



L'homme au cœur du logement

75 Quai de la Seine • 75940 Paris Cedex 19

Tél : 01 44 89 80 91

www.mutlog.fr

OFFRE DU PRODUIT D'ASSURANCE « MUT'ASSUR »

Notice d'information valant règlement mutualiste

Relative au contrat d'assurance MUT'ASSUR n° 20231-09/2023

Assuré par MUTLOG SIREN n° 325 942 969
Décès Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et
MUTLOG Garanties SIREN n° 384 253 605
(Incapacité Temporaire– Invalidité Permanente)

Mutuelles soumises au Livre II du Code de la Mutualité
(MUTLOG désigne, ci-après, l'une ou l'autre mutuelle, selon les cas)

Contrat présenté par SECURIMUT et ses partenaires via son comparateur

Pour toute opération liée à la gestion de votre contrat, vous devez contacter l'Assureur par l'intermédiaire de SECURIMUT, gestionnaire du contrat, 222 cours Lafayette - 69441 LYON CEDEX 03
Tél. : 04 26 22 44 44 – Mail : gestion@securimut.fr

OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre de l'opération de prêt couverte, en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), selon les garanties mises en place sur la tête de l'Assuré.

PERSONNES ASSURABLES

Toutes les personnes physiques sont assurables au titre du contrat, dans la limite de la quotité retenue pour les garanties de l'assurance du prêt, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes **au moment de leur adhésion** :

- être résidentes de l'Union Européenne, de la Suisse, de Monaco,
- être bénéficiaires ou cautions d'un prêt consenti par un organisme financier (établissements de crédits français ou succursales françaises d'établissements de crédits étrangers) pour le compte d'une personne morale ou d'une personne physique,
- être âgée (âge exact), à la date de signature de la demande d'adhésion :
 - . d'au moins 18 ans
 - . de 66 ans maximum pour les garanties P.T.I.A., I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.
 - . de 75 ans maximum pour la garantie décès
- ne pas être en retraite ou en préretraite en ce qui concerne l'adhésion aux garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.

MODALITES D'ADHESION

La personne à assurer devra :

- reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- compléter la demande d'adhésion et le questionnaire de santé, si applicable conformément à l'article L113-2-1 du Code des assurances, ou un questionnaire de risques

- se soumettre aux formalités d'adhésion complémentaires éventuellement nécessaires en raison de l'âge et du montant assuré, ou de risques spécifiques déclarés

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur, y compris la dissimulation ou la minoration de capitaux déjà assurés auprès d'autres compagnies, entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du Code de la Mutualité.

Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'Assureur.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 221-15 du Code de la Mutualité, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

DECISION DE L'ASSUREUR :

L'Assureur, à l'issue des formalités de souscription, fait connaître sa décision dans les plus brefs délais. Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ou encore ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

En cas d'acceptation, l'Assureur fournit :

- un devis contractuel,
- des conditions particulières si l'acceptation est assortie de restrictions ou rachats de garanties.

En cas d'acceptation avec restrictions de garanties, la personne à assurer devra accepter les conditions particulières en les renvoyant signées.

La décision d'acceptation de l'Assureur est valable 4 mois. Si au terme de ce délai la personne à assurer n'a pas signé l'adhésion au contrat, les formalités de souscription devront être renouvelées.

En cas de signature de l'adhésion au contrat, l'acceptation définitive est matérialisée par l'émission d'un certificat d'adhésion faisant référence, le cas échéant, aux conditions particulières d'acceptation.

En cas d'évolution de l'état de santé avant l'émission du certificat d'adhésion, modifiant les réponses au questionnaire de santé, l'Assuré est tenu d'en informer l'Assureur.

L'Assuré devra signer son offre de prêt au maximum dans les 6 mois de l'émission de son certificat d'adhésion.

Sur présentation des factures originales et dans la limite des sommes mentionnées sur la demande de formalités, l'Assureur prend en charge les frais d'examen médicaux demandés si :

- la personne à assurer adhère au contrat,
- l'acceptation de l'Assureur a fait l'objet de restrictions de garanties ou de majoration de la cotisation, que la personne adhère ou non au contrat.

Ces frais seront remboursés dans les 30 jours suivant la réception de la facture et de la décision restrictive d'acceptation ou de majoration, ou à l'expiration du délai de renonciation en cas d'acceptation aux conditions standards.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE) :

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, à étudier automatiquement la possibilité d'une - assurance dite de « 2^{ème} niveau » et le cas échéant de « 3^{ème} niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être - couverte pour raison de santé par le présent contrat.

