

Préambule

Le présent document constitue la note d'information prévue par la législation. Il décrit les dispositions essentielles du contrat collectif d'assurance à adhésion facultative ASSURANCE DES EMPRUNTEURS MNCAP n°18010001 souscrit par SECURIMUT auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP), mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code la mutualité, inscrite au Répertoire SIRENE sous le numéro 391 398 351 dont le siège social est situé à Paris (75116) 5 rue Dosne, ci-après dénommée « la Mutuelle »

Pour toute opération, vous devez contacter SECURIMUT, gestionnaire du contrat, au 222, cours Lafayette - 69441 Lyon Cedex 03 Tel : 04 26 22 44 44 – Mail gestion@securimut.fr

Définitions préalables

Pour faciliter la lecture du contrat, le "vous" désigne le ou les Assurés et le "nous" la Mutuelle, via son gestionnaire SECURIMUT. Le lexique suivant est à votre disposition pour la compréhension des termes techniques.

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 dont l'adhésion au contrat a été acceptée, qui adhère aux statuts de la Mutuelle et qui paie les cotisations.

Assuré : personne physique admise à l'assurance sur qui reposent les garanties. Le terme « Assuré » désigne chacun des Assurés mentionnés au Certificat d'adhésion.

Assuré sans activité professionnelle : Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée, y compris les assurés inscrits à Pôle Emploi ou tout autre organisme assimilé, ainsi que les conjoints collaborateurs.

Bénéficiaire : l'organisme prêteur désigné au Certificat d'adhésion pour percevoir les prestations du contrat, sauf accord express de l'organisme prêteur et de l'Adhérent pour la désignation d'un autre bénéficiaire.

Candidat à l'Assurance : Personne physique qui complète et signe une demande d'adhésion destinée à la Mutuelle. En cas d'accord d'assurance elle obtiendra la qualité d'Assuré.

Certificat d'adhésion : document remis à l'Adhérent constatant son adhésion au contrat. Il matérialise l'acceptation du risque par la Mutuelle, la date d'effet de l'assurance, les prêts couverts, leurs caractéristiques, le capital assuré en cas de décès ou de P.T.I.A. et les mensualités garanties en cas d'I.T.T. ou d'I.P.T. et, le cas échéant, l'existence de conditions particulières.

Date de consolidation : 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.

Franchise : période de 90 jours continus d'incapacité de travail non prise en charge.

Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T.) : l'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties et avant la date de cessation de la garantie, s'il se trouve temporairement dans l'impossibilité physique ou mentale totale et continue, médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle. 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. L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'assureur se réservera le droit de mandater une expertise médicale.

Incapacité Permanente Totale (I.P.T.) : l'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Permanente Totale, après la Date de

consolidation de son état de santé, si elle intervient avant la date de cessation de la garantie, 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 ;
- s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert que nous mandatons, un taux d'invalidité « N » au moins égal à 66%.

Incapacité Permanente Partielle (I.P.P.) : l'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Permanente Partielle, après la Date de consolidation de son état de santé, si elle intervient avant la date de cessation de la garantie, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert que nous mandatons, un taux global d'invalidité « N » compris entre 33% et 66%.

Maladie : toute altération de l'état de santé d'origine non accidentelle constatée par un médecin. Est considéré comme une Maladie le décès qualifié de mort naturelle.

Occupations habituelles : activités relevant notamment de la gestion des affaires familiales et personnelles, des travaux domestiques, de la préparation quotidienne des repas, des transports de courses ou d'enfants, de la surveillance d'enfants.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) : 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, et d'une Date de consolidation avant la date de fin de la garantie :

- s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale définitive et permanente, médicalement constatée(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).

Quotité : niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimée en pourcentage du capital restant dû pour la garantie Décès/P.T.I.A. et de la mensualité du prêt pour les risques I.T.T. / I.P.T. / I.P.P., mentionnée au Certificat d'adhésion.

Rechute : reprise d'un état pathologique donnant lieu à un nouvel état d'Incapacité Temporaire Totale, intervenant dans un délai de 60 jours après la reprise d'activité de l'Assuré suite à une guérison ou consolidation apparente. L'imputation à la pathologie initiale doit être médicalement constatée.

Sinistre : événement, Maladie ou Accident survenu pendant la durée de validité du Contrat et susceptible de mettre en jeu l'un des garanties prévues au Contrat.

1. L'ADHESION

Objet du contrat

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, le contrat ASSURANCE DES EMPRUNTEURS la Mutuelle vous permet de souscrire, dans le cadre de prêts immobiliers ou professionnels contractés auprès d'un organisme prêteur, une garantie en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), d'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), d'Incapacité Permanente Totale (I.P.T.) et d'Incapacité Permanente Partielle (I.P.P.) consécutive à une Maladie ou à un Accident.

