



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 atteintes 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'exams 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'exams 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 65ème 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 réserve 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% |
| Taux d'Invalidité Professionnelle | 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'IPT 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 mille 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-I-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 :*

- 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.

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.

201606 Notice d'Information Contrat Garantie emprunteur n° 695003



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.