

DOSSIER D'ADHESION AU CONTRAT ASSURANCE EMPRUNTEUR

Il comprend :

- Une demande d'adhésion*
- Un mandat de délégation de signature*
- La liste des formalités médicales*
- Un document d'information sur le « droit à l'oubli »*
- Un questionnaire de santé simplifié*
- Un questionnaire de santé*
- Un mandat de prélèvement SEPA*
- La notice d'information du contrat Assurance Emprunteur n°695003
- La notice d'information du contrat Assurance Protection Chômage n°75201507 (facultatif)
- Un document d'information sur les équivalences de garanties
- Une fiche standardisée d'information*

* *un document par assuré*



**DEMANDE D'ADHESION
AU CONTRAT ASSURANCE EMPRUNTEUR N°695003
DA n° 94524**



A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

(ne pas oublier de compléter les rubriques précédées du symbole ☛)

CANDIDAT A L'ASSURANCE

Civilité Nom Prénom : Monsieur MERCURY LUC

Intervenant en qualité de : ☛ Emprunteur Co-emprunteur Caution

Nom de naissance :

Date de naissance : 17/09/1971

Adresse e-mail : luc.mercury@memo-pharma.fr

Téléphone : 06.31.90.66.79

Adresse actuelle :

Nouvelle adresse à compter du :

Nouvelle adresse :

Profession : ☛ Profession à risque : ☛ Oui Non

La liste des professions à risque est précisée dans le lexique en fin de la notice d'information. Les candidats à l'assurance exerçant une des professions à risque ne pouvant être garanties dans le cadre de la tarification standard du contrat peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

Dans le cas de votre travail :

- effectuez-vous plus des déplacements extérieurs (hors transports publics et hors trajet domicile/travail) ? NON

- exercez-vous une profession comportant une activité manuelle (travail manuel important ou manipulation d'outils dangereux) ? NON

Dans le cadre de votre travail, effectuez-vous des déplacements à l'étranger, hors de l'Espace Économique Européen, AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle Zélande, Hong Kong, Singapour ? ☛ Oui Non

Si oui :

- la durée maximale de l'un de vos séjours dépasse-t-elle 90 jours ? ☛ Oui Non

- dans quels pays ? ☛ _____

Souhaitez-vous être protégé lors de votre pratique (hors initiation, baptême et découverte), en qualité d'amateur non rémunéré, d'au moins l'un des sports ou loisirs listés dans la notice d'Information à l'article 8 « Exclusions » et qui ne sont pas couvertes par les conditions standards du contrat n°695003 ?

☛ Oui Non

☛ Dans l'affirmative, précisez le(s) sport(s) / loisir(s) pratiqué(s) : _____

ADHERENT (si différent du Candidat à l'assurance)

Nom / raison sociale :

Représenté par :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Adresse :

DECLARATION FUMEUR / NON FUMEUR

Êtes-vous fumeur ? [] Je suis fumeur

[x] Je suis non fumeur et je certifie :

- ne pas avoir consommé de tabac (y compris cigarette électronique), même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois ;
- ne pas avoir cessé de fumer sur demande expresse du corps médical au cours des 5 dernières années.

Au delà de 1 000 000 euros, la déclaration sera complétée par un test de cotinine urinaire pour les non-fumeurs.

Signature du Candidat à l'assurance , précédée de la mention « Certifié exact »



Les contrats N° 695003 et N° 75201507 sont assurés et gérés par le Groupe MNCAP (MNCAP et MNCAP-AC) - La MNCAP et la MNCAP-AC sont des Mutuelles régies par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrées respectivement au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 et 442 839 452 - Contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliées à l'UMG Cap Mutualité. Les contrats sont distribués par AS DU GRAND LYON - Société à responsabilité limitée unipersonnelle - Courtier en assurance - Enregistré à l'ORIAS sous le n° 07003448 - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 437 767 916 - Siège social : 89 Avenue des Bruyères 69150 DECINES CHARPIEU

Candidat à l'assurance Nom MERCURY Prénom LUC

DÉCLARATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

Le Candidat à l'assurance demande à adhérer à la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP) et à la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété -Assurances caution-Protection Chômage (MNCAP-AC) et sollicite le bénéfice du contrat n°695003 et 75201507 en cas de souscription de la garantie « Protection Chômage »

Il certifie avoir, tant pour son adhésion à la MNCAP qu'à la MNCAP-AC :

- pris connaissance des statuts du (des) règlement(s) intérieur(s) de la (des) Mutuelle(s) consultables sur demande;
- pris connaissance de la Notice d'Information des contrats n°695003 et n°75201507, en cas de souscription de la garantie « Protection Chômage », notamment en ce qui concerne l'objet du contrat, les exclusions de garanties et les conditions d'exercice du droit à renonciation , avoir compris et en accepter tous les termes et rester en possession de l'exemplaire de 12 pages de la notice d'information du contrat n°695003 et des 6 pages de la notice d'information du contrat n°75201507 qui lui revient;
- renseigné la présente Demande d'Adhésion ainsi que les documents de sélection médicale qu'il certifie exact(s), étant rappelé qu'ils servent de base à l'appréciation du risque par la (les) Mutuelle(s) et que la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de son adhésion conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité;
- été informé que le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur en cas de décès, de PTIA et d'IPT;
- été informé que si son adhésion à la présente assurance au titre de son prêt immobilier est refusée pour des raisons liées à son état de santé, une assurance dite de 2ème niveau sera automatiquement étudiée. En cas de refus de 2ème niveau, sous réserve des dispositions de la convention AERAS, une assurance dite de 3ème niveau pourra également être étudiée. Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr;
- été informé que les réponses et informations fournies dans le présent document sont destinées à la (les) Mutuelle(s), responsable du traitement de son dossier, a ses (leurs) mandataires, réassureur(s) et à l'Organisme Prêteur ; qu'elles sont nécessaires pour la gestion du contrat d'assurance et que conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée « Informatique, Fichiers et Libertés », il dispose d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à Groupe MNCAP - Direction Générale - 5 rue Dosne - 75116 Paris.

Fait à _____, le _____

Signature(s) précédée(s) de la mention "Certifié exact"

Le Candidat à l'assurance



L'Adhérent

(s'il est différent du Candidat à l'assurance)



MANDAT DE DELEGATION DE SIGNATURE

En cochant cette case, je soussigné(e)⁽¹⁾, Candidat à l'Assurance, confirme donner à⁽²⁾, Intermédiaire en Assurance, qui l'accepte en apposant sa signature ci-dessous, mandat d'agir en mon nom et pour mon compte pour finaliser mon adhésion. Je reconnais que ce dernier dispose d'une procuration lui permettant notamment de signer pour mon compte le Certificat d'Adhésion (CA) et éventuellement le Bon Pour Accord (BPA) précisant les conditions particulières d'assurance émis par la MNCAP, pièces nécessaires à la mise en place de l'assurance à laquelle je postule au titre de la présente Demande d'Adhésion. A cet égard, j'autorise dès à présent,⁽²⁾ à recevoir pour mon compte les informations médicales me concernant et renonce à mon droit au secret médical à son égard.

En cochant cette case, je soussigné(e)⁽¹⁾, Candidat à l'Assurance, autorise la communication à l'intermédiaire en assurance ci-dessus désigné, par mail, de tous les documents utiles à la souscription de mon contrat d'assurance à l'adresse suivante :

.....

| Signature du Candidat à l'Assurance | Signature et Tampon de l'Intermédiaire en Assurance |
|-------------------------------------|---|
| A Le/...../..... | A Le/...../..... |

⁽¹⁾ Nom et prénom du Candidat à l'Assurance

⁽²⁾ Raison Sociale de l'Intermédiaire en Assurance

FORMALITES MEDICALES

| | Jusqu'à 30 000 € | 30 001 à 200 000 € | 200 001 à 300 000 € | 300 001 à 500 000 € | 500 001 à 750 000 € | 750 001 à 1 000 000 € | 1 000 001 à 1 500 000 € | 1 500 001 à 5 000 000 € |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|
| Jusqu'à 45 ans | QSS | QSS | QS | QS, RM, Sang 1 | QS, RM, Sang 2 | QS, RM, Sang 2 RMF | QS, RM, Sang 2 Urine Cotinine urinaire RMF Offre de prêt | QS, RM, Sang 2 Urine Cotinine urinaire Cardio 2 RMF Offre de prêt Etude de la banque |
| 46 – 50 ans | QSS | QS | QS | QS, RM, Sang 1 | QS, RM, Sang 2 | QS, RM, Sang 2 Cardio 1 RMF | QS, RM, Sang 2 Urine Cotinine urinaire Cardio 2 RMF Offre de prêt | QS, RM, Sang 2 Urine Cotinine urinaire Cardio 2 RMF Offre de prêt Etude de la banque |
| 51 – 65 ans | QSS | QS | QS, RM Sang 1 | QS, RM, Sang 1 Cardio 1 | QS, RM, Sang 2 Cardio 1 | QS, RM, Sang 2 Urine Cardio 2 RMF | QS, RM, Sang 2 Urine Cotinine urinaire PSA Cardio 2 RMF Offre de prêt | QS, RM, Sang 2 Urine Cotinine urinaire PSA Cardio 2 ECG d'effort RMF Offre de prêt Etude de la banque |
| 66 ans et plus | QSS | QS, RM Sang 1 | QS, RM, Cardio 1 Sang 1 | QS, RM, Sang 1 Cardio 1 | QS, RM, Sang 2 Urine Cardio 2 | QS, RM, Sang 2 Urine PSA Cardio 2 RMF | QS, RM, Sang 2 Urine Cotinine urinaire PSA Cardio 2 RMF Offre de prêt | QS, RM, Sang 2 Urine Cotinine urinaire PSA Cardio 2 ECG d'effort RMF Offre de prêt Etude de la banque |

Remarques: A partir de 1 000 001 € : dosage pondéral de la cotinine urinaire.
 En cas d'arrêt continu du tabac de plus de 2 ans en cours de contrat, l'Assuré devra remplir la Déclaration Fumeur/Non-fumeur et, pour les capitaux > à 300 000 €, effectuer un test de cotinine urinaire.

VALIDITE DES DOCUMENTS ET EXAMENS MEDICAUX

QSS et QS : 6 mois *
 Examen médical : 1 an *
 Autre examen : 1 an *

* Dans le cas d'un risque aggravé, de nouveaux documents ou examens pourront être réclamés.

LEXIQUE

| | |
|--------------|--|
| QSS | : Questionnaire de santé simplifié (et questionnaire de santé si une réponse "oui" à QSS), |
| QS | : Questionnaire de santé (1 page), |
| RM | : Rapport Médical (4 pages), |
| RMF | : Rapport Moral et Financier (RMF) |
| Sang 1 | : Glycémie, triglycérides, cholestérol total + fraction HDL, créatinine, ALAT, ASAT, GGT, sérologie VIH 1 et 2, |
| Sang 2 | : Sang 1 + Hémogramme (hémoglobine, hématoците, numération globulaire et formule leucocytaire), numération des plaquettes et CRP, sérologie de l'hépatite C de type Elisa et marqueurs de l'hépatite B (AgHBs, AgHbe), |
| Cardio 1 | : ECG au repos (tracé et compte rendu), |
| Cardio 2 | : Cardio 1 + échocardiographie + échographie carotidienne <u>avec mesure de l'intima media</u> , |
| Urine | : Analyse d'Urine par laboratoire avec examen cytot bactériologique (y compris numération des germes), |
| PSA | : dosage de l'antigène spécifique de la prostate (pour les hommes uniquement), |
| ECG d'effort | : Tracé et interprétation effectué en l'absence de contre-indication. |

CENTRES MEDICAUX AGREES

| | ARM | ABCOS – CIVEM | MONTAIGNE SANTE |
|-----------|-------------------|---------------------|------------------------|
| Téléphone | 08.10.72.50.00 | 08.10.12.12.12 | 01.42.25.60.31 |
| E-mail | www.armfrance.com | www.abccossante.com | www.montaigne-sante.fr |

BASE DE REMBOURSEMENT

A compter du 1er janvier 2014 la réglementation fiscale en matière d'expertise médicale destinée aux compagnies d'assurances change. En effet, à partir de cette date, certains médecins (voir code général des impôts) seront tenus de facturer leurs prestations avec une TVA à 20%.

Nos prix HT ci-dessus exprimés sont établis sur la base d'actes médicaux d'intervenants exonérés ou n'appliquant pas la TVA (biologiste, généraliste, cardiologue, ...), la TVA mentionnée correspond à celle déjà appliquée à ce jour sur nos prestations.

Dans le cas où l'un des intervenants venait à appliquer de la TVA sur ses actes, cette dernière sera répercutée, au centime, au montant de la facture TTC.

| Détail des examens | Plafond de prise en charge Tarif applicable – Montant en euros | | | |
|--------------------|---|-----|------------------------------------|-----|
| | Examen réalisé en Métropole et en Corse | | Examen réalisé dans les DOM/TOM | |
| | HT | TTC | HT | TTC |
| RM | 91 | 110 | 101 | 110 |
| Sang 1 | 50 | 60 | 55 | 60 |
| Sang 2 | 119 | 143 | 131 | 143 |
| Cardio 1 (ECG) | 70 | 85 | 78 | 85 |
| Cardio 2 | 312 | 375 | 345 | 375 |
| Urine | 20 | 25 | 23 | 25 |
| PSA | 14 | 17 | 14 | 17 |
| Mammographie | 66 | 81 | 73 | 81 |
| ECG d'effort | 100 | 122 | 100 | 122 |



DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE « DROIT A L'OUBLI » A L'USAGE DES PERSONNES SOUSCRIVANT UN CONTRAT D'ASSURANCE EN RELATION AVEC UN EMPRUNT PERSONNEL OU PROFESSIONNEL ENTRANT DANS LE CADRE DE LA CONVENTION AERAS

Un protocole a été signé le 24 mars 2015, en présence du Président de la République, entre les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, l'INCa et des associations de malades pour instaurer un « droit à l'oubli » devant permettre aux personnes guéries d'un cancer de ne plus avoir besoin de le déclarer au moment de contracter l'assurance d'un crédit. Ce protocole vise à mettre en œuvre un tel « droit à l'oubli » et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse. Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques, et cet engagement sera mis en œuvre, dans le cadre de la Convention AERAS, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Les signataires de la Convention AERAS se sont attachés à tirer les conséquences de ce protocole d'accord et à intégrer ces avancées au sein de la Convention. De plus, une première grille de référence a été établie qui fixe, pour une première liste de pathologies, les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ou exclusion de garantie ne pourra être appliquée.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 190 des dispositions sur le "droit à l'oubli" dont certaines modifient celles figurant dans l'avenant du 2 septembre 2015.

La présente fiche reprend les dispositions actuellement en vigueur. En l'absence d'actualisation de certains questionnaires de santé pour prendre en compte ces nouvelles dispositions, celles-ci s'appliquent d'office.