1.1. PERSONNES ASSURABLES

Vous devez au moment de la demande d'adhésion :

- Etre âgé, au jour de l'adhésion, de plus de 18 ans et de moins de 85 ans pour la garantie décès, de moins de 65 ans pour les garanties I.T.T., I.P.T., I.P.P. et P.T.I.A. ;
- Ne pas être retraité ou préretraité ayant définitivement cessé vos activités pour les garanties I.T.T. et I.P.T., I.P.P. ;
- Résider en France ;
- Avoir contracté un emprunt libellé en euros et rédigé en français, auprès d'un organisme prêteur situé en France, ou à Monaco.
- Ou être caution personne physique d'un tel emprunt, ou être caution en qualité de dirigeant d'une personne morale emprunteuse, et être mentionnée comme telle dans l'offre de prêt,
- Ne pas exercer les professions suivantes :
 - professions du secteur pétrolier avec activités on ou off-shore ;

- professions avec activités en mer, sur les chantiers navals, dockers, ou professions avec activités sous marines, professions avec manipulation ou transport de produits dangereux (explosifs, corrosifs, inflammables, radioactifs, toxiques, chimiques, biologiques, bactériologiques, génétiques), hors personnel de laboratoires d'analyses médicales ;
- professions exercées à l'extérieur de bâtiments à une hauteur supérieure à 20 mètres (grutiers, travail sur échafaudage...);
- sportifs professionnels, encadrants professionnels d'activités sportives en dehors des établissements scolaires ou universitaires ;
- professions de secours, sécurité, surveillance, maintien de l'ordre, militaire, convoyeurs de fonds, professions avec port ou manipulation d'armes, pompiers (hors pompiers volontaires) ;
- professions du cirque, artistes de cinéma ou de télévision, intermittents du spectacle ;
- professions relatives au travail de la mine, travail souterrain ou en galerie, spéléologues ;
- professions de pilotage aérien, hors pilotes de lignes régulières de compagnies de transport de passagers situées dans l'OCDE ;
- professions avec déplacements de plus de 3 mois continus hors Europe et hors pays membres de l'OCDE.

Néanmoins vous pouvez déclarer l'exercice de l'une de ces professions et faire l'objet d'une étude spécifique d'acceptation. Cette acceptation sera explicitée aux conditions particulières qui vous seront remises.

Tant pour l'âge limite à l'adhésion, que pour la cessation des garanties et pour le calcul des cotisations, il est tenu compte de l'âge de l'Assuré à l'adhésion, **calculé par différence exacte de date entre la date d'adhésion ou la date en cours et la date de naissance.**

1.2. PRETS ASSURABLES

Sous réserve du parfait paiement de la 1^{ère} cotisation, le contrat couvre les prêts immobiliers ou professionnels d'une durée minimum de 12 mois et maximum de 30 ans, :

- Prêts amortissables à taux fixe ou variable, y compris les prêts accordés dans le cadre des ventes en état futur d'achèvement,
- Prêts modulables ou à échéance modulable,
- Prêts avec différé d'amortissement d'au maximum 36 mois prêts in fine ou relais,
- Prêts à taux 0%,
- Prêts à paliers,
- Prêts à remboursements progressifs.

Les nouveaux prêts contractés sont assurables sous réserve de la signature de l'offre de prêt au plus tard dans les 6 mois qui suivent la date d'émission mentionnée au Certificat d'adhésion, et d'un déblocage de fonds au plus tard dans les 36 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt. Les prêts déjà contractés sont assurables sous réserve d'un déblocage des fonds déjà effectué ou à venir dans les 36 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt.

Le montant maximum de l'engagement de la Mutuelle pour un même Assuré au titre des prêts figurant sur la Demande Individuelle d'Adhésion ne peut excéder 5.000.000 Euros, au titre de la garantie Décès/PTIA et selon les options choisies ITT et IPT.

Par exception, les contrats d'assurance ne peuvent couvrir les prêts in fine supérieurs à 36 mois, relevant du 1° de l'article L. 313-1 du code de la consommation, quand ils entrent dans le champ d'application de l'article L.113-2-1 du code des assurances..

1.3. MODALITES D'ADHESION

Lors de l'adhésion, vous devez compléter une demande d'adhésion et répondre au questionnaire de déclaration des risques,

Sauf exceptions prévues par la législation en vigueur (article L 113-2-1 du code des assurances), vous devrez renseigner un questionnaire de santé et vous soumettre, le cas échéant, aux examens médicaux et informations médicales nécessaires à notre appréciation du risque.

Votre admission est conditionnée à notre acceptation à l'issue des formalités d'adhésion. Nous pouvons accepter les garanties,

avec ou sans restriction ou majoration de cotisations, les refuser ou les ajourner. En cas d'acceptation, nous vous fournirons un devis contractuel ainsi, qu'en cas d'acceptation avec restriction ou rachat de garanties, des conditions particulières, remises dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrés après la réception de vos formalités complètes. En cas d'acceptation avec restriction de garanties, vous devrez accepter les conditions particulières en nous les renvoyant signées. Notre décision est valable quatre (4) mois. Si au terme de ce délai, vous n'avez pas signé l'adhésion au contrat d'assurance, les formalités d'adhésion devront être renouvelées. **En cas d'évolution de votre situation avant l'émission du Certificat d'adhésion, modifiant vos réponses au questionnaire des risques, et le cas échéant au questionnaire de santé, vous devez impérativement nous le signaler.**

L'acceptation définitive du risque est matérialisée par l'émission du Certificat d'adhésion faisant référence aux conditions particulières d'acceptation. Sur présentation des factures originales, et dans la limite des sommes mentionnées dans la demande de formalités, nous prenons en charge les frais des examens médicaux demandés, excepté en cas de refus ou de renoncement de votre part de souscrire à une proposition sans restriction ni majoration de cotisations. Nous remboursons ces frais dans les trente (30) jours suivant la réception de l'original de la facture et notre décision restrictive ou l'expiration du délai de renoncement en cas d'acceptation sans restriction de notre part.