SANCTIONS INTERNATIONALES :

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, le Royaume-Uni et les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable prévoyant de telles mesures.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion,
- la date de signature de l'offre de prêt.

COUVERTURE PROVISOIRE EN CAS DE DECES PAR ACCIDENT :

Une garantie provisoire en cas de **décès par accident (*)** est acquise dès la date de signature de la demande d'adhésion, **pendant une durée maximale de 60 jours et pour un montant maximal de 150 000 euros, quels que soit le nombre et la nature des prêts assurés ou à assurer sur sa tête.**

Cette garantie cesse automatiquement :

- à la date d'acceptation du risque par l'Assureur,
- à la date à laquelle l'Assureur notifie à la personne à assurer son refus ou son ajournement,
- si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de **15 jours** aux demandes de renseignements complémentaires de l'Assureur.

(*) Par accident il faut entendre : tout dommage corporel provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure.

IRREVOCABILITE DES GARANTIES :

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues au Titre « FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS », selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement.

DUREE DE L'ADHESION – RESILIATION

L'adhésion au contrat est conclue pour toute la durée du prêt.

L'Assuré peut résilier le contrat à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt. Il notifie à SECURTIMUT sa demande de résiliation par courrier ou tout autre mode prévu à l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité.

Si l'Assuré fait usage du droit de résiliation mentionné au présent alinéa, il notifie à SECURIMUT par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique la décision du prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur. En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par l'assureur de la décision du prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

Ce droit de résiliation appartient exclusivement à l'assuré.

OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN COURS DE CONTRAT

En cours d'assurance, l'Assuré devra obligatoirement informer l'Assureur par écrit dans les meilleurs délais, **de toute modification des caractéristiques de l'opération de prêt couverte** (avec les justificatifs correspondants).

Toute information formulée plus de 6 mois après la modification du prêt et la production par le prêteur du justificatif correspondant ne pourra faire l'objet d'aucune régularisation de cotisations au titre du passé.

DEFINITION DES GARANTIES

Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

Les risques suivants sont susceptibles d'être garantis :

- **Le Décès.**

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

: l'Assuré est reconnu en état de P.T.I.A., à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties et d'une date de consolidation et avant la fin de la garantie :

- S'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale définitive et permanente, médicalement constaté(e) de se livrer à la moindre occupation ou 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).

La date de reconnaissance de la P.T.I.A. est déterminée par le médecin conseil de l'Assureur. Conformément à l'article « Arbitrage médical », l'Assureur pourra faire procéder à une expertise médicale.

- **L'Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T.)** : état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice, par l'Assuré, de son activité professionnelle lui procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre).

- **L'Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.)** : état médicalement constaté d'incapacité partielle et temporaire à l'exercice de l'activité procurant gain ou profit à l'Assuré, lui permettant une reprise du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique. Cet état doit intervenir dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur.
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)** : persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.
- **L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)** : persistance d'une incapacité au travail ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.P. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.

OPERATIONS DE PRET COUVERTES – GARANTIES PROPOSEES

OPERATIONS DE PRET COUVERTES :

L'assurance concerne les opérations de prêts suivantes, réalisées en euros et consenties par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers :

- 1/ **Les prêts AMORTISSABLES immobiliers ou mobiliers (hors regroupement de crédits pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des assurances), destinés aux particuliers ou aux professionnels**, d'une durée maximale de **360 mois** (y compris éventuelle période de différé), amortissables par remboursement mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec déblocages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.
- 2/ **Les prêts IN FINE immobiliers ou mobiliers (hors regroupement de crédits pour l'Assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des assurances), destinés aux particuliers ou aux professionnels**, d'une durée maximale de **240 mois** et d'un montant maximal de **1 500 000 euros**.
- 3/ **Les prêts RELAIS**, d'une durée maximale de **36 mois** et d'un montant maximal de **1 500 000 euros**.

GARANTIES PROPOSEES :

En fonction des exigences de garanties de l'organisme prêteur, les garanties suivantes pourront être proposées à l'assuré :

- Décès / P.T.I.A.
- Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.T.P. / I.P.T. / I.P.P.
- Décès pour les assurés âgés de plus de 66 ans au jour de l'adhésion

REMARQUES :

- **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 360 mois,

. le prêt est amortissable.

COTISATIONS

Les garanties définies sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle exprimée en pourcentage du capital initial sur une durée de prélèvement donnée, fonction du profil de l'assuré (âge, fumeur/non-fumeur), des caractéristiques du/des prêt(s) assurés et des garanties souscrites.