1. Critères relatifs à votre projet :

Pour que vous puissiez bénéficier des dispositifs mentionnés au 2.) il est nécessaire que :

- Votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
 - Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71ème anniversaire.

2. Il convient de distinguer deux dispositifs applicables selon votre situation :

2.1. L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions

Si votre projet réunit les critères définis au 1.), vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

- Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos **18 ans*** :
 - si la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans* au jour de votre demande d'assurance ;
 - **et s'il n'a pas été constaté de rechute**² de votre maladie

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé ;

Ou bien

- Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos **18 ans*** :
 - si la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de **10 ans*** au jour de votre demande d'assurance ;
 - **et s'il n'a pas été constaté de rechute**² de votre maladie

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

* L'âge limite (15 ans) et les délais de respectivement 5 et 15 ans étaient valables à compter de la signature de l'avenant à la Convention AERAS révisé à la suite de la mise en place du « droit à l'oubli » le 2 septembre 2015 et jusqu'à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé le 27 janvier 2016.

¹ **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique » :** il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

² **Ce que l'on entend par « rechute » :** il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie



DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE « DROIT A L'OUBLI » A L'USAGE DES PERSONNES SOUSCRIVANT UN CONTRAT D'ASSURANCE EN RELATION AVEC UN EMPRUNT PERSONNEL OU PROFESSIONNEL ENTRANT DANS LE CADRE DE LA CONVENTION AERAS

Si votre projet réunit les critères mentionnés au 1) et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées aux 2.1), vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent. En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 2.1) dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

2.2. L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence

La première grille de référence de pathologies est entrée en vigueur à la date de mise en ligne sur le site AERAS, le 4 février 2016. Cette grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au 1.), que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au 2.1) et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, **alors vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards.**

Vos droits : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée si la date de fin du protocole thérapeutique¹ remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert.

3. Evolution du contenu de la grille de référence:

La grille de référence de pathologies a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé la grille de référence de pathologies pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » inférieurs à ceux mentionnés au 2.1 a) et au 2.1 b).

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique « Droit à l'oubli » sur le site internet officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr



DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE « DROIT A L'OUBLI » A L'USAGE DES PERSONNES SOUSCRIVANT UN CONTRAT D'ASSURANCE EN RELATION AVEC UN EMPRUNT PERSONNEL OU PROFESSIONNEL ENTRANT DANS LE CADRE DE LA CONVENTION AERAS

Grille de référence :

Conditions d'accès à une assurance emprunteur dans le cadre du titre IV de la convention, sans surprime ni exclusion de l'affection, par type d'affections

Adoptée par la Commission de suivi et de propositions sur proposition du groupe de travail « droit à l'oubli »

04 Février 2016

| Type d'affections | Définition précise (stade, type de traitements, facteurs de risques) | Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique ¹ et sans rechute ² |
|---------------------------|---|--|
| Hépatite Virale C | Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique - Réponse virale soutenue quel que soit le traitement - Pas d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC - Pas de co-infection par le VIH, le virus de l'hépatite B - Echographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose - Absence de facteurs de risque ³ | 48 semaines |
| Cancers du testicule | Séminomes purs, stade I Séminomes purs, stade II Séminomes purs, stade III Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade I et II Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade III | 3 ans 6 ans 10 ans* 6 ans 10 ans* |
| Cancers de la Thyroïde | Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade II Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade III Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade IV | 3 ans 10ans* 3 ans 6 ans 10 ans* |
| Cancers du sein | Carcinome canalaire in situ Carcinome lobulaire in situ Traitement selon le consensus HAS/INCA réalisé | 1 an |
| Mélanome de la peau | Mélanome in situ ou de niveau I de Clark - Exérèse complète - Absence de syndrome des nævi dysplasiques | 1 an |
| Cancer du col de l'utérus | Classe CIN III (ou HSIL) ou in situ Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS | 1 an |

* La limite de 10 ans négociée pour certaines pathologies lors de l'élaboration de la grille au 31 décembre 2015 correspond désormais au délai maximum prévu par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé au-delà duquel aucune information médicale ne peut être recueillie relative à la pathologie cancéreuse. La loi précitée précise : « Dans tous les cas, le délai au-delà duquel aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses ne peut être recueillie par les organismes assureurs ne peut excéder dix ans après la date de fin du protocole thérapeutique ou, pour les pathologies cancéreuses survenues avant l'âge de dix-huit ans, cinq ans à compter de la fin du protocole thérapeutique. ».

¹ **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

² **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie

³ **Facteurs de risque** : consommation de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres stupéfiants, obésité [IMC ≥ 30 kg/m²], syndrome métabolique, diabète, insuffisance rénale chronique, syndrome dépressif, ou antécédents d'affections psychiatriques



QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE (QSS)

A compléter et à signer sans rature, ni surcharge, par les candidats à l'assurance âgés de :

- 45 ans ou moins s'assurant pour un capital inférieur ou égal à 200 000 €
- 46 ans à 66 ans et plus s'assurant pour un capital inférieur ou égal à 30 000 €

Nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) : Prénom :

Je soussigné(e) déclare :

- 1 Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? Oui Non
- 2 Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une affection, d'une maladie de quelque nature que ce soit ou suivez-vous actuellement un traitement médical ? Oui Non
- 3 Avez-vous été au cours des 5 dernières années, hospitalisé(e) pour un examen ou un bilan médical ayant révélé une anomalie ou une pathologie, ou pour une intervention chirurgicale ou un traitement (autre(s) que pour : végétations, amygdales, appendice, hémorroïdes, hernies de la paroi abdominale actuellement guéries, déviation de la cloison nasale, varices des membres inférieurs, maternité, vésicule biliaire, dent de sagesse) ? Oui Non
- 4 Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ou en traitement médical pendant plus de 21 jours ? Oui Non
- 5 Etes-vous pris en charge à 100% pour une affection longue durée (ALD) ou êtes-vous sous surveillance médicale pour un problème de santé particulier ? Oui Non
- 6 Devez-vous, à votre connaissance, être hospitalisé(e) ou opéré(e) ou subir des examens ou une consultation à visée diagnostique au cours des 12 prochains mois (hors bilan systématique, gynécologique, ophtalmologique ou dentaire) ? Oui Non

Je reconnais :

- l'exactitude de mes déclarations et j'affirme n'avoir rien d'autre à déclarer concernant ma santé.
- avoir été informé(e) que si je ne peux répondre par la négative à l'ensemble des questions du QSS ci-dessus, je devrais remplir un Questionnaire de Santé.

Mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle (Art. L.122-14 du Code de la Mutualité).

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par la MNCAP, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi 2004-801 du 06/08/2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MNCAP, 5 rue Dosne 75116 Paris, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant votre nom, prénom ainsi que votre référence souscripteur.

Fait à _____, le _____ 20 ____

Signature du candidat à l'assurance (Faire précéder de la mention « LU ET APPROUVÉ ») :

QUESTIONNAIRE DE SANTE - Contrat n° 695003

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. Il doit être répondu précisément sans rature ni surcharge. Pour toute réponse OUI, vous êtes invité à apporter les précisions complémentaires. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre **seul connaissance**, soit sur place, soit à votre domicile, des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé. Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil du service médical de l'assureur sous pli confidentiel à MNCAP - A l'attention du Médecin-Conseil – 5 rue Dosne 75116 PARIS ou par tous moyens à votre convenance. Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes **formellement invité** à transmettre ce questionnaire sous pli confidentiel au médecin conseil du service médical de l'assureur. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, etc...). Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois à compter de la signature du présent questionnaire.**

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Nom de jeune fille :** _____ **Date de naissance / / 19** _____

| | QUESTIONS | Répondre par Oui ou Non | Si Oui, complétez les précisions demandées et joindre une copie des ordonnances et/ou des comptes rendus |
|---|---|-------------------------|--|
| 1 | Votre taille ? cm Poids ? kg Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, sur prescription médicale, pour raison de santé ?..... | | Pourquoi ? Depuis quand ? |
| 2 | Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ?..... | | Pour chacun des arrêts : Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ? |
| 3 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé ?..... | | Pour quel(s) motif(s) ? A quelle(s) date(s) ? Suite(s) ? |
| | Devez-vous être hospitalisé ?..... | | |
| | Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?..... | | <i>Joindre le compte rendu opératoire et/ou histologique et/ou hospitalisation</i> |
| 4 | Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? | | Depuis quelle date ? Pourquoi ? A quel taux ou quelle catégorie ? Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? |
| | Avez-vous présenté des troubles psychologiques ou psychiatriques ?..... | | De quelle nature ? Depuis quelle(s) date(s) ? Cause ? |
| 5 | Suivez- vous actuellement un traitement médical ?..... | | Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand |
| | Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années ?..... | | Pour chaque traitement : Lequel ? Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ? |
| 6 | Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?..... | | Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ? |
| 7 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens complémentaires biologiques, sérologiques, radiologiques ou autres dont le résultat s'est avéré anormal ?..... | | Date des examens et résultats <i align="right">joindre les comptes rendus</i> |
| 8 | Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, en particulier pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?..... | | Lequel ou lesquels ? A quelle(s) date(s) ? |

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans ce questionnaire sont obligatoires pour qu'une proposition d'assurance puisse m'être faite. Je reconnais également que ce questionnaire est l'un des éléments qui formera le contrat qui sera conclu avec l'assureur identifié dans la proposition d'assurance qui sera soumise à mon acceptation ou dans l'attestation d'assurance qui me sera adressée. Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité. Je m'engage à informer l'assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat. Les informations recueillies à l'occasion de la présente proposition de souscription sont nécessaires au traitement du dossier du demandeur d'assurance. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, ce dernier peut exercer son droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs, de ses Co-assureurs ou des organismes professionnels. Ce droit d'accès, d'opposition ou de rectification peut être exercé auprès du siège de la MNCAP – 5 rue Dosne 75116 PARIS. Par la signature de la demande d'adhésion, le candidat à l'assurance accepte que les données le concernant leur soient transmises pour les besoins du traitement de son dossier.

Fait à _____ le _____ Signature du Candidat à l'assurance _____



NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT Assurance EMPRUNTEUR N° 695003 Assurance de prêt

Le présent document constitue la Notice d'Information prévue par la législation. Il décrit les dispositions essentielles du contrat individuel d'assurance n° 695003 souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351, ci-après dénommée, « la Mutuelle » dont le siège social est situé à Paris (75116), 5 rue Dosne.

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

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La présente Notice d'Information est régie par le Code de la Mutualité, la législation en vigueur et les dispositions du contrat N° 695003 souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle.

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

Option 1 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Option 2 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
Invalidité Permanente Totale (IPT)
Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Il est également proposé une garantie facultative contre le risque Invalidité Permanente Partielle (IPP). Elle ne peut être souscrite qu'en complément de l'option 2 .

Ces garanties sont définies à l'article 7.

Les garanties IPT, ITT et IPP ne peuvent être souscrites que si le Candidat à l'assurance exerce une activité professionnelle rémunérée non exclue lors de l'Adhésion.

A l'adhésion, il est proposé au Candidat à l'assurance ayant souscrit les garanties IPT, ITT et IPP, de bénéficier, moyennant acceptation de la Mutuelle et le paiement d'une cotisation complémentaire, du rachat des exclusions liées aux maladies psychiques et psychiatriques et aux atteinte discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires, listées à l'article 7.6 de la présente Notice d'Information.

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

La Quotité assurée est identique pour l'ensemble des garanties au titre d'un prêt.

Le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour un même assuré, ne pourra en aucun cas excéder 3 750 000 €.

ARTICLE 2 – PRÊTS ASSURABLES

- Le contrat couvre les prêts immobiliers et les prêts professionnels (hors crédit bail, affacturage) d'une durée minimum de 12 mois (excepté pour les prêts relais) et maximum de 30 ans (différé compris), énumérés ci-après :
- Prêts amortissables à taux fixe ou à taux variable (y compris les prêts accordés dans le cadre des ventes en état futur d'achèvement) ;
- Prêts modulables ;
- Prêts à paliers ;
- Prêts relais (durée maximum de 36 mois avec possibilité de prorogation sur accord exprès de la Mutuelle) ;
- Prêts in fine (durée maximum de 240 mois) ;
- Prêts avec différé (différé maximum de 36 mois pour tous les prêts, à l'exception des prêts relais et in fine, et maximum de 180 mois pour les prêts à taux zéro).

Les prêts relais et in fine sont éligibles aux seules garanties Décès/PTIA.

Les prêts relais doivent être jumelés au(x) prêt(s) principal(aux) obligatoirement garanti(s) dans le cadre du présent contrat.

Il est précisé que le bien objet du financement assuré est situé en France, et que le prêt est libellé en euros, rédigé en français, et souscrit auprès d'un organisme bancaire situé en France.

Le capital minimum assuré est de 10 000 €.

Le contrat couvre également les crédits à la consommation (prêt personnel ou crédit affecté) d'une durée minimum de 12 mois et maximum de 60 mois. Le capital minimum assuré est de 10 000 € et maximum de 75 000 €.

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADHESION EN VUE DE L'ADMISSION A L'ASSURANCE

Tout Candidat à l'assurance doit :

- Etre âgé au jour de l'adhésion :
 - d'au moins 18 ans et de moins de 84 ans pour la souscription de la garantie Décès ;
 - d'au moins 18 ans et de moins de 64 ans pour la souscription des garanties PTIA, IPT, ITT, IPP.
- Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, de son taux et de son amortissement ;
- Résider en France ou dans un état membre de l'Union Européenne ;
- Justifier de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée (ne pas être demandeur d'emploi, sans profession, inactif, retraité) pour la souscription des garanties IPT, ITT, IPP.

Tant pour l'âge limite à l'adhésion, que pour la cessation des garanties et pour le calcul des cotisations, l'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

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

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

Le Médecin-Conseil de la Mutuelle peut accepter le Candidat à l'assurance aux conditions normales : la Mutuelle émet un Certificat d'Adhésion que le Candidat à l'assurance devra lui retourner daté et signé.

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

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

Dans ce dernier cas, la Mutuelle émet une proposition d'assurance appelée « Bon Pour Accord », récapitulant le montant du prêt, la quotité à assurer, les garanties proposées ainsi que la franchise applicable et éventuellement les clauses particulières et réserves, et le tarif. Il est valable pour une date d'effet intervenant dans les 120 jours à compter de sa date d'émission.

L'acceptation expresse de l'Assuré est matérialisée par le retour signé du Bon Pour Accord à la Mutuelle. Elle conditionne l'émission du Certificat



d'Adhésion que l'Assuré doit également retourner signé dans les 90 jours de son émission.