1.4. CONVENTION AERAS ET GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE

Objet de la Convention

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

L'objectif de la Convention est de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème de santé. Elle prévoit notamment un « Droit à l'oubli » dont les conditions d'application sont rappelées à l'occasion des formalités médicales prévues par le contrat.

Garantie Invalidité Spécifique

Comme le prévoit la convention AERAS, si en raison de votre état de santé la garantie IPT ne peut vous être accordée sans restriction nous étudierons la possibilité de vous accorder la garantie Invalidité Spécifique de la Convention AERAS. Cette garantie vous couvre en cas d'inaptitude professionnelle permanente et consolidée et d'un taux d'incapacité fonctionnelle de 70% en référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires. Dans l'hypothèse où cette garantie vous est proposée, les conditions de sa mise en jeu sont précisées dans les conditions particulières.

1.5. RENONCIATION

Conformément à l'article L.223-8 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer au contrat d'assurance par lettre, tout autre support ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité 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 aux articles L.221-18 II-1 et 2 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'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion formalisée par l'envoi du Certificat d'adhésion. Nous prolongeons ce délai de renoncement 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. Pour ce faire, vous devez nous adresser un courrier recommandé avec accusé de réception reprenant la mention suivante : *Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) désire renoncer à l'adhésion de mon contrat Assurance des Emprunteurs MNCAP n°... date et signature.*

La cotisation versée vous est remboursée dans un délai maximum de trente (30) jours de la réception de la lettre recommandée, et le Bénéficiaire en est informé. Au-delà du délai de renoncement, vous pourrez exercer votre faculté de résiliation pour mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 1.9. « Cessation des garanties ».

1.6 FACULTE DE RESILIATION

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, et sous réserve des dispositions de la présente note d'information relatives à la prise d'effet et à la durée de l'adhésion, vous disposez de la faculté de résilier votre adhésion à tout moment. Vous pouvez résilier votre

adhésion en nous notifiant votre demande par l'envoi d'une lettre, tout autre support ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité, conformément au 1er alinéa de l'article L.221-10 du Code de la mutualité. Dans tous les cas, l'organisme prêteur sera informé de votre demande de résiliation et pourra s'y opposer en cas de non équivalence de garantie du nouveau contrat proposé en substitution.

En cas d'acceptation par l'organisme prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par la Mutuelle de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure

En cas de refus par l'organisme prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

Conformément à l'article L. 221-10-4 du code de la Mutualité, la Mutuelle informe annuellement l'assuré de son droit à résiliation, en indiquant dans un document les modalités de résiliation et les différents délais de notification et d'information à respecter.

1.7. OBLIGATIONS DES ASSURES

Vos déclarations servent de base à l'assurance qui devient incontestable dès son entrée en vigueur. La nullité du contrat pourra être soulevée conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle. Nous conservons alors les cotisations versées à titre de dédommagement.

Article L.221-14 du Code de la mutualité

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

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

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

Les déclarations portées à la demande d'adhésion doivent être rectifiées avant la Date d'effet si elles ne sont plus exactes. A défaut, la Mutuelle peut appliquer les sanctions prévues par le code de la Mutualité en cas de réticence ou de fausse déclaration.

Si lors de l'instruction d'un Sinistre, nous constatons une omission ou une déclaration inexacte de nature à atténuer notre appréciation du risque, les indemnités pourront être réduites, conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité.

Article L.221-15 :

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

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

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

1.8. DATE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

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

- La date d'effet mentionnée au Certificat d'adhésion
- Le jour de la signature de l'offre de prêt ;

En cas de décès de l'Assuré après la signature de l'offre de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, l'adhésion au contrat produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

Pour les nouveaux prêts contractés, du jour suivant la réception de votre demande d'adhésion complète signée et notre notification d'acceptation ou non acceptation, ainsi qu'entre la date d'émission du Certificat d'adhésion et la signature de l'offre de prêt, s'il existe un engagement de votre part vis-à-vis de l'organisme prêteur, la garantie décès vous est accordée provisoirement pour les causes accidentelles pour une durée maximale de 6 mois.

Les garanties vous sont accordées définitivement pour toute la durée du (des) prêt(s), hors toute modification des prêts et des garanties à votre demande (article 5.1) ou cessation des garanties (article 1.9).