Les cotisations sont prélevées, pour le compte de l'Assureur, sur le compte de l'assuré, **compte obligatoirement domicilié en France**.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adresse à l'Assuré une lettre recommandée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité.

L'organisme prêteur en sera alors informé et pourra, s'il le souhaite, demander le maintien en vigueur de l'adhésion en se substituant à l'Assuré pour le paiement des cotisations.

Outre la cotisation d'assurance, l'Adhérent devra régler, avec sa 1ère cotisation d'assurance, des frais d'adhésion dont le montant est indiqué sur le certificat d'adhésion.

IRREVOCABILITE DES COTISATIONS :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, la cotisation communiquée lors de l'adhésion au contrat 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 contrat),
- ou de modification du prêt à la demande de l'emprunteur, nécessitant l'émission d'un avenant.

ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement.

Cependant :

- l'Assureur pourra convoquer l'Assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DROM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'Assuré si celui-ci est à l'étranger au moment du sinistre.
- En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DROM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

1. **GARANTIES OBLIGATOIRES : DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)**

En cas de Décès ou de P.T.I.A. l'Assureur garantit le paiement des prestations telles que définies dans le tableau ci-après, **dans la limite de la quotité assurée et de la description du ou des prêts mentionnée au certificat d'adhésion** :

Type de prêts	Prestation PONDEREE DE LA QUOTITE ASSUREE
PRET AMORTISSABLE	<p><u>Pendant la phase de différé (le cas échéant) :</u> le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.</p> <p><u>Pendant la phase d'amortissement :</u> le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date</p>
PRET IN FINE / PRET RELAIS	Le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.

CAS PARTICULIERS & REMARQUES LIES AUX GARANTIES OBLIGATOIRES :

- **En cas de sinistre avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que l'assurance ait pris effet et que l'opération demeure :** l'assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme au bénéficiaire (cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »).
- **En cas de sinistre dans le cadre d'un prêt avec déblocage échelonné :** l'Assureur prend en charge le montant des déblocages successifs dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme au bénéficiaire (cf. paragraphe « Bénéficiaires »).
- **L'échéance échue le jour même du Décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.** est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.
- **En cas de Décès ou P.T.I.A. simultanément(e) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt :** le montant total réglé par l'Assureur n'excédera pas, selon les cas, le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes, et n'excédera en aucun cas le montant total du prêt.

BENEFICIAIRES

L'organisme prêteur est désigné comme bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

2. GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) - INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.) - INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) - INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

2.1. INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) et INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.)

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :

En cas d'I.T.T., l'Assureur règle à compter du 91^{ème} jour continu d'incapacité, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) :

En cas d'I.T.P. (mi-temps thérapeutique) intervenant dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur, celui-ci verse une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

La durée maximale de prise en charge par l'Assureur, pour une même I.T.P., est limitée à 90 jours continus.

Rechutes : Toute reprise de travail d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du

service des prestations, sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé. Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de 90 jours, avant prise en charge des échéances dans la limite de la quotité assurée. À tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'Assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

2.2. INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) ET INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

En cas d'I.P.T. ou d'I.P.P., l'Assureur détermine les taux d'incapacité par voie d'expertise à l'aide du tableau ci-après, en fonction :

- du taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise),
- du taux d'Incapacité Permanente Professionnelle : apprécié en fonction de la profession de l'Assuré.

Si le taux est égal ou supérieur à 66% : l'assuré est considéré comme en IPT. L'assureur règle, à compter du 91^{ème} jour, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66% : l'assuré est considéré comme en IPP. L'assureur règle, à compter du 91^{ème} jour, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est inférieur à 33% : aucune prestation n'est due par l'assureur.

TAUX I.P.	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,5	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,4	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Type de prêt	Prestation PONDEREE DE LA QUOTITE ASSUREE
PRET AMORTISSABLE	<p><u>I.T.T. / I.P.T. :</u> les échéances dues</p> <p><u>I.T.P. / I.P.P. :</u> 50% des échéances dues</p>
PRET IN FINE / PRET RELAIS	<p><u>I.T.T. / I.P.T. :</u> les échéances d'intérêt dues</p> <p><u>I.T.P. / I.P.P. :</u> 50% des échéances d'intérêt dues</p>

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES I.T.T., I.T.P., I.P.T. ET I.P.P. :

- **Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur,** notamment en matière de taux d'invalidité.
- **Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard** appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte par l'Assureur.
- **En cas d'I.T.T., I.T.P., I.P.T. ou I.P.P. affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt :** le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des échéances du remboursement du prêt.