A défaut, sauf accord de la Mutuelle, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

En cas d'adhésion effective, de refus ou d'acceptation avec restriction de garanties et/ou majoration de cotisations de la part de la Mutuelle, les frais d'examens médicaux engagés par le Candidat à l'assurance ou l'Assuré seront pris en charge directement par la Mutuelle si les examens sont réalisés dans un centre de santé agréé par la Mutuelle et, dans tous les autres cas, seront remboursés sur présentation des factures originales des examens médicaux dans les limites des plafonds de prise en charge précisés sur le document indiquant les formalités médicales à accomplir pour l'adhésion. En revanche, le Candidat à l'assurance ou l'Assuré supportera les honoraires d'examens lorsque ces derniers n'ont pas été sollicités par la Mutuelle, lorsqu'il ne donne pas suite à un accord d'assurance émis par la Mutuelle sans restriction et/ou majoration et en cas de renonciation de sa part après la signature du Certificat d'Adhésion. Il est rappelé qu'en cas d'utilisation du parcours médical simplifié, les frais sont directement avancés par la Mutuelle.

ARTICLE 4 – INCONTESTABILITE

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

Article L.221-14 :

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

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

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

ARTICLE 5 – PROCEDURE D'ADMISSION EN CAS DE RISQUE AGGRAVE DE SANTE – CONVENTION AERAS

5.1 Objet de la Convention

Les Candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat, (niveau 1 de ladite Convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

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

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

En cas de refus des garanties dans le cadre du contrat de niveau 2, et sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

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

Le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de 3^{ème} niveau, conformément à la Convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

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

5.2 Garantie Invalidité Spécifique

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique est proposée sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle ont été refusées pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option. Un Candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 % apprécié par le Médecin-Conseil de la Mutuelle suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la quotation étant additive en cas de poly-pathologies.

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

Tous les risques de Maladie et d'Accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle figurant à l'article 8 « Exclusions » de la présente Notice.

ARTICLE 6 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE – DUREE ET FIN DES GARANTIES

6.1 Formation et prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, après acceptation des risques par la Mutuelle et sous réserve du paiement de la première cotisation :

- en cas de Vente à distance, à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds intervienne dans les 6 mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté), et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu à l'article 21 «Droit de renonciation» qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion.

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

- dans les autres cas, à la date figurant sur le Certificat d'Adhésion délivré par la Mutuelle à l'Adhérent et au plus tôt à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage



des fonds intervienne dans les six mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté).

Les garanties s'appliquent à chacun des prêts pendant toute leur durée contractuelle dans les limites précisées à l'article 6.2 « Cessation de l'adhésion ». Elles prennent effet immédiatement sans délai de carence.

6.2 Cessation de l'adhésion

L'Adhésion prend fin pour l'Assuré :

- A la fin du terme contractuel des garanties et au plus tard au 31^{ème} anniversaire du contrat de prêt ;
- Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;
- A la date de remboursement anticipé de chaque prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité ;
- Dans les dix jours qui suivent la réception par l'Assureur de l'acceptation de la substitution du contrat par l'organisme prêteur lorsque l'Adhérent a demandé la résiliation de son contrat d'assurance conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité,
- En cas de résiliation par l'Adhérent, par lettre recommandée avec préavis de deux mois au moins et accord exprès du Bénéficiaire acceptant du contrat,
- Lors du versement du capital garanti en cas de Décès, PTIA, IPT,
- A la date à laquelle le contrat de cautionnement est résilié dans l'hypothèse où l'Assuré est Caution,
- En cas de fausse déclaration, conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.

Outre les cas énumérés ci-dessus, la cessation des garanties et des prestations s'applique également dans les conditions suivantes :

- La garantie Décès cesse le 31 décembre suivant le 85^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- Les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale (IPT), cessent à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard le 31 décembre suivant le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) cesse à la date de reconnaissance de l'Assuré en IPP ou IPT ou PTIA ou à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard le 31 décembre suivant le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) cesse à la reconnaissance de l'IPT ou à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard le 31 décembre suivant le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

ARTICLE 7 – LES GARANTIES ET OPTIONS DU CONTRAT

7.1 Garantie Décès - Etendue de la garantie

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

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

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

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

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

Le paiement du capital restant dû 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.

7.2 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

7.2.1 Définition de la garantie

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

- s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale définitive et permanente, médicalement constaté(e) au plus tard le 31 décembre suivant son 67^{ème} anniversaire, de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, et
- s'il se trouve dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance viagère d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

7.2.2 Etendue de la garantie

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

L'échéance qui se situerait le jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera prise en charge par la Mutuelle.

Le capital restant dû au jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de l'adhésion et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour du décès de l'Assuré.

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

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

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

7.3 Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

7.3.1 Définition de la garantie



L'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale avant la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard le 31 décembre suivant son 67ème anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties,

- s'il se trouve temporairement dans l'impossibilité physique ou mentale totale et continue, médicalement constatée, d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle ;

- et s'il n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit ;

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

7.3.2 Etendue de la garantie

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale, Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

A. Prestations garanties

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée au jour de l'incapacité de travail ou collabore effectivement et régulièrement à l'activité de son conjoint artisan, commerçant, exerçant une profession libérale ou est au chômage et bénéficie de droits aux prestations de Pôle Emploi ou d'organismes similaires :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle verse, au prorata temporis et à terme échu une indemnité journalière égale à 1/365^{ème} de l'annuité du(des) prêt(s) garanti(s), dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'Incapacité Temporaire Totale médicalement justifiée.

Le montant maximum de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle en cas d'ITT est égale à 250 € par Assuré au cumul des prêts souscrits auprès de la Mutuelle.

- Si l'assuré n'exerce aucune profession fiscalement déclarée au jour de l'incapacité de travail ou est au chômage et ne bénéficie pas de droits aux prestations de Pôle Emploi ou d'organismes similaires : Les prestations sont réglées à hauteur de 100 % de l'indemnité journalière due telle que calculée ci-avant.

Le versement des indemnités journalières s'effectue dès la fin d'une période de Franchise de 90 jours même si l'assuré a choisi une période de franchise d'une durée inférieure à la souscription. Le montant maximum de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle est égale à 250 € par assuré au cumul des prêts souscrits auprès de la Mutuelle.

Dans les 2 cas, le versement des indemnités journalières se poursuit jusqu'à la fin de l'ITT médicalement justifiée, dans les limites fixées à l'article 7.3.3 de la présente Notice d'Information.

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

Il sera appliqué à chacun des Sinistres la même période de Franchise et la même durée maximum d'indemnisation.

S'agissant de prêts avec différé d'amortissement, il sera versé, pendant la période de différé, au prorata temporis et à terme échu, les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent au titre du prêt garanti.

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

B. Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, pour les mêmes raisons médicales constatées lors de son arrêt de travail précédent, la Mutuelle considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les 60 jours suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas la Mutuelle traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre ; Elle n'applique pas de nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites prévues aux paragraphes précédents.

C. Reprise à mi-temps thérapeutique au cours d'une indemnisation au titre de l'ITT

Lorsque l'Assuré reprend son activité professionnelle à temps partiel thérapeutique dans le cadre des articles L.323-3 et L.433-1 du Code de la Sécurité Sociale, après une période d'Incapacité Temporaire Totale indemnisée par la Mutuelle au moins égale au délai de franchise choisi à l'adhésion, la Mutuelle poursuit l'indemnisation à hauteur de 50% de la prestation garantie en ITT durant une période ne pouvant excéder 180 jours et dans les limites contractuelles rappelées à l'Article 6.2 « Cessation de l'adhésion ».

D. Maternité

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

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

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

7.3.3 Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale sans pouvoir excéder les limites fixées à l'article 6.2 « Cessation de l'adhésion » et au maximum pendant 1095 jours.

Il cesse également en cas de :

- Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 10.3 de la présente Notice ;
- Refus de se soumettre au contrôle diligenté par la Mutuelle (sauf cas de force majeure) ;
- Reconnaissance d'un état d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, ou de Perte Totale et Irreversible d'Autonomie



ouvrant droit au versement du capital restant dû au jour de la reconnaissance ;

- Reprise d'une activité professionnelle même partielle (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle à mi-temps thérapeutique).

7.4 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

7.4.1 Définition de la garantie

L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, avant la date de liquidation de sa retraite et au plus tard le 31 décembre suivant son 67^{ème} anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale totale et définitive, médicalement constaté(e) de se livrer à son activité professionnelle ;
- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert de la Mutuelle, après Consolidation de son état de santé, un taux global d'invalidité « N » au moins égal à 66%.

7.4.2 Etendue de la garantie

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale, Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes

Handicapées (CDAPH) ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

En cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le versement au prorata temporis et à terme échu de l'indemnité journalière garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale calculée sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, au prorata de la quotité assurée et dans la limite de 100 % des échéances réellement dûes par l'Adhérent à l'organisme prêteur.

Sont exclus de la garantie les échéances échues et les intérêts non réglés au jour de la survenance du sinistre, ainsi que toutes pénalités.

Toutefois, pendant la période de différé d'amortissement, il sera versé, au prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dûs par l'Adhérent au titre du (des) prêt(s) garanti(s).

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'Invalidité Permanente Totale concomitante des Co-assurés sur la même période, il pourra être versée une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100 % de l'échéance réellement due à l'organisme prêteur. La prise en charge des remboursements intervient pendant la durée de l'invalidité. Elle cesse en cas de reprise totale ou partielle d'activité professionnelle, y compris de surveillance ou de direction.

La Mutuelle se réserve le droit de régler le capital restant dû pondéré par la quotité assurée. Ce capital ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de l'adhésion et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour de la constatation de l'IPT de l'Assuré. Dans tous les cas, il est plafonné à 3 750 000 € par personne assurée au sein de la Mutuelle. Dans ce cas, sont applicables les règles relatives au paiement de la prestation et au cumul d'assurance sur plusieurs têtes telles que mentionnées ci-dessus pour la garantie Décès.

Le paiement du capital restant dû 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.

Détermination du taux Global d'invalidité « N »

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

L'invalidité est constatée par un médecin-expert désigné par la Mutuelle qui reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé. Il détermine le taux global d'invalidité « N » en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle selon le barème de droit commun publié par le « Concours Médical », en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité, des possibilités d'exercice restantes, des possibilités de reclassement correspondant au niveau de formation et d'expérience professionnelle de l'Assuré.

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

| Tx global N | Taux d'Invalidité Fonctionnelle | | | | |
|-------------|---------------------------------|--------|--------|--------|---------|
| | 60.00% | 70.00% | 80.00% | 90.00% | 100.00% |
| 30.00% | | | | | 66.90% |
| 40.00% | | | | 68.70% | 73.70% |
| 50.00% | | | 68.40% | 74.00% | 79.40% |
| 60.00% | | 66.50% | 72.70% | 78.60% | 84.30% |
| 70.00% | | 70.00% | 76.50% | 82.80% | 88.80% |
| 80.00% | 66.00% | 73.20% | 80.00% | 86.50% | 92.80% |
| 90.00% | 68.70% | 76.10% | 83.20% | 90.00% | 96.50% |
| 100.00% | 71.10% | 78.80% | 86.20% | 93.20% | 100.00% |

7.4.3 Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Invalidité Permanente Totale sans pouvoir excéder les limites fixées à l'Article 6.2 « Cessation de l'adhésion ».

Il cesse également en cas de :

- Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 10.3 de la présente Notice.
- Refus de se soumettre au contrôle diligenté par la Mutuelle (sauf cas de force majeure)
- L'évolution de l'état de santé de l'Assuré si le taux d'invalidité devient inférieur à 66%
- Reprise d'une quelconque activité professionnelle même partielle.
- Reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irreversible d'Autonomie

7.5. Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

7.5.1 Définition de la garantie

L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, avant la date de liquidation de sa pension de retraite et au plus tard le 31 décembre suivant son 67^{ème} anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- s'il se trouve définitivement dans l'impossibilité physique ou mentale permanente, médicalement constatée d'exercer une partie de son activité professionnelle ;
- et s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert désigné par la Mutuelle, après Consolidation de son état de santé, un taux global d'invalidité « N » supérieur à 33% et inférieur à 66%.

7.5.2 Etendue de la garantie

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale, Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes



Handicapées (CDAPH) ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

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

Cette fraction de l'indemnité journalière est égale à (N-33) / 33 de l'indemnité journalière garantie au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale telle que définie à l'article 7.3.2 - A - de la présente Notice d'Information.

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

S'agissant de prêts avec une période différée d'amortissement, il sera versé, au prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent au titre du prêt garanti.

Détermination du taux Global d'Invalidité « N »

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle, le taux global d'invalidité « N » doit être supérieur à 33% et inférieur à 66%.

L'invalidité est constatée par un médecin-expert désigné par la Mutuelle qui reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé. Il détermine le taux global d'invalidité « N » en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle selon le barème de droit commun publié par le « Concours Médical », en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité, des possibilités d'exercice restantes, des possibilités de reclassement correspondant au niveau de formation et d'expérience professionnelle de l'Assuré.

Le taux global d'invalidité « N » est révisable à la hausse selon l'aggravation de l'invalidité fonctionnelle de l'Assuré. Le montant des prestations varie en conséquence.

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

| Tx global N | Taux d'Invalidité Fonctionnelle | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | 20.00% | 30.00% | 40.00% | 50.00% | 60.00% | 70.00% | 80.00% | 90.00% | 100.00% |
| 10.00% | | | | | | 36.60% | 40.00% | 43.30% | 46.40% |
| 20.00% | | | | 36.80% | 41.60% | 46.10% | 50.40% | 54.50% | 58.50% |
| 30.00% | | | 36.30% | 42.20% | 47.60% | 52.80% | 57.70% | 62.40% | |
| 40.00% | | | 40.00% | 46.40% | 52.40% | 58.10% | 63.50% | | |
| 50.00% | | 35.60% | 43.10% | 50.00% | 56.50% | 62.60% | | | |
| 60.00% | | 37.80% | 45.80% | 53.10% | 60.00% | | | | |
| 70.00% | | 39.80% | 48.20% | 55.90% | 63.20% | | | | |
| 80.00% | | 41.60% | 50.40% | 58.50% | | | | | |
| 90.00% | | 43.30% | 52.40% | 60.80% | | | | | |
| 100.00% | 34.20% | 44.80% | 54.30% | 63.00% | | | | | |

Toute reprise d'une activité professionnelle à temps plein entraîne la cessation des prestations au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle.

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

7.5.3 Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'Invalidité Permanente Partielle sans pouvoir excéder les limites fixées à l'article 6.2 « Cessation de l'adhésion ».

Il cesse également en cas de :

- Non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation du service des prestations, tel que précisé à l'article 10.3 de la présente Notice ;
- Refus de se soumettre au contrôle diligenté par la Mutuelle (sauf cas de force majeure) ;
- D'évolution de l'état de santé de l'Assuré si son taux d'invalidité devient inférieur à 33% ;
- En cas d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ;
- En cas de reprise d'une activité professionnelle à temps plein ;
- En cas de reconnaissance d'une Perte Totale et Irreversible d'Autonomie et d'indemnisation à ce titre.