1.9. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat cessent :

- en cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- en cas de demande de résiliation de la part de l'Adhérent dans les conditions précisées à l'article 1.6 de la présente note ;
- si l'emprunt, objet de l'adhésion, a été entièrement remboursé,
- en cas de non-paiement des cotisations (article 3.2) ;
- à l'âge limite de chaque garantie, soit :
 - à votre mise en retraite ou préretraite, c'est-à-dire à la date de liquidation de votre pension retraite, de pré-retraite ou la mise en place d'un cumul emploi-retraite ; et au plus tard à votre 67ème anniversaire pour les garanties I.T.T., I.P.T., I.P.P ;
 - à votre 67ème anniversaire pour la garantie P.T.I.A ;
 - à votre 90ème anniversaire pour la garantie décès ;
- en cas de non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation des prestations lorsqu'une des garanties a été mobilisée ou est susceptible d'être mobilisée ;
- en cas de refus de votre part de vous soumettre au contrôle ou expertise diligent par la Mutuelle ;
- si vous ne donnez pas suite à l'offre de prêt dans le délai imparti (article 1.2) ;
- lors du versement du capital restant dû en cas de Décès ou P.T.I.A ;
- en cas de fausse déclaration, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

2. LES GARANTIES

L'ensemble des prestations versées est pondéré de la Quotité souscrite par chacun des co-Assurés. Pour les prêts à taux variable, l'indemnisation découle du tableau d'amortissement produit au jour du Sinistre, dans la limite des mécanismes d'ajustement prévus à l'offre de prêt initiale. Pour cela, nous nous réservons le droit d'exiger en cours de prêt l'actualisation du tableau d'amortissement pour ajuster le niveau de l'assurance.

Les garanties s'exercent dans le monde entier. Toutefois, la reconnaissance de l'incapacité de travail ou de l'invalidité doit être constatée sur le sol français par une autorité médicale compétente. En cas d'impossibilité de se déplacer pour des raisons médicales documentées, nous pourrions exiger une expertise ou mandater un médecin afin de constater l'état d'incapacité ou d'invalidité.

2.1. GARANTIE EN CAS DE DECES

En cas de décès de l'Assuré **avant ses 90 ans**, survenu pendant la période de validité de la garantie, nous versons au Bénéficiaire le capital restant dû indiqué au tableau d'amortissement à la date de l'échéance précédant le décès auquel sont ajoutés les intérêts du prêt jusqu'au jour du décès, pondéré de la Quotité assurée et dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur (sont exclus les intérêts à venir, arriérés de paiement et éventuelles pénalités de remboursement anticipé). Ce capital est limité au montant garanti indiqué au Certificat d'adhésion.

Le paiement du capital restant dû 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.

2.2. GARANTIE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de P.T.I.A. de l'Assuré médicalement constatée **avant ses 67 ans** et pendant la période de validité de la garantie, nous versons au Bénéficiaire le capital garanti en cas de décès par anticipation à la date de reconnaissance de la P.T.I.A..

La date de reconnaissance de la P.T.I.A. est déterminée par le médecin-conseil de la Mutuelle. Conformément à l'article 4.5, « Droit d'enquête et expertise », nous pourrions faire procéder à une expertise médicale.

Le capital n'est pas dû si, à la date de reconnaissance de la P.T.I.A., l'Assuré a plus de 67 ans, et ceci même si l'Accident ou la Maladie qui a causé la P.T.I.A. est antérieur. Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties pour l'Assuré concerné.

2.3. GARANTIE EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) ET INVALIDITE PARTIELLE OU TOTALE (I.P.T./I.P.P.)

Les garanties I.T.T. et I.P.T. sont souscrites conjointement.

Votre état d'I.T.T., I.P.T. ou I.P.P. peut être constaté par le médecin-expert que nous mandatons selon la procédure prévue à l'article 4.5 « Droit d'enquête et expertise », sans suivre les décisions de la Sécurité Sociale ou autres organismes assimilés.

L'indemnité garantie est forfaitaire, égale aux mensualités venant à échéance mentionnées au tableau d'amortissement produit au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti (pondéré des quotités) mentionné au Certificat d'adhésion et des sommes réellement dues à l'organisme prêteur, au prorata temporis de la période indemnisable du mois.

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

La Date de consolidation doit survenir pendant la durée de l'assurance.

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

Si vous vous trouvez en état d' I.T.T., par suite de Maladie ou d'Accident survenu pendant la période de garantie, ou d'aggravation d'un état antérieur déclaré et ne faisant pas l'objet d'une restriction de garanties aux conditions particulières, nous vous versons l'indemnité garantie dès la fin de la période de Franchise, soit à compter du **91ème jour d'incapacité de travail continu** et au maximum pendant 1095 jours. Au-delà, une étude de prise en charge au titre de l'I.P.T ou de l'I.P.P sera réalisée.

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article 1.9 « Cessation des garanties », vos prestations cessent également en cas de :

- Reconnaissance, suite à une expertise médicale, du fait que vous n'êtes plus en état d'I.T.T.,
- Reprise de votre part, totalement ou partiellement, d'une activité professionnelle rémunérée quelconque, sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique;
- Reconnaissance d'un état d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ouvrant droit au versement du capital restant dû au jour de la reconnaissance.

En cas de Rechute vous plaçant à nouveau en état d'I.T.T. pour les mêmes raisons médicales que celles de l'I.T.T. précédente dans les soixante (60) jours qui suivent la fin d'une précédente indemnisation, nous ne ferons pas application à nouveau de la Franchise.

Si à la suite d'une période d'I.T.T indemnisée, vous reprenez une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, nous n'appliquerons pas de nouvelle période de Franchise et nous vous verserons une indemnité d'un montant égal à 50% de l'indemnité garantie prévue en cas d'I.T.T., pendant une durée maximum de 180jours.