▪ **Prêt avec différé :**

- s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : **aucune prestation n'est due,**
- s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : **seules les échéances d'intérêts sont prises en charge.**

▪ **Prêt IN FINE / prêt RELAIS :** le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement **n'est jamais pris en charge par l'Assureur.**

▪ **En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt :**

En cas de variation à la hausse :

Toute augmentation des échéances (en nombre ou en montant) devra être communiquée à l'Assureur.

Il est toutefois précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'Assureur si elle intervient pendant une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. ou d'I.P.P. de l'Assuré sauf si elle :

- résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt,
- est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'Assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur,
- intervient au plus une fois par an.

En cas de variation à la baisse :

Toute baisse des échéances (en nombre ou en montant) sera prise en compte par l'Assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. ou d'I.P.P.

EXCLUSIONS

Pour l'assuré qui ne remplit pas le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des assurances, aucune conséquence d'un sinistre P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. en cours à la date de conclusion de l'adhésion du candidat à l'assurance ne pourra être prise en charge, en raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance.

1/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PREVUE EN CAS DE DECES

• Le suicide, lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Cette franchise s'applique à chaque adhésion nouvelle, suite à l'obtention d'un nouveau prêt ou à l'augmentation d'un prêt existant. Toutefois le suicide est garanti dès la prise d'effet de l'adhésion, dans la limite de 120 000 euros, lorsque l'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré.

• 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.

• Les risques consécutifs à des acrobaties, exhibitions, tentatives de record, paris, participation à des défis, essais préparatoires qui les précèdent.

• Les risques consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome. Les risques consécutifs à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un röntgen par heure, de tous autres accidents dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle

• Les accidents dont l'assuré est reconnu responsable alors qu'il conduit un engin motorisé sans permis valide au jour du sinistre ou qu'il conduit en état d'ivresse au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la route français ou du pays de l'accident.

• Les suites et conséquences de l'usage de drogues, de produits stupéfiants ou de substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites d'une prescription médicale.

2/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PREVUE EN CAS DE P.T.I.A.

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès.
- Pour l'Assuré qui remplit le questionnaire de santé, conformément à l'article L113-2-1 du Code des assurances, les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion, non déclarés alors qu'ils étaient visés par le questionnaire de santé (cette exclusion ne s'applique pas si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou exclusion de garantie).
- Les conséquences d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire.
- Les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de drogue, l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement et leurs suites et conséquences avérées.

3/ SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PREVUE EN CAS D'I.T.T., I.T.P., I.P.T. ET I.P.P.

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès ou de P.T.I.A.
- Les conséquences de rixes sauf cas de légitime défense, de devoir professionnel ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère.
- Le congé légal de maternité de la Sécurité sociale que l'adhérent y soit ou non assujettie, étant précisé que pour les adhérentes exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement.

LES EXCLUSIONS DE CET ENCADRE POURRONT, APRES ETUDE DE L'ASSUREUR, ETRE SUPPRIMEES OU ADAPTEES MOYENNANT LE PAIEMENT D'UNE COTISATION COMPLEMENTAIRE.

Sont exclues :

- La pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération.
- La pratique à titre amateur des sports et activités suivantes :
 - parapente
 - ultra léger motorisé (ULM)
 - deltaplane
 - parachutisme
 - saut à l'élastique
 - vol à voile
 - aile volante
 - sports ou activité nécessitant l'usage d'engins à moteur (automobile, motocyclisme, aviation, motonautisme)

Toutes ces activités sportives sont néanmoins couvertes lorsqu'elles sont pratiquées dans le cadre d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte si l'Assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

Les exclusions de cet encadre pourront être de manière indissociable supprimées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire si lors de l'adhésion cette suppression s'avère nécessaire a l'atteinte de l'équivalence du niveau de garantie par rapport au contrat bancaire. En cas de rachat de ces exclusions, le certificat d'adhésion le mentionne sous l'appellation "rachat des exclusions dorso-vertébrales et psy ».