7.6 - Option rachat des maladies psychiques et psychiatriques et les atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires :

Sous réserve de l'accord de la Mutuelle et moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire, les exclusions visées aux deux derniers alinéas de l'article 8 – « EXCLUSIONS » ne seront pas appliquées en cas d'ITT, d'IPP ou d'IPP si le postulant à l'assurance a coché « demander la suppression des exclusions liées aux dépressions nerveuses et aux affections dorso-lombaires prévues à l'Article 9 « EXCLUSIONS » de la Notice d'Information » sur la Demande d'Adhésion.

ARTICLE 8 – EXCLUSIONS

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

- Le suicide lorsqu'il intervient pendant la première année qui suit l'adhésion, la remise en vigueur ou toute augmentation ou rallongement de la garantie (article L.223-9 du Code de la Mutualité). Il sera couvert dès la souscription, sans délai dans la limite du montant défini par décret (l'Article D.223-1 du même Code) pour un prêt finançant l'acquisition de la résidence principale.
- Tout fait intentionnel de l'Assuré ou d'un Bénéficiaire, tentative de suicide de l'Assuré ou de mutilation volontaire ou de refus de se soigner au sens de l'article L.324-1 du Code de la Sécurité Sociale.
- Les maladies, Accidents ou infirmités dont les premières manifestations sont antérieures à la prise d'effet des garanties et non déclarés à la Mutuelle. Les suites et conséquences des affections déclarées sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'Assuré ou mention particulière faite au Certificat d'Adhésion.
- Les guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les mouvements de grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les émeutes, les insurrections, les complots, les actes de sabotage. Toutefois, ces exclusions ne s'appliquent pas en cas de légitime défense, en cas d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements.
- Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiations ionisantes ou autres. Toutefois sont prises en charge les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient.

- Les sinistres résultant de l'alcoolisme chronique, de l'usage de stupéfiants, de médicaments à doses non prescrites médicalement, de médicaments pris par automédication.
- Les paris, les défis, la pratique de raids, les tentatives de record, les acrobaties, les exhibitions, les essais préparatoires, les essais de réception.
- La participation à des matchs, courses, paris compétitions sportives, sauf en tant qu'amateur.
- la pratique des sports cités ci-dessous, SAUF dans le cadre d'une activité professionnelle mentionnée sur la Demande d'Adhésion et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée et SAUF si, amateur, l'Assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement : la pratique des sports de combat, du cyclisme en compétition, de l'équitation en compétition et la chasse à courre, de compétitions comportant l'utilisation d'une arme, des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade, de la randonnée en montagne au-dessus de 3000 mètres ou hors pistes, de l'alpinisme, du canyoning, de la spéléologie, du motonautisme en compétition (y compris scooter de mer) ou à plus d'un mile des côtes, de la voile ou du yachting en compétition, de la voile ou du yachting (longues traversées, tour du monde), de la plongée sous-marine, des sports automobiles, de la moto ou motocross en compétition, des vols sur ailes volantes, du deltaplane, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel et du parapente, de l'ULM et tout autre sport aérien et/ou utilisation de tout autre engin aérien.
- 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.234-1-1-2° du Code de la Route.

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

- 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 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 au contrat.
 - Les cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, de syndrome de fatigue / asthénie chronique.
 - Les affections et psychiques et psychiatriques (notamment et non exclusivement : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, y compris les dépressions nerveuses et les dépressions post-partum, troubles de la personnalité, et du comportement, troubles de l'alimentation).
- Toutefois sont pris en charge les affections psychiatriques et leurs conséquences si elles ont nécessité une hospitalisation de plus de 15 jours continus dans les six mois suivant le premier jour d'arrêt de travail.
- Les atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires, sauf si elles ont nécessité une hospitalisation d'au moins 7 jours ou s'il s'agit de fractures.

ARTICLE 9 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

9.1 Modification de la situation personnelle de l'Assuré

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

9.2 Modification du tableau d'amortissement

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des prêts couverts par la présente Notice d'Information en cours de contrat, l'Assuré doit en informer la Mutuelle dès qu'il en a connaissance et lui transmettre le justificatif de l'organisme prêteur (Tableau d'amortissement et attestation) par lettre recommandée avec accusé de réception et au maximum dans un délai de 3 mois. En cas de déclaration hors délai, la rétroactivité sera limitée à 3 mois. La Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au Certificat d'Adhésion prenant effet rétroactivement à la date de modification et pourra être amenée, le cas échéant, à rembourser à l'Assuré une fraction de la cotisation payée.

En cas de remboursement anticipé total : la Mutuelle procédera à la résiliation du contrat et remboursera la fraction des cotisations payées couvrant la période postérieure à la date de remboursement anticipé.

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

Les augmentations d'échéance intervenant après la date de l'arrêt de travail ou dans les 6 mois précédant la date d'arrêt de travail sont sans effet sur le montant des prestations versées en Incapacité Temporaire et d'Invalidité Permanente Partielle

9.3 Modification des garanties

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

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

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

ARTICLE 10 – FORMALITES A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE ET REGLEMENT DES PRESTATIONS

10.1 Formalités en cas de Sinistre

Pour faire valoir ses droits aux prestations, tout Assuré doit être à jour de ses cotisations. La Caution doit notamment justifier de la mise en œuvre d'une procédure contentieuse de recouvrement engagée à son encontre, antérieure à la survenance de l'ITT, l'IPT ou l'IPP.

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

1. Dans tous les cas

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

2. En cas de Décès



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

3. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale

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

4. En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle

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

Et en outre pour les Assurés sociaux

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

10.2 Règlement des prestations

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

10.3 Continuation du service des prestations

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

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

ARTICLE 11 – BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations est:

- L'organisme prêteur, en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale, lorsque la somme est exigible;
- L'Assuré, dans la limite des sommes garanties au jour de l'évènement, en cas d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Incapacité Temporaire Totale.

ARTICLE 12 – TERRITORIALITE

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

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

Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, et d'Incapacité Temporaire Totale survenus hors de France, doivent être constatés médicalement en France métropolitaine, hors Corse pour ouvrir droit au paiement des prestations.

ARTICLE 13 – DECISION DE LA MUTUELLE, CONTRÔLE ET CONTESTATION

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

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

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

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

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

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

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois dans le cas, où le tiers expert confirmerait la décision initiale de la Mutuelle, les frais relatifs à la procédure de tierce expertise seraient à la charge de l'Assuré qui en fait l'avance.

ARTICLE 14 – RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'interprétation et/ou à l'exécution du contrat, l'Assuré pourra s'adresser par écrit à :

Groupe MNCAP – Service Gestion des Réclamations - 5 RUE DOSNE 75116 PARIS.

La mutuelle s'engage à accuser réception de votre demande dans les 10 jours ouvrables suivant sa réception et à vous apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

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



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

Groupe MNCAP – Service Gestion des Réclamations – 5 RUE DOSNE 75116 PARIS.

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

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

La saisine du Médiateur interrompt le cours de la prescription.

ARTICLE 15 – DELAIS DE DECLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

15.1 Délai de déclaration

En cas d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Partielle, est considéré comme forclos tout Assuré n'ayant pas formulé sa demande de prestation à la Mutuelle dans les six mois suivant la survenance du Sinistre sauf impossibilité médicale démontrée. Passé ce délai la Mutuelle ne règlera que les mensualités à échoir.

15.2 Prescription

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

- de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité (prescription) qui prévoit :
« *Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :*

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

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

- de l'article L.221-12 (interruption de la prescription) du Code de la Mutualité qui prévoit :

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

ARTICLE 16 – COTISATIONS D'ASSURANCE

Les garanties du contrat n° 695003 sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle.

Elle est déterminée en fonction :

- de l'âge de l'Assuré à la date d'adhésion,
 - du type de prêt et des garanties retenues par l'Assuré sur la Demande d'Adhésion,
 - des caractéristiques de la garantie ITT/IPT/IPP souscrite (franchise choisie, rachat des exclusions),
 - de l'activité professionnelle de l'Assuré (cf la liste des professions à risques faisant l'objet d'une tarification spéciale dans le lexique figurant à la fin de la présente Notice d'Information),
 - du statut de fumeur ou de non-fumeur de l'Assuré,
- Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital initial. Les cotisations, y compris les taxes en vigueur, sont à échoir.

La cotisation fixée à l'adhésion est garantie sur toute la durée du prêt sauf en cas de changement du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des prêts couverts et/ou de modification de garantie faisant l'objet d'un avenant sur justificatif de l'organisme prêteur. La cotisation comprend la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. En cas de modification de cette dernière au cours de la période de validité des garanties, la Mutuelle informera l'Adhérent de cette modification et la cotisation sera révisée.

Selon la périodicité demandée par l'Adhérent et acceptée par la Mutuelle, les cotisations peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels et trimestriels. Quelle que soit la périodicité choisie, la première quittance représentant les cotisations dues de la Date d'effet au terme suivant, est prélevée au plus tôt quatorze jours calendaires avant la date d'échéance du mandat SEPA.

En cas de remboursement anticipé du prêt, de Décès, de PTIA ou d'IPT, les cotisations perçues indûment seront restituées.

En cas de refus du (des) prêt(s) par l'organisme prêteur, l'Adhérent doit déclarer à la Mutuelle ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les trois mois, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçue(s) par la Mutuelle, lors de l'adhésion, seront alors intégralement remboursées et le contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

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

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

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

Le défaut de paiement d'une cotisation dans les trois mois suivants l'échéance peut entraîner la radiation de l'Adhérent de la Mutuelle et la résiliation de l'ensemble des garanties souscrites par l'Assuré au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure.



Les cotisations échues non payées restent dues.

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

ARTICLE 17 – ADHESION A LA MUTUELLE

Frais d'adhésion :

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

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

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

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

ARTICLE 18 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT – FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, la Mutuelle peut être amenée à interroger les parties au contrat (Adhérents, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

ARTICLE 19 – INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

Les données concernant l'Adhérent sont destinées à la Mutuelle ou son intermédiaire, aux réassureurs et à l'organisme prêteur. Elles sont nécessaires pour la gestion du contrat d'assurance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 « Informatique, Fichiers et Libertés », modifiée par la Loi 2004-801 du 6 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification relatives aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à Groupe MNCAP, 5 rue Dosne 75116 PARIS.

ARTICLE 20 – AUTORITES DE CONTROLE

Il est rappelé que l'autorité de contrôle de la Mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), sise à Paris, au 61, rue Taitbout 75436 Cedex 09.

ARTICLE 21 – DROIT DE RENONCIATION

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L 221-18 du Code de la Mutualité (et les dispositions des articles L 121-26, L 121-26-1, L 121-28, L 121-30 à L 121-33 du Code de la consommation, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur dans un délai de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion formalisée par l'envoi du Certificat d'Adhésion.

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

Dans les autres cas, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à l'assurance sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur dans un délai de trente jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

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

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

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait àle..... « Signature »

Les cotisations éventuellement versées lui sont alors remboursées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation adressée en recommandé.

Au-delà de ce délai, l'Adhérent pourra mettre fin au contrat par résiliation selon les dispositions prévues à l'article 6.2. La renonciation met fin à l'affiliation.

La Mutuelle informe parallèlement l'éventuel Bénéficiaire acceptant.

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

ARTICLE 22 – FACULTE DE RESILIATION

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance. L'Adhérent peut également résilier son adhésion au contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt, en notifiant sa demande à la Mutuelle par lettre recommandée, au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée.

L'Adhérent doit également notifier à la Mutuelle, par lettre recommandée, la décision de l'organisme prêteur ainsi que, le cas échéant, la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par l'organisme prêteur.

En cas d'acceptation par l'organisme prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par la Mutuelle de la décision de l'organisme prêteur, ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

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

ARTICLE 23 – LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

Il est expressément précisé que la Notice d'Information en vigueur au moment de l'adhésion fait la loi entre les parties. Ainsi, les éventuelles Notices d'information adoptées ultérieurement par la Mutuelle s'appliqueront exclusivement aux nouvelles affaires conclues après leur adoption.

Par conséquent, le bénéfice des nouvelles Notices d'Information ne pourra être revendiqué par l'Adhérent pour régir les sinistres à venir se rapportant à son adhésion antérieure.

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

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

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



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

LEXIQUE

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

Adhérent : Personne physique ou morale, membre de la Mutuelle qui souscrit au contrat et en paie les cotisations. Il adhère aux statuts, au règlement mutualiste, et enfin se conforme aux dispositions de la présente Notice d'Information.

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

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra les prestations prévues au contrat d'assurance en cas de réalisation du risque.

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

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

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

Certificat d'Adhésion (CA) : Document remis à l'Assuré constatant son adhésion au contrat. Il matérialise l'acceptation du risque par la Mutuelle et précise : la Date d'effet de l'assurance, les prêts assurés, leurs durées, la Quotité assurée, les cotisations annuelles, le montant des prélèvements effectués selon la périodicité choisie par l'Adhérent.**Co-Emprunteur** : La (les) personnes qui signe(nt) le(s) contrat(s) de prêt avec l'Emprunteur. Elle(s) bénéficie(nt) du crédit au même titre que l'Emprunteur et elles sont soumises aux mêmes obligations.

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

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

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

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

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

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

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail, figurant sur le Certificat d'Adhésion ou sur le dernier avenant au Certificat d'Adhésion, au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail. En cas de pluralité de

prêts, la Franchise choisie par le Candidat à l'assurance à l'Adhésion est identique pour tous les prêts.

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

Professions à risques : Les professions suivantes feront l'objet d'une tarification spéciale : Agent de sécurité, Artificier, Bûcheron, C.R.S, Danseur professionnel, Débardeur, Détective, Docker, Guide de montagne, Guide de haute montagne, Marchand forain, Militaire de carrière, Mineur de fond, Moniteur de ski, Musicien, Officier de sécurité.

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

Rechute : Reprise d'un état pathologique intervenant après une guérison ou une Consolidation apparente et donnant lieu à un nouvel arrêt de travail. L'imputation à la pathologie initiale doit être médicalement constatée.

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque assuré.

Vente à distance : Système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion de l'adhésion.

Le présent document constitue la Notice d'Information prévue par la législation. Il décrit les dispositions du contrat individuel d'assurance n° 75201507 souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété – Assurance Caution – Protection Chômage (MNCAP-AC), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 442 839 452, ci-après dénommée, « la Mutuelle » dont le siège social est situé à Paris (75016), 5 rue Dosne.

Pour une meilleure compréhension de la présente Notice d'Information, nous vous proposons de vous référer au Lexique ci-dessous.

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La présente Notice d'Information est régie par le Code de la Mutualité (branche 16 A), la législation en vigueur et les dispositions particulières figurant au Certificat Individuel d'Adhésion. Celui-ci est établi sur la base des déclarations du Candidat à l'Assurance.

La garantie Protection Chômage est proposée en complément du contrat principal d'assurance de prêt n° 695003 souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP) contre les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle.