2.3.2. Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Partielle (I.P.P.):

a. Détermination du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est mesuré par le médecin-expert que nous

mandatons. Il résulte du croisement d'un taux d'incapacité fonctionnelle et d'un taux d'incapacité professionnelle, selon le tableau ci-dessous.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi en dehors de toute considération professionnelle et est basé sur la diminution de capacité consécutive au sinistre, en référence au dernier barème médical de droit commun du « concours médical ». Le taux d'incapacité professionnelle est établi en tenant compte de la profession exercée au jour du sinistre et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Pour les Assurés sans activité professionnelle au jour du Sinistre, le taux d'invalidité sera fixé sur la base du seul taux d'incapacité fonctionnelle.

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

-  Le taux contractuel d'invalidité est supérieur à 66%, l'assuré est en **invalidité permanente totale**
-  Le taux contractuel d'invalidité est supérieur à 33% et inférieur à 66%, l'assuré est en **invalidité permanente partielle**

b. Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

La garantie intervient dès lors que votre taux d'invalidité défini ci-dessus est supérieur ou égal à 66%. Nous versons alors l'indemnité garantie.

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article 1.9 « Cessation des garanties », la garantie I.P.T cesse en cas de reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'indemnisation à ce titre.

c. Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)

Cette garantie ne vous est attribuée qu'en cas de souscription des garanties I.T.T et I.P.T, et si elle est nécessaire à l'atteinte de l'équivalence du niveau de garantie exigé par l'organisme prêteur. **Si cette garantie vous a été accordée, elle figure dans les garanties complémentaires mentionnées sur votre Certificat d'adhésion.**

La garantie intervient dès lors que votre taux d'invalidité défini ci-dessus est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%. Nous prenons alors en charge (n-33)/66 de l'indemnité garantie.

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article 1.9 « Cessation des garanties », les prestations en cas d'I.P.P cessent :

- En cas de reconnaissance d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'indemnisation à ce titre ;
- Dès que votre taux d'invalidité est inférieur à 33% ou supérieur ou égal à 66%. Dans ce dernier cas, une étude de prise en charge au titre de l'I.P.T. sera réalisée.

Pendant ou à la suite d'une période d'I.T.T ou d'I.P.T. /I.P.P, aucune modification du plan d'amortissement du prêt ne peut être prise en compte sans notre accord.

En aucun cas la prise en charge ne pourra être supérieure aux mensualités de remboursement dues à l'organisme prêteur.

Un remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non, autre que l'amortissement régulier déclaré, n'est pas pris en charge dans le cadre de la garantie I.T.T, I.P.T et I.P.P. Ainsi toute mensualité de remboursement supérieure de deux fois à la précédente et la suivante sera prise en charge dans la limite du maximum des deux mensualités adjacentes. En particulier, pour les prêts in fine ou relais, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

Les prestations en cas d'I.T.T, d'I.P.T et d'I.P.P cessent d'être versées en cas de reprise totale ou partielle d'une activité, à la date de liquidation de votre pension retraite, de pré-retraite ou la mise en place d'un cumul emploi-retraite et au plus tard à vos 67 ans.

2.4. CO-EMPRUNTEURS ET CAUTIONS ASSURES

En cas de Décès, de P.T.I.A, d'I.T.T, d'I.P.T. ou d'I.P.P des co-emprunteurs et/ ou cautions Assurés, le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt, ne peut excéder le montant des sommes dues à l'organisme prêteur pour la même période.

Pour ce qui concerne les cautions, en cas d'I.T.T, d'I.P.T ou d'I.P.P, le montant des prestations n'est servi que dans la mesure où la caution a été appelée en garantie et a effectué des paiements à l'organisme prêteur préalablement à la date de survenance de l'incapacité de travail, le débiteur principal étant insolvable. La caution doit alors justifier d'une procédure contentieuse de recouvrement engagée à son encontre antérieure à la survenance de l'I.T.T., I.P.T. ou l'I.P.P..

2.5. LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

Les garanties sont accordées sous réserve des limites et exclusions suivantes :

2.5.1 Exclusions communes à 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, 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 suites et conséquences d'Accident, de Maladie ou d'infirmités, dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'émission du certificat d'adhésion, exceptées, le cas échéant :**
 - Les suites et conséquences de maladies concernées par le droit à l'oubli à l'adhésion,
 - Les affections déclarées par l'assuré sur le questionnaire de santé, le cas échéant, et non expressément exclues dans les conditions particulières.
- **Les situations d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou l'Invalidité Partielle ou Totale, en cours lors de la prise d'effet des garanties, ainsi que les suites et conséquences de la maladie ou de l'accident à l'origine de cette situation.**
- **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 événements. Ces exclusions ne s'appliquent pas non plus à l'Assuré qui est exposé dans le cadre de l'exercice de sa profession et qui a demandé un rachat d'exclusions ayant fait l'objet d'une condition particulière d'acceptation de sa profession.**
- **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.**
- **L'usage de stupéfiants ou de drogues, à doses non prescrites médicalement.**
- **Les sports dans le cadre de paris, défis, pratique de raids, tentatives de record, acrobaties, exhibitions portant atteinte à l'intégrité physique de l'Assuré.**
- **Les essais préparatoires, les essais de réception dans le cadre de matériel non homologué.**
- **La navigation aérienne sauf pour les passagers et le personnel navigant des lignes commerciales régulières ou charter.**
- **Les sports suivants : saut à l'élastique, base jump, sky surfing, sky flying, rooftopping, streetluge, wingsuit, deltaplane, ULM, parapente, parachutisme et tous les autres sports aériens**