Sont exclues :

- Les suites et conséquences des affections psychiques ou psychiatriques suivantes : troubles et/ou états et/ou syndromes dépressifs, anxieux ou anxiodépressifs, troubles de l'humeur ou de l'adaptation, psychoses, névroses, troubles bipolaires, troubles de la personnalité, troubles du comportement y compris alimentaire, burn-out, syndrome d'épuisement, stress post traumatique, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, syndrome polyalgique idiopathique diffus, sauf si ces affections donnent lieu à une hospitalisation continue d'au moins 9 jours. La franchise court alors à compter du 1er jour d'hospitalisation.
- Les suites et conséquences des affections ou atteintes discales et/ou vertébrales, et/ou paravertébrales et/ou radiculaires suivantes : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, douleurs sacrées, radiculalgies (névralgies cervico-brachiales, sciatalgies, cruralgies), hernies discales, hernies cervicales, spondylolisthésis, discopathies, canal lombaire étroit, arthrose rachidienne, coccygodynies, syndrome de la queue de cheval, sauf si cette affection ou atteinte a nécessité une intervention chirurgicale ou si elle s'accompagne d'une fracture ou si elle est causée par une tumeur. En cas d'intervention chirurgicale, la franchise court à compter du jour de l'intervention.

FIN DES GARANTIES ET/OU DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations cessent pour tous les risques :

- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- en cas d'exigibilité anticipée du prêt et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- au jour du règlement par l'assureur du capital en cas de Décès ou de P.T.I.A.,
- au 85^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès, au 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties P.T.I.A., I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.,
- en cas de reprise d'activité de l'assuré, même à temps partiel, pour les garanties I.T.T., I.P.T. et I.P.P.,
- dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'inaptitude au travail en ce qui concerne les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.,
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 90 jours par sinistre est atteinte pour la garantie I.T.P.,
- en cas de non-paiement de la cotisation.

DEMARCHES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRES

La demande d'indemnisation devra être effectuée à SECURIMUT.

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur devront avoir lieu en France Métropolitaine, DROM ou Monaco.

Il conviendra de fournir à l'Assureur le certificat d'adhésion, les pièces listées ci-après, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire par l'Assureur au règlement des prestations :

1/ EN CAS DE DECES

- un acte intégral de décès
- si le décès est accidentel, un acte intégral de décès et l'extrait du procès verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, le numéro de ce procès verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, une coupure de presse,
- un certificat médical post-mortem (sur l'imprimé établi par l'assureur), précisant les causes et circonstances du décès de l'Assuré,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date du décès.

Cas particulier : Si le décès survient hors de la France Métropolitaine, d'un DROM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

2/ EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical du médecin de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- l'attestation de recours à une tierce personne,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'Assuré en bénéficie, ou la notification d'un régime de base de protection sociale qui considère l'Assuré comme invalide à 100%,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de la P.T.I.A.

Il est précisé que toutes les pièces émanant de tout organisme professionnel ne permettent pas de justifier un état de P.T.I.A.

3/ EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE, D'INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE, D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU D'INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

Au début de l'Incapacité ou de l'Invalidité :

La demande d'indemnisation devra être faite avant l'expiration du délai de franchise, sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé en cas d'accident, au jour de sa survenance, ou en cas de maladie, au jour de la première visite du médecin traitant.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée.

Les incapacités de travail d'une durée inférieure à 90 jours continus ne donneront lieu à aucun paiement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical, sur imprimé établi par l'Assureur,
- les volets ou l'attestation de prestations de la Sécurité Sociale si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle du contrat),
- Tout élément de suivi médical de l'Assuré
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de l'arrêt de travail.

Au cours de l'incapacité ou de l'invalidité :

Devront être adressés :

- les certificats et suivis médicaux attestant de la poursuite de l'invalidité ou de l'incapacité,
- les volets de la Sécurité Sociale attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle du contrat),
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

PRESCRIPTION

Pour l'application du présent paragraphe, il faut entendre par le terme

« souscripteur », le terme « adhérent ».

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance 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, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit 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 de l'Assuré.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ; La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ; L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

Elle est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARBITRAGE MEDICAL

A toute époque, les médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'Assuré en état de P.T.I.A., d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. ou d'I.P.P., afin de pouvoir constater son état.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

RECLAMATION – MEDIATION

EXAMEN DES RECLAMATIONS

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel **SECURIMUT** qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation à notre Service Qualité - SECURIMUT, 222 cours Lafayette 69441 Lyon Cedex 03.

Ce service accusera réception de sa demande sous 10 jours et y répondra dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date de réception de la demande.

Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire. La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré (ou ses ayants droit) ou par l'Assureur.

