de bénéficier de l'assurance, il y a lieu d'adhérer à la Mutuelle en qualité de membre participant. Les Adhésions sont nominatives et donnent lieu au paiement d'un droit d'entrée fixé statutairement. L'Adhérent participe à l'élection des délégués de sections à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

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

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

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

ARTICLE 21- LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT – FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme par la mise en place de procédures appropriées pour identifier et évaluer les risques auxquels elle est exposée et peut être amenée à interroger les parties au Contrat (Adhérent, Assurés,

Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

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

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

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

ARTICLE 22 – INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

Les données concernant l'Assuré sont destinées à la Mutuelle ou son intermédiaire, aux réassureurs et à l'organisme prêteur. Elles sont nécessaires pour l'adhésion et la gestion du Contrat.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 « Informatique, Fichiers et Libertés », modifiée par la Loi 2004-801 du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification relatives aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à :

Groupe MNCAP, 5 rue Dosne 75116 PARIS.

ARTICLE 23 – AUTORITES DE CONTROLE

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

ARTICLE 24 – DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L.223-8 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer au Contrat de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. En cas de Vente à distance, conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité (et les dispositions des articles L.121-26, L.121-26-1, L.121-28, L.121-30 à L.121-33 du Code de la consommation, l'Assuré a la faculté de renoncer à l'Adhésion sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur dans un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion formalisée par l'envoi du Certificat Individuel d'Adhésion.

La Mutuelle prolonge ce délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion à trente (30) jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Dans les autres cas, l'Adhérent a la faculté de renoncer au contrat d'assurance de la Mutuelle dans un délai de trente (30) jours à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

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

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

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait àle..... « Signature »

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

Au-delà de ce délai, l'Adhérent pourra mettre fin au Contrat par résiliation selon les dispositions prévues à l'article 25. La renonciation met fin à l'affiliation.

La Mutuelle informe parallèlement l'éventuel Bénéficiaire acceptant.

Le défaut de remise des documents et informations énumérées à l'article L.223-8 du Code de la mutualité entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième (30^{ème}) jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents.

ARTICLE 23 – FACULTE DE RESILIATION

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

Lorsque le délai écoulé depuis la date de signature de l'offre de prêt définie à l'article L 313-24 du code de la consommation est inférieur à 12 mois, l'Adhérent peut résilier son adhésion en notifiant sa demande à la Mutuelle par l'envoi d'une lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois rappelée ci-dessus, conformément au 2^{ème} alinéa de l'article L 221-10 du Code de la mutualité. Lorsque l'adhésion a pris effet depuis plus de 12 mois, l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance, conformément au 1^{er} alinéa de l'article L 221-10 du Code de la mutualité.

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

ARTICLE 24 – PARTICIPATION AUX BENEFICES

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

ARTICLE 25 – LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

Il est expressément précisé que le Contrat en vigueur au moment de l'Adhésion fait la loi entre les parties. Ainsi, les éventuels règlements mutualistes adoptés ultérieurement par la Mutuelle s'appliqueront exclusivement aux nouvelles affaires conclues après leur adoption.

Par conséquent, le bénéfice des nouveaux Règlements mutualistes ne pourra être revendiqué par l'Adhérent pour régir les Sinistres à venir se rapportant à son Adhésion antérieure.

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

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

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

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