2.5.2 Limites et exclusions spécifiques aux garanties P.T.I.A., I.T.T., I.P.T. et I.P.P.

Spécifiquement pour les garanties I.T.T, I.P.T, I.P.P et P.T.I.A, sont exclues les suites et conséquences des affections et situations suivantes :

- **Tout fait intentionnel de l'Assuré, ou tentative de suicide de l'Assuré.**
- **Les Accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(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, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et/ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants. Toutefois, ces affections sont couvertes si elles ont nécessité une hospitalisation de plus de 9 jours continus.**
- **Les atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires, les cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, de syndrome de fatigue / asthénie chronique sauf si elles ont nécessité une hospitalisation d'au moins 9 jours continus ou si elles ont fait l'objet d'une intervention chirurgicale.**
- **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.**
- **Les traitements de la stérilité et les grossesses précieuses.**
- **Les séjours hospitaliers en cures thermales, maisons de repos ou de plein air, maisons dites de santé médicale, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication, de sommeil.**
- **Les traitements esthétiques et/ou les interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti**
- **Les activités mécaniques en compétition (Terre, Mer, Air).**
- **La Plongée sous-marine sauf pour la plongée sans bouteille à moins de 10 m de profondeur ou la plongée avec bouteille à moins de 20 m de profondeur**
- **La Navigation maritime sauf avec le permis correspondant selon la législation en cours, la voile ou l'utilisation de bateau à moteur à moins de 25 miles des côtes, la planche à voile ou scooter des mers à moins de 1 mile des côtes, le kayak ou aviron des mers à moins de 300 m.**
- **Les sports de neige (dont motoneige), de glace (dont bobsleigh et skeleton), de montagne, alpinisme (dont varappe) excepté le patinage sur patinoire ouverte au public, le ski ou le surf sur piste alpine ouverte, le ski de fond sur piste ouverte, la randonnée en raquettes sur chemin balisé, la randonnée à pieds au-dessous de 3500 m sur chemin balisé ou ne nécessitant pas de corde piolet ou crampons.**
- **La spéléologie hors activité ne nécessitant pas d'équipement spécial.**
- **Le canyoning, les activités équestres en compétition, la chasse à courre, les sports de combat.**
- **Les sports pratiqués à titre professionnel, rémunérés ou sponsorisés**

Tous les sports exclus des garanties I.T.T., I.P.P., I.P.T. et P.T.I.A., ainsi que le saut à l'élastique, le deltaplane, le parachutisme, le parapente, l'ULM, la montgolfière sont garantis dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation et s'ils sont pratiqués sous la responsabilité d'un professionnel habilité.

2.5.3. Risques rachetables :

Certains risques répertoriés ci-dessus, s'ils sont nécessaires à l'équivalence du niveau de garantie exigé par l'organisme prêteur, peuvent être assurés s'ils sont déclarés à l'assureur et acceptés par lui moyennant des conditions spécifiques. **Dans ce cas, le Certificat d'adhésion ou les conditions particulières stipulent expressément cette prise en charge.**

Ces risques concernent :

- a) les sports exclus pratiqués par l'emprunteur à l'adhésion au contrat et déclarés par lui. Leur acceptation figure alors en condition particulière après étude et acceptation de la mutuelle.

- b) Les pathologies dorso-vertébrales et psy :
- les exclusions relatives aux affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et/ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation d'au moins 9 jours,
 - les exclusions relatives aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires, les cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, de syndrome de fatigue / asthénie chronique qui ne nécessitent pas une hospitalisation d'au moins 9 jours continus ou une intervention chirurgicale.

Si pour répondre aux exigences de l'organisme prêteur, ces exclusions sont rachetées, cette extension de garantie figure au Certificat d'adhésion sous l'appellation "Rachat des exclusions dorsales et psychiatriques".

3. LES COTISATIONS

3.1. TARIF

La cotisation est fixée, pour toute la durée du prêt, en fonction de la date d'adhésion, de votre âge à cette date, de votre activité professionnelle, de ses conditions d'exercice, de votre qualité de fumeur ou non fumeur, des caractéristiques du (des) prêt(s), des Quotités choisies et du co-emprunteur Assuré. En cas d'erreur dans l'indication de votre date de naissance, l'ajustement nécessaire sera fait conformément à l'article L.223-25 du Code de la mutualité.

Cette cotisation est nivelée par prêt (taxes en vigueur comprises). Son montant, sa durée et son échéance de prélèvement figurent au Certificat d'adhésion. Elle est définie pour la durée totale du contrat et ne peut être aménagée que lors d'une demande de modification de votre part (selon article 5.1) ou à notre initiative uniquement suite à une évolution relative aux taxes en vigueur, notamment de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

3.2. NON PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de dix (10) jours suivant la date d'échéance, nous vous adressons, à votre dernier domicile connu, une mise en demeure par le biais d'une lettre recommandée vous informant que le contrat sera résilié dans un délai de 40 jours après notification de cette mise en demeure, si la cotisation est toujours impayée à l'issue de ce délai (article L. 221-8 du Code de la mutualité). Vous resterez alors débiteur des cotisations dues et des frais liés à la gestion de ces impayés. L'organisme prêteur en sera alors informé et pourra, s'il le souhaite, nous demander de maintenir le contrat en vigueur en se substituant à l'Adhérent pour le paiement des cotisations.