Elle a pour objet de garantir à l'Assuré, privé d'emploi par suite d'un licenciement économique tel que défini par l'article L. 1233-3 du Code du travail, d'un licenciement pour inaptitude suite à maladie ou accident, et bénéficiant d'une indemnisation du Pôle Emploi ou de tout autre organisme équivalent, le versement du forfait mensuel garanti, dans la limite de 100 % des échéances du dossier de financement couvert, sans pouvoir dépasser 2000 €.

Conformément à ses statuts, seuls les Adhérents de la Mutuelle, membres participants, peuvent bénéficier du présent contrat. A ce titre, ils paient un droit d'entrée fixé statutairement et participent à la vie de la Mutuelle. Ils perdent la qualité d'Adhérent en cas de démission ou de renonciation au prêt ; expiration et déchéance du terme des prêts ; radiation, exclusion de la Mutuelle.

En tout état de cause, la perte de la qualité d'Adhérent entraîne systématiquement la cessation des garanties.

ARTICLE 2 – DEFINITIONS

Le lexique ci-dessous est à la disposition des Adhérents pour une parfaite 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 physique ou morale, membre de la Mutuelle qui souscrit le contrat d'assurance Protection Chômage et en paie les cotisations. Il adhère aux statuts, au règlement mutualiste de la Mutuelle et se conforme aux dispositions de la présente Notice d'Information.

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

Si l'Assuré est caution du prêt garanti, il doit notamment justifier de la mise en œuvre d'une procédure contentieuse de recouvrement engagée à son encontre, antérieure à la survenance du sinistre chômage et avoir rempli ses obligations de caution depuis plus de six mois à la date de survenance du risque pour bénéficier des garanties.

Bénéficiaire : Personne physique qui percevra les prestations prévues au contrat d'assurance en cas de réalisation du risque.

Bon Pour Accord : Proposition d'assurance émise par la Mutuelle précisant le montant du prêt garanti, la quotité assurée, les garanties accordées, les conditions tarifaires, les événements faisant l'objet de réserve et les conditions particulières. Son retour daté et signé de la main

de l'Assuré matérialise l'acceptation des conditions d'assurance par ce dernier.

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

Carence ou délai d'attente : Période décomptée à partir de la date d'adhésion et durant laquelle la garantie ne s'applique pas.

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

CDI : Contrat à Durée Indéterminée.

CIA : Certificat Individuel d'Adhésion Document remis à l'adhérent confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise notamment les garanties souscrites, leur date d'effet et leur montant.

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

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

Contrat principal d'assurance de prêt: Contrat d'assurance souscrit par l'Adhérent auprès de la MNCAP contre les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle.

Date d'effet : La date d'effet de l'adhésion correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu. Elle est précisée sur le la Demande d'Adhésion.

Délai de déclaration : Délai contractuellement imparti à un Assuré pour faire valoir ses droits à prestations.

Demande d'Adhésion: Imprimé renseigné par le Candidat à l'Assurance en vue de souscrire au présent contrat individuel d'assurance.

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

Forfait mensuel garanti : montant garanti choisi par l'Assuré figurant sur la Demande d'Adhésion.

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs de chômage indemnisés par le Pôle emploi précisé sur la Demande d'Adhésion au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Protection Chômage.

Licenciement pour motif économique : Licenciement pour un ou plusieurs motifs non inhérents à la personne du salarié résultant d'une suppression ou transformation d'emploi ou d'une modification substantielle du contrat de travail consécutive notamment à des difficultés économiques ou à des mutations technologiques.

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

Période de chômage : Période indemnisée par le Pôle Emploi ou tout autre organisme équivalent.

Sinistre: Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque assuré.

Vente à distance : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADHESION

Les conditions d'appréciation du risque à l'adhésion et le tarif mentionné sur la Demande d'Adhésion s'appliquent sur toute la durée du contrat.

Pour bénéficier de l'Option Protection Chômage, le Candidat à l'Assurance doit, au moment de son adhésion :

- être couvert, au titre du dossier de financement concerné, contre les risques de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, par le contrat principal d'assurance de prêt de la MNCAP, souscrit depuis moins de 3 ans à compter de la date d'effet de l'Option Protection Chômage ;
- Exercer à titre principal une activité salariée en CDI ;
- En cas de perte d'emploi, être susceptible de bénéficier des allocations du Pôle Emploi prévues par le Code du travail, ou de prestations émanant de tout autre organisme équivalent (ou par l'état pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires de l'Etat ou d'une collectivités locale) ;

Le Candidat à l'Assurance ne doit pas, à la date de prise d'effet de l'assurance :

- Etre salarié d'une entreprise à l'encontre de laquelle a été ouverte une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire ;
- Etre en période de préavis de licenciement ;
- Avoir connaissance d'une procédure de suppression d'emploi le concernant au sein de l'entreprise.

3.1 RESIDENCE

Le présent contrat est réservé aux Candidats à l'Assurance résidant en France Continentale.

3.2 AGE A L'ADHESION

Le Candidat à l'Assurance doit être âgé de 18 ans au moins et de 55 ans au plus à l'adhésion.

3.3 PRETS ASSURABLES

L'assurance concerne les opérations de crédit consenties par des établissements de crédit français ou par des succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un état membre de l'Union Européenne et réalisées en euros. Il est précisé que le bien, objet du crédit assuré doit être situé en France.

Sont couverts dans le cadre du présent contrat les prêts immobiliers amortissables à taux fixe ou à taux variable d'une durée maximum de 360 mois.

3.4 FORFAIT MENSUEL GARANTI

Le Candidat à l'Assurance choisit à l'adhésion le montant du Forfait mensuel garanti (minimum de 100€, puis par tranche de 10€, et dans la limite de l'échéance de remboursement de l'opération de crédit et sans pouvoir dépasser 2000 €).

3.5 FORMALITES D'ADHESION

Les demandes d'adhésion comportant les principales caractéristiques de l'opération de crédit sont reçues à l'aide de la Demande d'Adhésion mise à la disposition des Candidats à l'assurance par la Mutuelle. Elle précise le forfait mensuel garanti et la durée de couverture choisie.

Si le Candidat à l'assurance ne souscrit pas la garantie Protection Chômage simultanément au contrat principal d'assurance de prêt mais dans les 3 ans qui suivent la signature de la Demande d'Adhésion au contrat principal d'assurance de prêt, il devra en outre signer une Déclaration d'Etat de Santé inchangé depuis cette date.

L'attention des Candidats à l'Assurance est attirée sur les sanctions prévues par le Code de la Mutualité relativement aux déclarations qu'il fait et qui servent de base au contrat, en particulier l'article L221-14 qui dispose : **«Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie**

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

Ces dispositions sont applicables tant à l'adhésion qu'en cas de sinistre.

ARTICLE 4 – ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

L'Option Protection Chômage est accordée lorsque l'Assuré est licencié d'une entreprise dont le siège social est situé en France Continentale.

ARTICLE 5 – DEFINITION

La garantie Protection Chômage intervient lorsque :

- L'Assuré a perdu son emploi par suite d'un licenciement pour motif économique totalement indépendant de sa volonté, par suite de maladie ou d'inaptitude physique totale au travail reconnue médicalement.
- La situation de l'Assuré lui permet de percevoir les allocations du Pôle Emploi prévues par le Code du travail ou équivalentes, ainsi que les allocations de formation qui y sont liées.

La garantie Protection Chômage ne peut pas intervenir en cas de prise en charge pour le même Assuré et le même dossier de crédit au titre d'un arrêt de travail ou d'une Invalidité Permanente Totale assuré(e) dans le cadre du contrat principal d'assurance de prêt. En cas de prise en charge au titre de l'Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré au chômage répondant à la définition ci-dessus pourra être indemnisé à hauteur du forfait choisi, déduction faite des prestations reçues et dans la limite de l'échéance de remboursement.

ARTICLE 6 – PRESTATIONS SERVIES

Montant et durée des prestations

Les prestations sont égales à 100% du montant forfaitaire garanti par période indemnisée.

Elles sont versées à partir du 91^{ème} jour de chômage total et continu suivant le début de la période de chômage sous forme d'une indemnité journalière correspondant à 1/30e du montant forfaitaire mensuel garanti, au prorata du nombre de jours indemnisés par le Pôle Emploi ou organisme assimilé pendant une période de 360 ou 540 jours selon l'option choisie à l'adhésion.

A l'expiration d'une période d'indemnisation de 360 jours ou 540 jours (selon l'option choisie), les versements sont interrompus. Ils ne peuvent reprendre pour une nouvelle période qu'après une reprise d'activité salariée minimum de 6 mois continus chez un même employeur au titre de contrats à durée déterminée ou indéterminée.

Le nombre de périodes indemnisées n'est pas limité. Cependant, la durée d'indemnisation cumulée pour un dossier de financement est plafonnée à 720 jours par Assuré.

Franchise

La franchise de 90 jours est appliquée à chaque nouvelle période de chômage.

- Une indemnisation par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la maternité pendant la période de franchise suspend le décompte des 90 jours jusqu'à reprise de l'indemnisation par le Pôle Emploi ou tout autre organisme équivalent.
- Une reprise d'activité salariée à titre temporaire (CDD, Intérim, travail saisonnier), d'une durée inférieure à 6 mois pendant la période de franchise n'a qu'un effet suspensif sur le décompte de ladite franchise. Le décompte de la franchise reprend le jour de la reprise des paiements des indemnités par le Pôle Emploi. Il ne peut être suspendu que 2 fois sur une période de 12 mois à partir du jour de survenance du licenciement initialement garanti. Cette disposition est également applicable en cas de rupture d'une période d'essai d'un CDI à l'initiative de l'employeur.
- En cas de reprise d'activité à temps partiel, quelle que soit sa durée, pendant la période de franchise, le décompte de la franchise se poursuit au prorata du nombre de jours indemnisé par le Pôle Emploi.

Les contrats N° 695003 et N° 75201507 sont assurés et gérés par le Groupe MNCAP (MNCAP et MNCAP-AC) – La MNCAP et la MNCAP-AC sont des Mutuelles régies par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrées respectivement au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 et 442 839 452 - Contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS – Affiliées à l'UMG Cap Mutualité. Les contrats sont distribués par AS DU GRAND LYON - Société à responsabilité limitée unipersonnelle – Courtier en assurance – Enregistré à l'ORIAS sous le n° 07003448 – Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 437 767 916 – Siège social : 89 Avenue des Bruyères 69150 DECINES CHARPIEU

201604 Notice d'Information Contrat Protection Chômage n° 75201507

- Une reprise d'activité salariée à titre temporaire (CDD, Intérim, travail saisonnier) d'une durée inférieure à 6 mois, à la suite d'une période indemnisée, n'a qu'un effet suspensif sur le versement des prestations. Il ne pourra être suspendu plus d'une fois. Le versement des prestations reprend au jour du paiement des indemnités par le Pôle Emploi, sans application d'une nouvelle période de franchise, pour une durée maximale cumulée de 360 jours ou 540 jours (selon l'option choisie) au titre du licenciement initial garanti. Cette disposition est également applicable en cas de rupture d'une période d'essai d'un CDI à l'initiative de l'employeur.
- En cas de reprise d'activité à temps partiel, quelle que soit sa durée, à la suite d'une période indemnisée, le versement des prestations se poursuit au prorata du nombre de jours indemnisé par le Pôle Emploi.
- Une suspension de prise en charge pour cause de maladie, maternité ou d'invalidité interrompant les indemnités du Pôle Emploi ou de tout autre organisme équivalent (ou par l'Etat pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires de l'Etat ou d'une Collectivité Locale) ne donne pas lieu à application de la franchise à la fin de la suspension et ce, quelle que soit sa durée.
- Une reprise d'activité supérieure ou égale à 6 mois ouvre droit, après application d'un délai de franchise, à une nouvelle période d'indemnisation de 360 jours ou 540 jours (selon l'option choisie) pour autant que l'Assuré remplisse les conditions de droit à prestations rappelées à l'article 5.

Limites d'indemnisation

En cas d'augmentation de la mensualité, l'intervention de la Mutuelle ne saurait être supérieure au montant du forfait souscrit.

En cas de diminution des mensualités, la Mutuelle indemnise l'Assuré à hauteur du forfait mensuel garanti si le différentiel entre la mensualité réellement due et le forfait garanti n'excède pas 20 %. Au-delà de cette limite, l'Assuré sera indemnisé à hauteur de 80% du forfait mensuel garanti.

Pluralité d'emprunteurs

En cas de pluralité d'emprunteurs ayant souscrit le contrat principal d'assurance de prêt et la garantie Protection Chômage pour un même dossier de financement, la prestation versée au titre de la garantie Protection Chômage ne peut excéder la mensualité due à l'établissement prêteur après prise en charge par les garanties Incapacité et Invalidité.

SI LA GARANTIE PROTECTION CHOMAGE EST SOUSCRITE PAR PLUSIEURS EMPRUNTEURS, EN CAS DE SINISTRE CONCOMITANT, LE MONTANT TOTAL DES PRESTATIONS SERVIES AU TITRE D'UN MEME DOSSIER DE FINANCEMENT NE PEUT EXCEDER 100% DE LA MENSUALITE DUE A L'ETABLISSEMENT PRETEUR SANS POUVOIR DEPASSER 2000 €. LES DROITS DU (OU DES) AUTRE(S) EMPRUNTEUR(S) SONT ALORS REPORTES A LA FIN DE LA PERIODE D'INDEMNISATION DU PREMIER EMPRUNTEUR DANS LES MEMES CONDITIONS D'INTERVENTION, DE MISE EN ŒUVRE ET DE DUREE, A MOINS QUE L'INDEMNISATION PUISSE ETRE SIMULTANEE DANS LA LIMITE FIXEE CI-DESSUS.

ARTICLE 7 – EXCLUSIONS DE GARANTIES

La garantie Protection Chômage pour licenciement suite à maladie ou inaptitude physique totale au travail reconnue médicalement est accordée sous réserves des limites et exclusions prévues dans le contrat principal d'assurance de prêt en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle.

Lorsque la souscription de la garantie Protection Chômage n'est pas simultanée à la souscription du contrat principal d'assurance et que le Candidat à l'assurance ne peut pas signer la Déclaration d'Etat de Santé inchangée depuis son adhésion au contrat principal d'assurance de prêt, la garantie Protection Chômage sera limitée à une prise en charge du licenciement pour motif économique exclusivement.

Dans ce dernier cas, les conditions d'acceptation à l'assurance sont notifiées au Candidat à l'assurance par lettre sous pli confidentiel, appelé « Bon pour accord », valable pour une date d'effet intervenant dans les 90 jours à compter de sa date d'émission et ce dans le respect des règles

de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Il reprend le montant du forfait mensuel garanti et la durée de la période d'indemnisation (360 ou 540 jours selon l'option choisie).

L'acceptation expresse de l'Assuré est matérialisée par le retour signé du « Bon pour accord » à la Mutuelle. A défaut, sauf accord de la Mutuelle, des formalités d'Adhésion devront être renouvelées.