MEDIATION

En qualité de membre de la FNMF, l'Assureur applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'Assuré (ou ses ayants droit) et l'Assureur après examen de la demande par le service réclamations, l'Assuré (ou ses ayants droit) peut saisir le Médiateur de la FNMF :

- Soit, en écrivant à : M. le Médiateur de la FNMF – 255 rue de Vaugirard – 75719 Paris cedex 15 ;
- Soit en déposant une demande en ligne à l'adresse : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de la demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

Le Délégué réalise la distribution et la gestion des contrats d'assurance proposés par l'Assureur.

Dès lors, le Délégué et l'Assureur sont conjointement responsables des traitements relatifs à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, chacun pour la partie du traitement qu'il réalise sous son contrôle.

SECURIMUT en qualité de délégué de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels, nécessaires à la gestion des adhésions aux contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- souscription
- émission des avenants en cours d'assurance
- encaissement et recouvrement des cotisations
- instruction et règlement des sinistres
- réclamations
- archivage

Les finalités et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux -Lutte contre la fraude - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles -Amélioration continue des offres et process

Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt public	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.).

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par le courtier. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou du courtier. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires, organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considérée comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe MUTLOG, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires MUTLOG pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe.

Localisation des traitements de vos données personnelles

MUTLOG a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du groupe par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- **d'un droit d'accès** : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- **d'un droit de rectification** : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- **d'un droit de suppression** : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- **du droit de définir des directives** relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- **d'un droit à la limitation du traitement** : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,

- **d'un droit à la portabilité des données** : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.
- **Droit de retrait** : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **Droit d'opposition** : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité, aux adresses mentionnées au paragraphe « Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles ».

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles : dpo@securimut.fr – ou par courrier 222 cours Lafayette 69441 Lyon Cedex 03.

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

RENONCIATION A L'ASSURANCE

1/ Délai de renonciation applicable quelles que soient les modalités de diffusion du contrat (article L 221-18-1 du Code de la Mutualité) :

L'adhérent/l'assuré peut renoncer à son adhésion au contrat dans les 30 jours qui suivent son 1^{er} prélèvement de cotisation d'assurance. Modèle de lettre type à adresser à SECURIMUT :

« Nom et prénoms : / Adresse : / N° du contrat : / Montant du versement : / Date du versement : / Mode de paiement :

Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément en vertu de l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité à mon adhésion au contrat d'assurance emprunteur MUT'ASSUR n°20231, signée le ----- auprès de M. (Indiquer le nom du conseiller), ayant fait l'objet du versement en référence et demande le remboursement de ce versement dans les conditions définies dans la notice d'information.

Fait à -----, le -----

Signature : » NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références

2/ Délai de renonciation applicable en cas de vente à distance du contrat (article L 221-18-1 du Code de la mutualité) :

Les présentes dispositions ne sont applicables que dans l'hypothèse où l'adhésion est conclue sans la présence simultanée des parties, qui utilisent alors exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

L'adhérent/l'assuré peut alors renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus, à compter :

- soit du jour où son adhésion est conclue,
- soit à compter du jour où il reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 221-18-1, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée ci-avant.

Les adhésions pour lesquelles s'applique ce droit à renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution avant la fin des trente jours, sans un accord de l'adhérent/l'assuré.

Modèle de lettre type, à adresser à SECURIMUT :

« Je soussigné désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion en vertu de l'article L221-18-1 du Code de la Mutualité, au contrat d'assurance emprunteur MUT'ASSUR n°20231, effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Signature ». NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références

FONDS D'ENTRAIDE

Un fonds d'Entraide est constitué pour intervenir ponctuellement lors de la survenance d'un événement familial ou professionnel fortuit (dû au hasard), qui met en péril l'équilibre du budget familial. Cette intervention constitue un moyen mis à la disposition des adhérents de MUTLOG afin d'aider des familles momentanément en difficulté. Une commission étudie les dossiers qui lui sont présentés.

Ainsi, s'agissant d'un adhérent classé en PTIA (c'est-à-dire incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante), il pourra lui être versé sur décision du Comité de Gestion de ce fonds, une allocation non remboursable de 500 € aux fins de faciliter son organisation de vie.

Également une exonération de 12 mois de cotisations (dans la limite d'un montant maximum de 300 €) pourra lui être proposée sous forme d'une restitution de cotisations au bout de 12 mois de prélèvements consécutifs, sur décision du Comité de gestion de ce fonds, à la naissance ou lors de l'adoption d'un enfant dans le foyer, si cette naissance ou adoption est la première réalisée durant la vie du contrat chez MUTLOG.

La demande doit être effectuée auprès du service « Gestion » de MUTLOG, 75 quai de la Seine – 75940