4. LES PRESTATIONS (FORMALITES EN CAS DE SINISTRE)

Nous vous rappelons que pour faire valoir vos droits, vous devez être à jour de vos cotisations.

Sous peine de suspension des garanties, vous devez nous adresser, à l'adresse figurant dans le préambule de la présente note d'information et dans les délais fixés, les justificatifs cités aux articles 4.1 à 4.3 ci-dessous.

4.1. FORMALITES EN CAS DE DECES

Les règlements seront effectués au Bénéficiaire du contrat désigné au Certificat d'adhésion après réception des justificatifs nécessaires à l'instruction du dossier, sur les circonstances du décès et ses causes :

- un extrait d'acte de décès ;
- le certificat médical précisant la Maladie à l'origine du décès, sa date de première constatation ou date et nature de l'Accident ayant entraîné le décès (imprimé « déclaration de décès » que nous vous remettons), complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès ;
- l'intégralité du procès verbal de police en cas de décès accidentel ;
- le tableau d'amortissement au jour du décès, à défaut une photocopie du contrat de prêt.

4.2. FORMALITES EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Les sommes dues sont versées après instruction du dossier, sur présentation des pièces suivantes :

- Documents établissant la preuve de la P.T.I.A.
- le tableau d'amortissement du prêt concerné au jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Toutes pièces nécessaires demandées pour justifier l'état de P.T.I.A.

4.3. FORMALITES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE

Toute incapacité de travail doit être déclarée à partir du 91ème jour d'incapacité de travail et au plus tard le 120ème jour. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration. De même toute prolongation d'incapacité de travail doit être déclarée dans les 30 jours à compter de la date de prolongation.

Dès réception de la déclaration, nous vous adressons un imprimé spécial de « Déclaration d'incapacité de travail » à compléter par vos soins et votre médecin accompagné :

- des pièces justificatives de l'incapacité de travail et éventuellement de l'hospitalisation ;
- du procès verbal de gendarmerie en cas d'Accident,
- du tableau d'amortissement du prêt concerné,
- de toutes autres pièces nécessaires demandées pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

Les pièces émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires ne nous engagent pas. En cours de Sinistre, nous pourrions solliciter le renouvellement de certaines formalités pour poursuivre l'indemnisation.

4.4. FAUSSE DECLARATION

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

4.5. DROIT D'ENQUETE ET D'EXPERTISE

Nous pouvons faire procéder à tout moment par un médecin à une expertise médicale relative à la demande ou au maintien des prestations. Ainsi, votre état d'incapacité ou d'invalidité est constaté par expertise médicale en dehors de toute considération du régime obligatoire auquel vous êtes affilié. De même, nous pouvons diligenter une enquête pour déterminer les origines du décès de l'Assuré.

Les prestations ne sont pas dues si vous refusez de vous soumettre à l'expertise ou si l'expertise révèle que les conditions prévues par les garanties ne sont pas ou plus réunies.

4.6. EXPERTISE AMIABLE ET EXPERTISE JUDICIAIRE

1. Expertise médicale arbitrale amiable

En cas de désaccord de l'Assuré ou des ayants-droit sur les conclusions du médecin-expert que nous avons mandaté, ce ou ces derniers peuvent désigner un médecin pour donner son avis. Une expertise commune est alors organisée. Si les médecins désignés ne sont pas d'accord, ils s'en adjoignent un troisième. Les trois médecins opèrent en commun à la majorité des voix.

A défaut d'entente entre les médecins pour en désigner un troisième, celui-ci sera choisi, à la requête la plus diligente, par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile déclaré de l'Assuré ou son domicile élu ; l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Chacune des parties supporte les honoraires et frais du médecin qu'elle a désigné et supportera par moitié ceux du troisième.

2. Expertise judiciaire

Sous réserve d'une tentative préalable de règlement amiable, le recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations est possible dès que survient un différend entre l'Assuré et le médecin expert que nous mandatons. Ce recours est également possible si, à l'issue de l'expertise amiable, une des parties est en désaccord avec l'avis du médecin expert.

5. DISPOSITIONS GENERALES

5.1. MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

Modifications de la situation de l'Assuré : Sans préjudice des dispositions de l'article 5.7 « Lutte contre le blanchiment et financement du terrorisme » les modifications de la situation personnelle de l'Assuré en cours de contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions. Toutefois, vous êtes tenu de nous informer de tout changement de domicile, à défaut les courriers que nous vous transmettrons à votre dernier domicile seront réputés avoir été reçus.

Modification du (des) prêt(s) : Afin d'établir l'avenant à votre contrat d'assurance, vous devez nous informer de toute modification des caractéristiques du prêt en cours de contrat à votre initiative (hors toute évolution mécanique prévue à l'offre de prêt d'ores et déjà systématiquement couverte) telle qu'un remboursement anticipé partiel, une renégociation de taux, une modification de la durée du prêt et des remboursements. Cette information peut être prise en charge par le Bénéficiaire du contrat. Si cette information intervient dans les 3 mois suivant la modification et qu'elle génère une baisse des cotisations d'assurance, une régularisation des cotisations trop perçues sera intégrée à votre avenant. Au delà, aucune régularisation au titre du passé ne pourra être exigée.