Sont exclues de la garantie les situations de chômage résultant :

- d'une rupture conventionnelle ;
- d'un licenciement non pris en charge par le Pôle Emploi ou tout autre organisme équivalent (ou par l'Etat pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires de l'Etat ou d'une Collectivité Locale) ;
- de la perte d'emploi après démission de l'intéressé, même si elle est indemnisée par le Pôle Emploi ou tout autre organisme équivalent ;
- de toute perte d'emploi relevant d'un licenciement individuel ou collectif pour faute grave ou faute lourde ;
- du licenciement d'un assuré salarié de son conjoint, d'un ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral, à l'exception des cas de liquidation judiciaire ;
- d'une fin de contrat de travail à durée déterminée (temporaire, saisonnier), à l'exception des cas prévus à l'Article 6 ;
- d'une fin de période d'essai non concluante, à l'exception du cas prévu à l'Article 6 ;
- d'une mise en retraite ou pré-retraite (dont Fonds National pour l'Emploi pré-retraite), et plus généralement de toute forme de cessation d'activité dont la réglementation implique la non-recherche d'un nouvel emploi.

Est également exclu le chômage partiel ou pour fin de chantier, à l'exception du chômage partiel résultant d'une reprise d'activité à temps partiel pendant une période de chômage indemnisée par la Mutuelle (cas prévu à l'Article 6).

Dans ce cas, l'Assuré doit justifier de la perception d'allocations du Pôle Emploi ou de tout autre organisme assimilé. Les prestations sont servies au prorata du nombre de jours indemnisés à ce titre.

II. BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Le règlement des prestations est effectué directement par la Mutuelle auprès de l'Assuré.

III. LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 8 – DATE D'EFFET DES GARANTIES, DELAIS D'ATTENTE

8.1 DATE D'EFFET DU CONTRAT

Les garanties prennent effet, après acceptation des risques par la Mutuelle et sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion délivré par la Mutuelle à l'Adhérent et au plus tôt à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds intervienne dans les 6 mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté).

La garantie s'applique à chacun de prêts pendant toute leur durée contractuelle dans les limites précisées à l'article 9 « Durée et Cessation de la garantie ».

8.2 DELAIS D'ATTENTE

La garantie est définitivement acquise à l'issue d'un délai d'attente, pendant lequel toute notification de licenciement ou toute rupture du contrat de travail ne donne pas lieu à prise en charge.

- Pour les Assurés salariés en CDI de plus de 6 mois continus chez le même employeur à la date d'effet du contrat : le délai d'attente est de 180 jours continus au titre d'un CDI chez le même employeur à compter de la date d'effet.

- POUR LES AUTRES ASSURES : LE DELAI D'ATTENTE EST DE 365 JOURS CONTINUS AU TITRE D'UN CDI CHEZ LE MEME EMPLOYEUR A COMPTER DE LA DATE D'EFFET.

ARTICLE 9 – DUREE ET CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties sont acquises à l'Assuré pendant la durée précisée sur le Certificat individuel d'Adhésion, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

Les prestations cessent de produire leurs effets :

- Quand l'Assuré reprend une activité rémunérée quelle qu'en soit sa nature, à titre salarié ou non,
- Quand l'indemnisation du chômage par le Pôle Emploi ou tout autre organisme équivalent est interrompue, notamment en cas de maladie, maternité ou invalidité,
- Après 360 jours ou, 540 jours d'indemnisation (selon l'option choisie) de prestations au titre d'une période de chômage indemnisée, ou 720 jours au cumul des périodes de prestations au titre du dossier de financement concerné.

Les garanties cessent :

- Au terme normal du prêt dans les limites contractuelles rappelées ci-dessous, sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;
- A la date de remboursement anticipé total de chaque prêt ;
- En cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la Mutualité ;
- Au jour où le capital garanti, en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est dû ;
- Le jour où le contrat principal d'assurance de prêt prend fin ;
- A l'admission à la retraite ou préretraite de l'Assuré quelle qu'en soit la cause, et au plus tard le 31 décembre suivant son 64ème anniversaire;
- Au jour où l'Assuré n'exerce plus d'activité de salarié lui donnant droit, en cas de perte d'emploi, aux prestations de Pôle Emploi ou émanant de tout autre organisme équivalent pour les salariés du secteur public. Toutefois, l'Assuré peut continuer à payer la cotisation afin d'être maintenu dans le présent contrat pour le cas où il serait susceptible de bénéficier à nouveau des prestations prévues par le Code du Travail en cas de perte d'emploi ;
- En cas de remboursement anticipé partiel volontaire, forcé, consécutif à la mise en jeu de l'une des garanties prévues au présent contrat, ou en cas de réduction du montant du prêt, les garanties se poursuivent avec la même quotité assurée sur le montant du capital restant dû après déduction du remboursement anticipé et sur le montant des nouvelles échéances ;
- A la date de transfert du prêt à un autre Organisme Prêteur ;
- A la date d'exigibilité du prêt avant terme, quelle qu'en soit la cause ;
- Dès lors que l'Assuré n'habite plus en France Continentale.

Cessation de l'adhésion

L'Adhérent peut résilier son adhésion chaque année à l'échéance anniversaire, **sous réserve de l'accord préalable écrit de l'Organisme Prêteur** s'il est bénéficiaire au contrat, par lettre recommandée avec accusé de réception avec un préavis de 2 mois minimum ; Cette faculté de résiliation devient immédiate, dès lors que l'Assuré perd son statut de salarié et/ou son éligibilité à indemnisation

La résiliation du contrat d'assurance principal de prêt entraîne de plein droit la résiliation du contrat Option Protection Chômage conclu entre l'Adhérent et la Mutuelle. Les garanties sont cependant maintenues aux adhésions en cours jusqu'au terme des prêts garantis dans les mêmes conditions que celles du présent contrat.

ARTICLE 10 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

Le choix du forfait mensuel garanti à l'adhésion est définitif y compris en cas de modification du tableau d'amortissement.

L'Assuré peut, à tout moment, demander la suppression de l'Option « Protection Chômage ». Cette demande prendra effet à la date de réception par la Mutuelle de l'autorisation écrite de l'Organisme Prêteur.

ARTICLE 11 – COTISATIONS

Les garanties du contrat n° 75201507 sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle.

Selon la périodicité demandée par l'Adhérent et acceptée par la Mutuelle

Les contrats N° 695003 et N° 75201507 sont assurés et gérés par le Groupe MNCAP (MNCAP et MNCAP-AC) – La MNCAP et la MNCAP-AC sont des Mutuelles régies par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrées respectivement au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 et 442 839 452 - Contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS – Affiliées à l'UMG Cap Mutualité. Les contrats sont distribués par AS DU GRAND LYON - Société à responsabilité limitée unipersonnelle – Courtier en assurance – Enregistré à l'ORIAS sous le n° 07003448 – Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 437 767 916 – Siège social : 89 Avenue des Bruyères 69150 DECINES CHARPIEU

201604 Notice d'Information Contrat Protection Chômage n° 75201507

dans le cadre du contrat principal d'assurance de prêt, les cotisations peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels ou trimestriels. Quelle que soit la périodicité choisie, la première quittance représentant les cotisations dues de la date d'effet au terme suivant, est prélevée au plus tôt 14 jours calendaires avant la date d'échéance du mandat SEPA.

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

La Mutuelle ne peut se trouver engagée que par le paiement régulier des cotisations.

La cotisation peut être révisée par la Mutuelle :

- au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du contrat. Le nouvel échéancier sera porté à la connaissance de l'Adhérent avant le 31 octobre précédent la modification. L'Adhérent sera libre de résilier son adhésion en le signifiant à la Mutuelle par simple lettre dans les 30 jours suivants cette notification. A défaut, il sera réputé l'accepter ;
- de plein droit, en cas de relèvement des taxes en vigueur à l'adhésion du contrat ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables au contrat.

Pour chaque Assuré Emprunteur ou Co-Emprunteur, la cotisation à payer figure sur la Demande d'Adhésion.

Elle dépend de l'âge de l'Assuré et de la durée de la période d'indemnisation choisie à l'adhésion.

ARTICLE 12 –DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de non-paiement d'une cotisation due au titre du contrat n° 75201507 et à l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de son échéance, en application des dispositions et des modalités de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, la Mutuelle adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure.

A l'issue d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de cette lettre et à défaut de paiement de la cotisation due, l'adhésion au contrat est résiliée de plein droit.

La Mutuelle informera de cette résiliation l'Organisme Prêteur, s'il est bénéficiaire acceptant.

ARTICLE 13 – REMBOURSEMENT ANTICIPE DU OU DES PRETS COUVERTS PAR LE PRESENT CONTRAT

L'Adhérent est tenu de déclarer à la Mutuelle dans un délai de 3 mois tout remboursement partiel ou total du ou des prêts couverts par le présent contrat, et de fournir un justificatif de l'Organisme Prêteur précisant la date du remboursement.

En cas de remboursement total du prêt : la Mutuelle procèdera à la résiliation du contrat et remboursera la fraction des cotisations payées couvrant la période postérieure à la date du remboursement anticipé.

En cas de remboursement partiel : la Mutuelle procèdera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du prêt et pourra être amené à rembourser une fraction des cotisations payées. **Dans tous les cas, la rétroactivité sera limitée à 3 mois en cas de déclaration hors délai.**

ARTICLE 14 – REFUS DU OU DES PRET(S) PAR L'ORGANISME PRETEUR

En cas de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme Prêteur, l'Adhérent doit déclarer à la Mutuelle ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 3 mois, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçues par la Mutuelle, lors de l'adhésion seront alors intégralement remboursées et le contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

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

I. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Pour faire valoir ses droits aux prestations, l'Adhérent doit être à jour de ses cotisations et justifier de ses engagements. Le règlement des prestations est effectué directement au bénéficiaire.

Les sinistres doivent être déclarés à la Mutuelle.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants-droits, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, aux circonstances ou aux conséquences du sinistre, entraînent la déchéance de tout droit aux garanties du présent contrat pour le sinistre en cause.

L'Assuré doit apporter la preuve de l'état de chômage et transmettre les pièces justificatives suivantes à :

MNCAP-AC - Service Prestations – 5 rue Dosne 75116 PARIS

- Une copie de la lettre de licenciement précisant la date d'embauche et le (ou les) motif(s) du licenciement, une copie de l'accord conclu entre les parties en cas de départ négocié pour motif économique, de l'attestation de l'employeur au Pôle Emploi ;
- L'attestation d'admission au bénéfice de l'allocation assurance chômage délivrée par le Pôle Emploi, par l'Etat, ou une attestation émanant de tout autre organisme équivalent ;
- Les décomptes d'allocations du Pôle Emploi ou assimilées depuis l'origine et ceux correspondants à la période indemnisable ;
- Les justificatifs des échéances supportées pour le remboursement du capital assuré (copie des tableaux d'amortissement certifiés inchangés à la date du chômage) ;
- Les bulletins de salaire des 3 mois ayant précédés le début du chômage;
- Le dernier bulletin de salaire du mois précédent l'adhésion ;
- Eventuellement toute pièce complémentaire permettant à la Mutuelle d'apprécier la situation de l'Assuré.

Délai de déclaration : Si la déclaration de perte d'emploi est faite plus de 120 jours après le début de la période de chômage, le chômage sera considéré comme s'étant produit le jour où la déclaration aura été faite, le délai de franchise ne s'appliquant pas dans ce cas.

II. DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 16 - CHANGEMENT DE DOMICILE

L'Adhérent et ou l'Assuré est (sont) tenu(s) d'aviser la Mutuelle de tout changement de domicile à :

MNCAP-AC - 5 rue Dosne 75116 PARIS.

A défaut, les lettres recommandées qui seront adressées à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

ARTICLE 17 - CHANGEMENT DE COMPTE BANCAIRE

En cas de modifications des coordonnées bancaires transmises lors de l'adhésion, une demande de modification avec le nouveau RIB devra être adressée au service de gestion à l'adresse suivante :

MNCAP-AC, 5 rue Dosne 75116 PARIS.

A réception, un nouveau mandat SEPA sera adressé à l'Adhérent pour être complété et remis à l'Organisme Prêteur.

ARTICLE 18 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT

La Mutuelle participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, la Mutuelle peut être amené à interroger les parties au contrat (Adhérent, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il est ainsi notamment demandé à l'Adhérent d'expliquer la raison de sa renonciation, si la cotisation à rembourser dépasse 1000 euros ou d'expliquer la raison d'une résiliation dans les deux premières années de l'assurance.

Avant toute saisine du Médiateur visé à l'Article 20 ci-après, l'Assuré devra obligatoirement solliciter la position du Service Réclamations.

ARTICLE 19 – MÉDIATION

En cas de difficultés liées à l'interprétation et/ou à l'exécution du contrat, l'Assuré pourra s'adresser par écrit à :

Groupe MNCAP, 5 rue Dosne 75116 PARIS.

En cas de désaccord avec la position définitive de la Mutuelle, c'est-à-dire après épuisement des voies de recours internes à la Mutuelle l'Assuré ou

ses ayants-droit peut(vent) demander l'avis du Médiateur de la FNNF à : **FNNF - Service Médiation - 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15.**

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

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

La demande écrite et signée devra autoriser le Médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier à l'exception du volet médical détenu par le Médecin Conseil de la Mutuelle.

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

La saisine du Médiateur interrompt le cours de la prescription.

ARTICLE 20 - INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

Les données concernant l'Assuré sont destinées à la Mutuelle ou son intermédiaire, aux réassureurs et à l'Organisme Prêteur. Elles sont nécessaires pour la gestion du contrat d'assurance.

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

MNCAP-AC – 5 rue Dosne 75116 Paris.

ARTICLE 21 – PRESCRIPTION

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

- de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité (prescription) qui prévoit : « *Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.*

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

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

- de l'article L 221-12 (interruption de la prescription) du Code de la Mutualité qui prévoit :

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

ARTICLE 22 - AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité administrative chargée du contrôle de la Mutuelle est l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75 436 Paris Cédex 09.**

ARTICLE 23 : DROIT DE RENONCIATION

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L 221-18 du Code de la Mutualité (et les dispositions des articles L 121-26, L 121-26-1, L 121-28, L 121-30 à L 121-33 du Code de la consommation, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur dans un délai de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion formalisée par l'envoi du Certificat d'Adhésion. La Mutuelle prolonge ce délai de renonciation de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion à trente jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

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

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

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

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait à....., le..... « Signature »

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

Au-delà de ce délai, l'Adhérent pourra mettre fin au contrat par résiliation selon les dispositions prévues à l'article 9. La renonciation met fin à l'affiliation.

La Mutuelle informe parallèlement l'éventuel Bénéficiaire acceptant.

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

ARTICLE 24 – FACULTE DE RESILIATION

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, l'Adhérent peut résilier son adhésion au contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt, en notifiant sa demande à la Mutuelle par lettre recommandée, au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée.