En cours de contrat, vous pouvez nous faire part de toute modification de votre tableau d'amortissement pour disposer d'un avenant à votre contrat.

Modification des garanties : aucune diminution de garantie demandée par l'Adhérent ne pourra être effectuée sans le consentement exprès de l'organisme prêteur. En cas d'augmentation des Quotités ou des garanties en cours de contrat, l'Assuré concerné devra satisfaire aux formalités médicales.

5.2. RECLAMATIONS

En cas de difficultés dans l'application du contrat, vous pouvez vous adresser au Service Clients, SECURIMUT, 222, cours Lafayette 69441 Lyon Cedex 03. La réponse donnée comportera systématiquement les coordonnées de l'interlocuteur à saisir si vous n'étiez pas satisfait du traitement de votre demande (service Qualité, médiateur). Nous nous engageons à accuser réception de votre demande dans les dix (10) jours à compter de sa réception par nos services et à vous apporter une réponse dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si après avoir épuisé toutes les voies de recours interne le désaccord persiste et qu'aucune solution amiable n'a pu être trouvée, vous pouvez, sans préjudice des autres voies recours légales à votre disposition, faire appel au Médiateur de la FNMF FNMF via le formulaire disponible sur le site www.mediateur-mutualite.fr ou par courrier à FNMF – Service Médiation, 255 rue de Vaugirard, 75119 Paris Cedex 15. La demande écrite et signée devra autoriser le médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier et en particulier du volet médical.

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.

5.3. PRESCRIPTION

Toute action liée à l'exécution du présent contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance, sauf si les Bénéficiaires du capital en cas de décès sont les ayants droit de l'Assuré ; dans ce cas, le délai est porté à 10 ans. Dans tous les cas, cette action est prescrite dans un délai de 30 ans à compter de la date du décès. La prescription peut être interrompue par une des clauses ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée), la désignation d'un expert, l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'Adhérent et ayant pour objet le paiement de la cotisation ou adressée par le sociétaire à la mutuelle et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

Article L221-11 du Code de la Mutualité (prescription) :

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou

inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'Union en a eu connaissance.

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

La prescription est portée à 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, notwithstanding les dispositions du 2), les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L221-12 (interruption de la prescription) du Code de la Mutualité :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L221-12 du Code de la Mutualité sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des Dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel «www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

5.4. SUBROGATION

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, nous pouvons exercer un recours conformément aux dispositions légales, à concurrence des prestations et indemnités versées.

que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

5.5. PARTICIPATION AUX BENEFICES

Vous ne pourrez vous prévaloir d'aucun droit individuel aux bénéfices techniques et financiers du contrat collectif d'assurance Assurance des Emprunteurs MNCAP. Ceux-ci sont affectés, à la fin de chaque exercice, à l'ensemble des provisions techniques ou des réserves à la Mutuelle.

5.6. AUTORITE DE CONTRÔLE

Il est rappelé que l'autorité de contrôle de la Mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS .

5.7. 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 vous est ainsi notamment demandé :

- de fournir une pièce d'identité à l'adhésion et au moment du sinistre aux fins de vérification de votre 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 vous est également demandé, dans le cadre de la mise en œuvre de la vigilance constante, d'informer la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception si vous cessez d'être une PPE ou si vous le devenez au cours de la relation d'affaire.

5.8. ADHESION A LA MUTUELLE

En application des statuts de la Mutuelle, afin de bénéficier de l'assurance, il y a lieu d'adhérer à la Mutuelle en qualité de membre participant. Les Adhésions sont nominatives et donnent lieu au paiement d'un droit d'entrée fixé statutairement. Le membre participant 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. Les frais d'adhésion à la Mutuelle sont inclus dans les frais de dossier prélevés avec la 1ère cotisation.

5.9. 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 et est soumis à la loi française. Ainsi, les éventuels contrats conclus ultérieurement par SECURIMUT et la Mutuelle s'appliqueront exclusivement aux nouvelles affaires conclues après leur adoption. Par conséquent, vous ne pourrez revendiquer le bénéfice du nouveau contrat pour régir les Sinistres à venir se rapportant à votre adhésion antérieure. La Mutuelle fait élection de son siège social à Paris. Tout litige né de l'exécution, l'inexécution, ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence du tribunal de votre domicile ou de celui de vos ayants-droit, si vous êtes domicilié en France. Si vous êtes domicilié hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de Paris.

5.10. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par SECURIMUT, responsable de traitement, pour la passation, la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de gestion commerciale.

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de protection des données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n°78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi informatique et Libertés »), vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de SECURIMUT – 222, cours Lafayette – 69441 LYON cedex 03. Nous vous informons

5.11. MENTIONS LEGALES

MNCAP : Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP), Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351, contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, Siège social : 5 rue Dosne, 75116 Paris, affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

SECURIMUT : SAS au capital de 200 000 €, RCS Lyon 487 899 148, à Directoire et Conseil de Surveillance, inscrite à l'ORIAS sous le n°07005662. Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L.512-7 et L.512-6 du Code des assurances. Siège social : 222, cours Lafayette - 69441 Lyon Cedex 03