L'Adhérent doit également notifier à la Mutuelle, par lettre recommandée, la décision de l'organisme prêteur ainsi que, le cas échéant, la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par l'organisme prêteur.

En cas d'acceptation par l'organisme prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par la Mutuelle de la décision de l'organisme prêteur, ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

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

ARTICLE 25 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

Il est expressément précisé que la Notice d'Information en vigueur au moment de l'adhésion fait la loi entre les parties. Ainsi, les éventuelles Notices d'information adoptées ultérieurement par la Mutuelle s'appliqueront exclusivement aux nouvelles affaires conclues après leur adoption.

Par conséquent, le bénéfice de la nouvelle Notice d'Information ne pourra être revendiqué par l'Adhérent pour régir les sinistres à venir se rapportant à des adhésions antérieures.

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

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

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

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



EQUIVALENCE DES GARANTIES CONTRATS EMPRUNTEUR MNCAP N°695003 et PERTE D'EMPLOI N° 75201507

Madame, Monsieur,

Le Groupe MNCAP est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, dont le cœur de métier est l'assurance emprunteur depuis plus de 40 ans.

Elle se distingue par son expertise d'assureur et gestionnaire des risques aggravés (hors convention AERAS), des « Non-Résidents » et des risques spéciaux tels que les gros capitaux, les risques sportifs, les professions à risques...

Les produits du Groupe MNCAP offrent de larges garanties qui satisfont aisément aux critères d'équivalence du niveau de garantie introduite en assurance emprunteur par la loi Lagarde du 1er juillet 2010.

L'article L.312-9 du code de la Consommation dispose ainsi que « le prêteur ne peut pas refuser en garantie un autre contrat d'assurance dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance de groupe qu'il propose. Toute décision de refus doit être motivée »

Par ailleurs, nous nous permettons de vous rappeler ci-après les principes et recommandations définis par le CCSF (Avis du 18 décembre 2012 et du 13 janvier 2015) :

- le dispositif d'évaluation de l'équivalence du niveau de garantie mis en place par l'établissement doit permettre l'analyse de bonne foi de toute proposition d'assurance apportée par l'emprunteur ;
- l'équivalence du niveau de garantie n'est pas l'identité des garanties mais découle d'une analyse globale. Cela implique par conséquent qu'un refus d'assurance déléguée ne peut être motivé par leur non-identité ;
- le devoir de conseil du distributeur d'assurance est essentiel pour que les garanties soient analysées en fonction de la situation concrète de l'assuré ;
- sauf cas particuliers, les dossiers d'assurance déléguée doivent être analysés dans un délai maximal de huit jours (porté à 10 jours par la loi bancaire du 26 juillet 2013) ;
- en cas de refus de l'assurance déléguée, la demande devrait être réexaminée par une personne ou par une structure autre que celle qui a pris la décision de refus ;
- les motivations de refus d'assurance déléguée doivent être explicites, datées et conformes aux meilleures pratiques constatées.

L'avis du 13 janvier 2015, qui entrera en vigueur en octobre 2015, établit une liste limitative des caractéristiques minimales exigibles de la part des établissements prêteurs afin de respecter le principe d'équivalence.

Vous pourrez ainsi constater que notre contrat Emprunteur MNCAP n° 695003 répond favorablement à l'ensemble de ces critères.

Pour la MNCAP

Directeur Des Opérations



EQUIVALENCE DES GARANTIES
CONTRATS EMPRUNTEUR MNCAP N°695003 et PERTE D'EMPLOI N° 75201507

| DEFINITION DES GARANTIES | EQUIVALENCES DES GARANTIES | CONTRAT EMPRUNTEUR MNCAP N° 695003 |
|--|--|---|
| POUR LES GARANTIES DECES, PTIA, INVALIDITE ET INCAPACITE | | |
| Couverture des sports amateurs pratiqués par l'emprunteur à la date de souscription | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Les assurés sont couverts pour les sports même extrêmes lors d'initiation ou de baptêmes. (Notice d'information Art.7) |
| Maintien de la couverture en cas de déplacement dans le monde entier <ul style="list-style-type: none"> • A titre personnel • A titre professionnel ou humanitaire | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | L'Assuré est couvert dans tous les pays, sous réserve d'un accord préalable de la Mutuelle en cas de séjour ou de voyage excédant une durée de 90 jours par an en dehors de son pays de résidence (Notice d'information Art.12) |
| GARANTIE DECES | | |
| Couverture de la garantie décès pendant toute la durée du prêt ? | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | La garantie décès cesse le 31 décembre suivant le 85ème anniversaire de l'assuré (Notice d'information Art 6.2). La réponse à cette question dépend de l'âge de l'assuré et de la durée du prêt le jour de la souscription. |
| GARANTIE PTIA | | |
| Couverture de la garantie PTIA pendant toute la durée du prêt ? | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | La garantie PTIA cesse le 31 décembre suivant le 67ème anniversaire de l'assuré (Notice d'information Art 6.2). La réponse à cette question dépend de l'âge de l'assuré et de la durée du prêt le jour de la souscription. |
| GARANTIE INCAPACITE | | |
| Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | La garantie ITT cesse le 31 décembre suivant le 67ème anniversaire de l'assuré (Notice d'information Art 6.2). La réponse à cette question dépend de l'âge de l'assuré et de la durée du prêt le jour de la souscription. |
| Délai de franchise | <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 30 jours <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 60 jours <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 90 jours <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 120 jours <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 180 jours | Selon l'option choisie sur la demande d'adhésion |
| Pour une personne en activité, évaluation en fonction de la profession exercée au moment du sinistre | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Voir Notice d'information Art 7.3.1 |
| Pour une personne en activité, prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre. | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Le paiement de la prestation est toutefois calculé en fonction de la quotité choisie à l'adhésion. |
| Maintien de la couverture en cas de temps partiel thérapeutique avec une prise en charge minimale de 50% sur une durée d'au moins 90 jours | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | En cas de reprise à temps partiel thérapeutique la prise en charge se poursuit à hauteur de 50% de la prestation garantie en ITT sur une période ne pouvant excéder 180 jours (Notice d'information Art 7.3.2 C). |
| Couverture des inactifs au moment du sinistre | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si l'assuré n'exerce aucune profession fiscalement déclarée au jour de l'incapacité de travail ou est au chômage et bénéficie des allocations ARE de Pôle Emploi ou d'organismes similaires : Les prestations sont réglées à hauteur de 50% de l'indemnité journalière normalement due. |
| Couverture des affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si l'assuré a été hospitalisé plus de 7 jours ou s'il s'agit d'une fracture Si l'assuré a été hospitalisé plus de 15 jours continus |

Les contrats N° 695003 et N° 75201507 sont assurés et gérés par le Groupe MNCAP (MNCAP et MNCAP-AC) – La MNCAP et la MNCAP-AC sont des Mutuelles régies par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrées respectivement au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 et 442 839 452 - Contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS – Affiliées à l'UMG Cap Mutualité. Les contrats sont distribués par AS DU GRAND LYON - Société à responsabilité limitée unipersonnelle – Courtier en assurance – Enregistré à l'ORIAS sous le n° 07003448 – Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 437 767 916 – Siège social : 89 Avenue des Bruyères 69150 DECINES CHARPIEU



EQUIVALENCE DES GARANTIES
CONTRATS EMPRUNTEUR MNCAP N°695003 et PERTE D'EMPLOI N° 75201507

| | | |
|---|---|--|
| Couverture des affections psychiques et psychiatriques | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | L'assuré peut, en outre, souscrire une option extension de garantie pour une couverture sans condition d'hospitalisation (Notice d'information Art 7.6) |
| GARANTIE INVALIDITE | | |
| Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Les garanties Invalidité (PTIA, IPT et IPP) cessent au plus tard le 31 décembre suivant le 67ème anniversaire de l'Assuré. La réponse à cette question dépend de l'âge de l'assuré et de la durée du prêt le jour de la souscription (Notice d'Information Art 6.2). |
| Evaluation en fonction de la profession exercée au jour du sinistre | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée par l'assuré (Notice d'information Art 7.4.1 et 7.5.1) |
| Prise en charge de l'invalidité totale, sans référence à la perte de revenu subie au moment du sinistre | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Le paiement de la prestation est toutefois calculé en fonction de la quotité choisie à l'adhésion. |
| Prise en charge de l'invalidité partielle (IPP) à partir de 33% | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Garantie Optionnelle. |
| Couverture des affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si l'assuré a été hospitalisé plus de 7 jours ou s'il s'agit d'une fracture Si l'assuré a été hospitalisé plus de 15 jours continus |
| Couverture des affections psychiques et psychiatriques | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | L'assuré peut, en outre, souscrire une option extension de garantie pour une couverture sans condition d'hospitalisation (Notice d'information Art 7.6) |
| GARANTIE PERTE D'EMPLOI | | |
| Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt sans limite d'âge | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | La garantie perte d'emploi cesse au plus tard le 31 décembre suivant le 64ème anniversaire de l'assuré. (Notice d'Information Art.9). La réponse à cette question dépendra de l'âge de l'assuré au jour de la souscription. |
| Délai de carence pour l'application de la couverture | <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois ; <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 6 mois ; <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 12 mois ; | Pour les Assurés salariés en CDI de plus de 6 mois continus chez le même employeur à la date d'effet du contrat : le délai d'attente est de 180 jours continus au titre d'un CDI chez le même employeur à compter de la date d'effet. Pour les autres assurés le délai d'attente est de 365 jours continus à compter de la date d'effet (Notice d'Information Art 8.2) |
| Délai de franchise | <input type="checkbox"/> ≤ 60 jours ; <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 90 jours ; <input type="checkbox"/> ≤ 120 jours ; | Notice d'information Art.6 |
| Durée d'indemnisation par sinistre | <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois ; <input checked="" type="checkbox"/> ≥ 24 mois ; <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Après 360 jours ou 540 jours (selon l'option choisie) de prestations au titre d'une période de chômage indemnisée, ou 720 jours au cumul des périodes de prestations au titre du dossier de financement concerné (NI Art.9) |
| Durée d'indemnisation totale d'au moins 36 mois | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Le nombre de périodes indemnisées n'est pas limité. Cependant, la durée d'indemnisation cumulée pour un dossier de financement est plafonnée à 720 jours par Assuré. |
| Part de l'échéance prise en charge | <input type="checkbox"/> ≤ 50% <input type="checkbox"/> ≤ 75% <input type="checkbox"/> < 100% <input checked="" type="checkbox"/> 100% | Les prestations sont égales à 100% du montant forfaitaire (choisi par l'assuré) garanti par période indemnisée (NI Art 6) |
| Prestation égale à la prise en charge de la mensualité, sans référence à la perte de revenu subie au moment du sinistre | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Voir Notice d'information Art 6 |
| Prise en charge du sinistre sans condition d'ancienneté en CDI | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Les contrats N° 695003 et N° 75201507 sont assurés et gérés par le Groupe MNCAP (MNCAP et MNCAP-AC) – La MNCAP et la MNCAP-AC sont des Mutuelles régies par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrées respectivement au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 et 442 839 452 - Contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS – Affiliées à l'UMG Cap Mutualité. Les contrats sont distribués par AS DU GRAND LYON - Société à responsabilité limitée unipersonnelle – Courtier en assurance – Enregistré à l'ORIAS sous le n° 07003448 – Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 437 767 916 – Siège social : 89 Avenue des Bruyères 69150 DECINES CHARPIEU

FICHE STANDARDISEE D'INFORMATION

Contrats n° 695003 et n° 75201507

Cette fiche d'informations et de conseils vous est remise conformément aux exigences des articles L.520-1 et R.520-1 du Code des assurances et L.312-6-2 et R.312-0-1 du Code de la consommation.

Les informations recueillies auprès de vous nous sont nécessaires pour déterminer de façon claire et exacte vos besoins et objectifs en matière d'assurance de prêts et ainsi, adapter précisément notre offre à votre situation.

| 1. LE DISTRIBUTEUR / L'INTERMEDIAIRE | |
|---|--|
| Nom | |
| Raison sociale | AS DU GRAND LYON |
| Adresse | 89 AVENUE DES BRUYERES - 69150 - DECINES |
| Tel | |
| RCS intermédiaires | |
| ORIAS pour intermédiaires | 07003448 |
| S'il y a lieu, lien avec une ou plusieurs compagnies d'assurances | |

Vous pouvez à tout moment vérifier notre numéro d'immatriculation auprès de l'ORIAS dont le siège social est 9 rue Jules Lefebvre 75009 PARIS ou sur le site www.orias.fr. En cas de réclamation ou pour toute information, vous pouvez nous contacter à l'adresse indiquée au paragraphe 1. L'intermédiaire en assurance ou encore vous adresser à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont l'adresse est 61 rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

| 2. LE CANDIDAT A L'ASSURANCE | |
|---|--------------------|
| Nom | MERCURY |
| Prénom | LUC |
| Date de naissance | 17/09/1971 |
| Lieu de résidence | France (Hors DROM) |
| Profession exercée le jour de la souscription | directeur export |

Vous êtes (cocher la case correspondante)

emprunteur co-emprunteur caution Autre précisez :

| 3. CARACTERISTIQUES DU (DES) PRET(S) DEMANDE(S) | |
|---|--|
| Nom de l'organisme prêteur (s'il est déjà connu) bénéficiaire acceptant | |
| Projet à financer | <input type="checkbox"/> résidence principale <input type="checkbox"/> résidence secondaire <input type="checkbox"/> travaux <input type="checkbox"/> investissement locatif <input type="checkbox"/> prêts à la consommation <input type="checkbox"/> autre : |

| Prêt(s) | Montant du Prêt | Type de Prêts | Durée en mois | Taux nominal indicatif |
|---------|-----------------|---|---------------|------------------------|
| Prêt 1 | 60 000,00 € | <input checked="" type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> in fine <input type="checkbox"/> relais | 144 mois | 0,90% |
| Prêt 2 | - | <input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> in fine <input type="checkbox"/> relais | - | - |
| Prêt 3 | - | <input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> in fine <input type="checkbox"/> relais | - | - |
| Prêt 4 | - | <input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> in fine <input type="checkbox"/> relais | - | - |

Amortissable : une fraction du capital emprunté est remboursée à chaque échéance.

In fine : le capital est remboursé à la fin du prêt.

Relais : crédit in fine destiné à financer un nouvel achat immobilier dans l'attente de la vente d'un précédent bien

| 4. TYPE DE GARANTIES ET QUOTITES EXIGES PAR VOTRE ORGANISME PRETEUR |
|--|
| Votre organisme prêteur exige que vous souscriviez des garanties minimales pour l'octroi de votre prêt. Parmi les critères de garanties exigibles, votre prêteur a retenu la liste de critères suivante, qui correspond à ses exigences générales liées à sa politique de risque, en fonction du type d'opération, du type de prêt et de votre statut professionnel. |

| Type de Garanties | Critères spécifiques | Quotité exigée par la banque |
|---|----------------------|------------------------------|
| Garantie Décès, le cas échéant | | % |
| Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le cas échéant | | % |
| Incapacité Temporaire Totale (ITT), le cas échéant | | % |
| Invalidité Permanente Totale (IPT), le cas échéant | | % |
| Invalidité Permanente Partielle (IPP), le cas échéant | | % |
| Protection Chômage, le cas échéant | | € |

Les caractéristiques détaillées des garanties exigées doivent vous être communiquées par votre prêteur afin de vous permettre d'apprécier l'équivalence des niveaux de garanties entre les contrats. Pour en savoir plus sur l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur, rendez-vous sur le site du comité consultatif du secteur financier : www.banque-france.fr/ccsf/fr/index.htm;

FICHE STANDARDISEE D'INFORMATION

Contrats n° 695003 et n° 75201507

5. TYPE DE GARANTIES ET QUOTITES EXIGES PAR VOTRE ORGANISME PRETEUR

5.1 Les types de garanties que nous proposons

Vous pouvez adhérer aux contrats d'assurances n° 695003 de la MNCAP (Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété) et n° 75201507 de la MNCAP-AC (Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété – Assurance Caution – Protection Chômage).

Le Contrat d'assurance n° 695003 comporte les garanties suivantes :

La garantie décès

Elle intervient en cas de décès de la personne assurée. La prestation est le remboursement au prêteur du capital assuré.

Dans le contrat n° 695003:

- La garantie décès vous couvre durant toute la durée du prêt
- La garantie décès cesse au plus tard le 31 décembre suivant le 85^{ème} anniversaire de l'assuré**

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Elle intervient lorsque l'assuré se trouve dans un état particulièrement grave, nécessitant le recours permanent à une tierce personne pour exercer les actes ordinaires de la vie quotidienne. La prestation est le remboursement au prêteur du capital assuré.

Dans le contrat n° 695003:

- La garantie PTIA vous couvre durant toute la durée du prêt
- La garantie PTIA cesse au plus tard le 31 décembre suivant le 67^{ème} anniversaire de l'assuré**

La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Elle intervient lorsque la personne assurée est temporairement inapte à exercer :

- Strictement son activité professionnelle**
- Toute activité pouvant lui procurer des revenus

Dans le contrat n° 695003, la garantie ITT:

- Vous couvre durant toute la durée du prêt
- Cesse au plus tard le 31 décembre suivant le 67^{ème} anniversaire de l'assuré**
- Couverture à hauteur de 50% de l'indemnité journalière due pour les assurés n'exerçant aucune profession fiscalement déclarée au jour de l'ITT ou qui sont au chômage et ne bénéficient pas de droits aux prestations de Pôle Emploi**
- Ne couvre pas l'assuré n'exerçant pas ou plus d'activité professionnelle au moment du sinistre

Les affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires **sont couvertes :**

- Avec conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale avec possibilité de rachat**
- Sans conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale
- Ne sont pas couvertes

Les affections psychiques et psychiatriques **sont couvertes :**

- Avec conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale avec possibilité de rachat**
- Sans conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale
- Ne sont pas couvertes

La prestation est :

- Forfaitaire (le montant qui vous sera versé correspond à 100% de l'échéance de remboursement du prêt, au prorata de la quotité assurée, quelle que soit votre perte de revenu)**
- Indemnitaires

Les prestations Incapacité :

- Sont plafonnées
- Ne sont pas plafonnées**

Les indemnités sont dues par la Mutuelle après un délai de franchise maximale de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours décompté à partir de l'interruption de l'activité (franchise au choix de l'assuré).

La garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) :

Elle intervient lorsque la personne assurée est, de façon définitive, incapable d'exercer :

- Strictement l'activité professionnelle pratiquée au jour du sinistre**
- Toute activité pouvant lui procurer des revenus

et qu'il lui est reconnu un taux d'invalidité au moins égal à 66%. Les indemnités sont dues après la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Mutuelle selon une méthode d'évaluation mentionnée au contrat.

Dans le contrat n° 695003, la garantie invalidité :

- Vous couvre durant toute la durée du prêt
- Cesse au plus tard le 31 décembre suivant le 67^{ème} anniversaire de l'assuré**

FICHE STANDARDISEE D'INFORMATION

Contrats n° 695003 et n° 75201507

Les affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires **sont couvertes** :

- Avec conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale avec possibilité de rachat**
- Sans conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale
- Ne sont pas couvertes

Les affections psychiques et psychiatriques **sont couvertes** :

- Avec conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale avec possibilité de rachat**
- Sans conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale
- Ne sont pas couvertes

La prestation est :

- Forfaitaire (le montant qui vous sera versé correspond à 100% de l'échéance de remboursement du prêt, au prorata de la quotité assurée, quelle que soit votre perte de revenu)**
- Indemnitaire (le montant qui vous sera versé dépendra de votre perte de revenu)

Les prestations Invalidité Permanente Totale :

- Sont plafonnées
- Ne sont pas plafonnées**

La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) :

Elle est un complément de la garantie Invalidité Permanente Totale. Elle intervient à compter d'un taux d'invalidité « N » compris entre 33 % et 66%. Les indemnités sont dues après la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Mutuelle selon une méthode d'évaluation mentionnée dans le contrat n° 695003.

La prestation est :

- Forfaitaire (le montant qui vous sera versé correspond à une fraction de l'indemnité journalière garantie en cas d'ITT et égale à N-33/33, selon la quotité choisie, quelle que soit votre perte de revenu)**
- Indemnitaire : le montant qui vous sera versé dépendra de votre perte de revenu

Le contrat d'assurance n° 695003 comporte la garantie suivante :

La garantie Protection Chômage :

Pour bénéficier de la garantie « Protection Chômage », l'Assuré doit, être couvert, par le contrat n° 695003, au moins au titre du Décès, PTIA, ITT et IPT. La garantie couvre l'assuré privé d'emploi par suite d'un licenciement économique, d'un licenciement pour inaptitude suite à maladie ou accident, et bénéficiant d'une indemnisation du Pôle Emploi ou de tout autre organisme équivalent. Elle est accordée à l'issue d'un délai d'attente de 90 jours de chômage total et continu suivant le début de la période de chômage sous forme d'une indemnité journalière correspondant à $1/30^{\text{ème}}$ du montant forfaitaire garanti, au prorata du nombre de jours indemnisés par le Pôle Emploi ou tout autre organisme équivalent.

La durée d'indemnisation est de 360 jours ou 540 jours (au choix de l'assuré à l'adhésion) par période de chômage et d'une durée totale maximale de 720 jours au cumul des périodes de prestations par Assuré au titre du dossier de financement concerné.

Dans notre contrat, la garantie Protection Chômage :

- Vous couvre durant toute la durée du prêt
- Cesse au plus tard le 31 décembre suivant le 64^{ème} anniversaire de l'assuré**

Les prestations :

- Sont plafonnées au montant forfaitaire mensuel garanti dans la limite de 100% de l'échéance de remboursement du prêt.**
- Ne sont pas plafonnées

La prestation est :

- Forfaitaire** (les prestations sont égales à 100% du montant forfaitaire garanti par période indemnisée)
- Indemnitaire (le montant qui vous sera versé dépendra de votre perte de revenu)

FICHE STANDARDISEE D'INFORMATION

Contrats n° 695003 et n° 75201507

5.2 La solution d'assurance que vous envisagez à ce stade

Compte tenu de votre situation, vous envisagez d'assurer tout ou partie du capital emprunté avec les garanties suivantes :

PRET 1

- Décès et cette garantie est couverte à 100 %
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et cette garantie est couverte à 100 %
- Incapacité Temporaire Totale et cette garantie est couverte à 100 %
- Invalidité Permanente Totale et cette garantie est couverte à 100 %
- Invalidité Permanente Partielle et cette garantie est couverte à 100 %
- Protection Chômage 0 €

PRET 2

- Décès et cette garantie est couverte à 0 %
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et cette garantie est couverte à 0 %
- Incapacité Temporaire Totale et cette garantie est couverte à
- Invalidité Permanente Totale et cette garantie est couverte à
- Invalidité Permanente Partielle et cette garantie est couverte à
- Protection Chômage 0 €

PRET 3

- Décès et cette garantie est couverte à 0 %
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et cette garantie est couverte à 0 %
- Incapacité Temporaire Totale et cette garantie est couverte à
- Invalidité Permanente Totale et cette garantie est couverte à
- Invalidité Permanente Partielle et cette garantie est couverte à
- Protection Chômage 0 €

PRET 4

- Décès et cette garantie est couverte à 0 %
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et cette garantie est couverte à 0 %
- Incapacité Temporaire Totale et cette garantie est couverte à
- Invalidité Permanente Totale et cette garantie est couverte à
- Invalidité Permanente Partielle et cette garantie est couverte à
- Protection Chômage 0 €

6. FORMALISATION DU DEVOIR DE CONSEIL

Si les informations ne sont pas suffisantes au moment de la remise de la fiche pour permettre la délivrance du conseil, l'indiquer.

FICHE STANDARDISEE D'INFORMATION

Contrats n° 695003 et n° 75201507

7. ESTIMATION PERSONNALISEE DU COUP DE L'ASSURANCE ENVISAGEE

Compte tenu des caractéristiques connues du ou des prêts, de votre âge, des types de garanties envisagées et de la part du capital à couvrir, le tableau ci-dessous propose une estimation du coût de l'assurance.

Il s'agit d'un tarif indicatif avant examen du dossier et du questionnaire médical par l'organisme d'assurance. Lorsqu'une personne présente un risque aggravé de santé, elle peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS, « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggrave de Santé ». Il s'agit d'un dispositif conventionnel, appliqué par l'ensemble des réseaux bancaires et des assureurs présents sur le marché de l'assurance emprunteur, qui permet de repousser les limites de l'assurabilité des personnes qui présentent ou ont présenté un risque aggravé de santé. La proposition d'assurance peut comporter une surprime d'assurance et/ou une limitation de la garantie (cf. www.aeras-infos.fr).

| | PART DU CAPITAL assurée pour chaque type de garanties | TYPE DE GARANTIES | COTISATION EN EUROS | COÛT TOTAL DE L'ASSURANCE de l'emprunteur sur la durée du prêt en euros | ESTIMATION du taux effectif annuel de l'assurance relatif à la totalité du prêt |
|-----------------------------------|--|--|---------------------|---|---|
| PRET 1 60 000,00 € 144 mois | 100 % | <input checked="" type="checkbox"/> Décès | 3,99 € | 574,64 € | - |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Perte Totale et Irréversible d'Autonomie | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Totale | | | |
| | <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Partielle | | | | |
| 0 € | <input type="checkbox"/> Protection Chômage | | | | |
| PRET 2 - - | 0 % | <input type="checkbox"/> Décès | | - | - |
| | 0 % | <input type="checkbox"/> Perte Totale et Irréversible d'Autonomie | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Totale | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Partielle | | | |
| 0 € | <input type="checkbox"/> Protection Chômage | | | | |
| PRET 3 - - | 0 % | <input type="checkbox"/> Décès | | - | - |
| | 0 % | <input type="checkbox"/> Perte Totale et Irréversible d'Autonomie | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Totale | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Partielle | | | |
| 0 € | <input type="checkbox"/> Protection Chômage | | | | |
| PRET 4 - - | 0 % | <input type="checkbox"/> Décès | | - | - |
| | | <input type="checkbox"/> Perte Totale et Irréversible d'Autonomie | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Totale | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Partielle | | | |
| 0 € | <input type="checkbox"/> Protection Chômage | | | | |

| | |
|-------------------|---|
| PRET 1 | |
| La cotisation est | <input checked="" type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Non constante |
| PRET 2 | |
| La cotisation est | <input checked="" type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Non constante |
| PRET 3 | |
| La cotisation est | <input checked="" type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Non constante |
| PRET 4 | |
| La cotisation est | <input checked="" type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Non constante |

FICHE STANDARDISEE D'INFORMATION

Contrats n° 695003 et n° 75201507

8. REMARQUES IMPORTANTES

L'assurance emprunteur constitue une garantie à la fois pour le prêteur et l'emprunteur. Elle peut être un élément déterminant de l'obtention de votre prêt immobilier. Il appartient au professionnel de veiller à ce que les garanties qu'il vous propose de souscrire correspondent à vos besoins et à vos attentes.

Aussi précises que soient les informations qui vous ont été données, **il est très important que vous lisiez attentivement vos documents contractuels** notamment la Notice d'Information et les éventuelles conditions particulières qui déterminent les droits et obligations de l'assuré et de l'assureur. **Nous attirons tout particulièrement votre attention sur les risques exclus, les délais de carence (période durant laquelle l'assuré ne peut pas demander la mise en œuvre de la garantie), de franchise (période durant laquelle le sinistre reste à la charge de l'assuré), les dates et motifs d'expiration des garanties.**

Nous insistons sur l'importance de la précision et de la sincérité des réponses apportées au questionnaire d'adhésion/de souscription au contrat d'assurance emprunteur, y compris la partie questionnaire médical. Une fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité du contrat et la déchéance des garanties : les échéances ou le remboursement du capital restant dus seraient alors à votre charge ou à celle de vos héritiers.

Conformément à la loi, dès aujourd'hui et jusqu'à 12 mois après la signature de l'offre de prêt, voire au-delà si votre contrat de prêt le prévoit, vous pouvez souscrire une assurance auprès de l'assureur de votre choix et la proposer en garantie au prêteur. Celui-ci ne peut pas la refuser si elle présente un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance qu'il vous a proposé.

Je certifie l'exactitude des informations communiquées à l'intermédiaire et reconnais avoir reçu une information suffisante me permettant de prendre ma décision de manière éclairée, et que la solution proposée est en adéquation avec mes besoins.
Je certifie qu'un exemplaire de la présente fiche complétée m'a été remis.

Fait à Le/...../.....

Signature du candidat à l'assurance :

Signature de l'Intermédiaire

Nom :

Prénom :

.....

INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les données personnelles recueillies dans cette fiche sont obligatoires pour répondre à votre demande d'information sur l'assurance emprunteur et pour la proposition d'assurance emprunteur qui pourra vous être faite.

Ces données ainsi que celles recueillies ultérieurement feront l'objet de traitements à des fins d'octroi du crédit, de gestion du crédit et des garanties, d'exécution des obligations légales et réglementaires ainsi qu'à des fins statistiques et d'actions commerciales. En fonction de leurs missions et habilitations respectives, les destinataires de toute ou partie des données personnelles recueillies sont la Mutuelle ou son intermédiaire, les réassureurs, l'Organisme prêteur, les organismes et/ou autorités chargés des opérations du contrôle légal et réglementaire. Les droits d'accès, d'opposition, de rectification ou de suppression peuvent être exercés auprès du responsable du traitement de la MNCAP- Service Traitement des informations, 5 rue Dosne 75116 PARIS. Celui-ci peut être interrogé pour l'exercice de l'ensemble de ces droits au titre de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.